



Miguel Mariano **Relatório de Trabalho de Projeto**

Uniformização de Cuidados de Enfermagem na
Abordagem ao Grande Queimado na Sala de
Reanimação

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado
para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-
cirúrgica realizada sob a orientação científica da Prof.^a
Doutora Lurdes Martins

Maio, 2015

A realização deste relatório é o culminar de um processo de crescimento pessoal e profissional que não seria possível sem a ajuda de diversas pessoas, tanto da esfera académica, como da esfera profissional, como ainda da esfera pessoal. Seria impossível agradecer a todas essas pessoas que, de forma direta ou indireta, tornaram este processo possível, facilitaram reflexões e pesquisas, apoiaram, incentivaram e acreditaram que seria capaz de o conduzir com sucesso.

Tendo por base essa premissa, gostaria de agradecer:

À minha MULHER, pelo apoio incondicional, por me motivar mesmo nos momentos mais sombrios, mas especialmente por ter abdicado do seu tempo pessoal nesta nova fase da nossa vida para que eu pudesse realizar este projeto;

Ao meu Filho por me fazer acreditar no Futuro, por me desmanchar com um sorriso mesmo nos momentos mais difíceis;

Gostaria também de agradecer há minha tutora de estágio: a Sra. Enfermeira Especialista Paula Costa do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica do CHA – UP, por me manter focado, pela colaboração e paciência;

À Professora Doutora Alice Ruivo e Professora Lurdes Martins pela disponibilidade científica e pessoal, pelo incentivo e indicações sempre rigorosas que contribuíram para a exequibilidade deste trabalho;

Aos meus colegas pela paciência, apoio e compreensão, mesmo naqueles dias em que estava mais cansado, tiveram sempre uma palavra amiga.

Resumo

O trabalho desenvolvido ao longo dos estágios, culminaram neste relatório de trabalho de projeto, este teve por base uma metodologia de investigação, centrada num problema real identificado, tendo a posteriori sido implementadas estratégias e intervenções com o objetivo da sua resolução. A metodologia aplicada atravessou varias etapas entres elas, o diagnóstico da situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação tendo sempre como ponto de partida pesquisa e análise baseados numa pratica fundamentada na evidencia.

Os acidentes por queimadura são bastante frequentes e estão associados a elevada morbidade e mortalidade. O número de doentes portugueses queimados é elevado. A identificação e tratamento precoce das lesões de queimadura, a ressuscitação hemodinâmica, o controlo da dor e a referenciação para centros com experiência no tratamento do grande queimado podem melhorar o prognóstico dos doentes.

É de extrema importância uma prestação de cuidados de elevada qualidade ao grande queimado na sala de reanimação, como tal a primeira abordagem deve ser iniciada o mais precocemente possível, uma vez que aumenta consideravelmente a sobrevivida dos utentes e diminui possíveis sequelas.

Por ser uma área de interesse, onde após terem sido efetuadas entrevistas não estruturadas com a chefe e sub-chefe de serviço, assim como aplicados questionários aos enfermeiros do serviço, constatou-se que havia uma lacuna de conhecimentos na abordagem ao grande queimado.

Este relatório traduz, o trabalho desenvolvido no conjunto dos estágios que permitiu desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

Palavras chave: Queimadura, Cliente, Abordagem ao Grande Queimado, Especialista em Médico-Cirúrgica, trabalho de projeto

Abstrat

The work developed during internship, culminated in this report. It has in it's basis a research methodology, centered in a real life situation, having subsequently been implemented strategies and interventions with the goal of resolution.

The methodology applied had several stages like: the diagnosis of the situation, planning, implementation, evaluation always taking as a starting point research and analysis based on a evidence fundamented practice.

Burn accidents are quite common and are associated with high morbidity and mortality. The number of burned Portuguese patients is high. The early identification and treatment of burn injuries, hemodynamic resuscitation, pain control and referral to centers experienced in the treatment of severe burn can improve the prognosis of patients.

It is very important the provision of high quality care to the major burn in the resuscitation room, such as the first approach should be initiated as early as possible, since it significantly increases the survival rate of patients and decreases possible after-effects.

Since it is an area of interest, which after being made unstructured interviews with the chief and deputy chief of service, as well as questionnaires to the service nurses, it was found that there was a knowledge gap in addressing the major burn.

This report represents the work in the interships that allowed the development of common and specific skills of the nurse specialiste and master in medical-surgical nursing.

Keywords: Burn, Customer, approach to the Major Burn, Specialist in Medical-Surgical, Project Work

"N3o espere por oportunidades
extraordin3rias. Agarre ocasi3es comuns
e tome-as grandes!"

Orison Swett Marden

Abreviaturas e Siglas

CHA - Centro Hospitalar do Algarve

EMC – Enfermagem Médico-cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

OE - Ordem dos Enfermeiros

PIS - Projeto de Intervenção em Serviço

PAC - Projeto de Aprendizagem Clínica

SU - Serviço de Urgência

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities and Treats

TRI - Teoria da Incerteza na Doença

TRID - Teoria Reconcetualizada da Incerteza na Doença

UHP - Unidade Hospitalar de Portimão

UIDA - Unidade Internamento De Clientes Agudos

UT – Unidade Temática

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Apresentação dos dados do questionário à equipa de enfermagem sobre Pertinência do tema Abordagem ao Grande Queimado na Sala de Reanimação.....27

Tabela nº 2 – Análise Swot do Projecto Abordagem ao Grande Queimado na Sala de Reanimação28

Índice

0. Introdução	11
1. Enquadramento Conceitual	13
1.1 Teoria De Enfermagem.....	13
1.1.1. Teoria Da Incerteza Na Doença De Mishel e a Prática	14
1.2 Enfermagem.....	16
1.3 O Grande Queimado	17
2. Projeto De Intervenção Em Serviço.....	21
2.1. Caracterização Do Local De Estágio	21
2.2. Diagnóstico De Situação.....	23
2.2.1. Definição Geral Do Problema	24
2.2.2. Análise Do Problema	24
2.2.3 Identificação Dos Problemas Parcelares Que Compõem O Problema Geral	28
2.2.4 Determinação De Prioridades.....	29
2.2.5 Objetivos Do Projeto.....	29
2.3 Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço.....	29
2.3.1 Cronograma de Atividades	31
2.4 Execução.....	32
2.5. Avaliação.....	36
3. Análise Das Competências Enfermeiro Especialista Em Pessoa Em Situação Crítica	37
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	37
3.1.1. A. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;	37
3.1.2. A1 Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.	37
3.1.3. A2. Promove Práticas De Cuida Dos Que Respeitam Os Direitos Humanos E As Responsabilidades Profissionais.....	38
3.2. Domínio Da Melhoria Da Qualidade.....	39
3.2.1. B1. Desempenha Um Papel Dinamizador No Desenvolvimento E Suporte Das Iniciativas Estratégicas Institucionais Na Área Da Governação Clínica	40
3.2.2. B2. Concebe, Gere E Colabora Em Programas De Melhoria Contínua Da Qualidade.....	40
3.2.3. B3. Cria E Mantém Um Ambiente Terapêutico E Seguro	40
3.3. C. Domínio Da Gestão Dos Cuidados	41
3.3.1. C1. Gere Os Cuidados, Otimizando A Resposta Da Equipa De Enfermagem E Seus Colaboradores E A Articulação Na Equipa Multiprofissional	41
3.3.2. C2. Adapta A Liderança E A Gestão Dos Recursos Às Situações E Ao Contexto Visando A Otimização Da Qualidade Dos Cuidados	41

3.4. D-Domínio Do Desenvolvimento Das Aprendizagens Profissionais.....	42
3.4.1. D1.Desenvolve O Autoconhecimento E A Assertividade.....	42
3.4.2. D2. Baseia A Sua Praxis Clínica Especializada Em Sólidos E Válidos Padrões De Conhecimento	43
4. Análise Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Em Pessoa Em Situação Crítica no âmbito do PAC	44
4.1. K1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.	44
4.1.1. K.1.1. – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.....	44
4.1.2. K.1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos	45
4.1.3. K.1.3 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas	45
4.1.4 K.1.4 – Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.....	46
4.1.5. K.1.5 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.....	46
4.1.6. K.1.6 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.....	47
4.2. K2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação	48
4.2.1. K.2.1 - Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência.....	48
4.2.2. K. 2.2 – Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe.....	49
4.2.3. K.2.3 - Gere os cuidados em situações de Emergência e/ou Catástrofe.....	50
4.3. K3 - Maximiza 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 em tempo útil e adequadas.	50
4.3.1. K.3.1 – Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.....	51
4.3.2. K.3.2 – Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	51
5. Analise Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Pessoa Em Situação Crónica E Paliativos	52
5.1. L5 - Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida	52

5.2. L6 - Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte	54
6. Análise das Competências de Mestre em Enfermagem.....	56
6.1. Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.....	56
6.2. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas	57
6.3. Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva.....	57
6.4. Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos	58
6.5. Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.....	58
6.6. Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular	58
7. Reflexão Final	59
8. Referencias.....	61
8.1 Bibliográficas.....	61
8.2 Eletrónicas	64
Apêndices.....	66
Apêndice 1.....	67
(PIS – Norma de Abordagem ao Grande Queimado na Sala de Reanimação)	67
Apêndice 2.....	75
(PAC – Precauções Básicas de Controlo de Infeção)	75
Apêndice 3.....	86
(Algoritmo de Abordagem ao Grande Queimado na Sala de Reanimação)	86
Apêndice 4.....	88
(Artigo).....	88

0. Introdução

Atendendo ao ritmo acelerado com que surgem as inovações e as mudanças do mundo atual, a formação em Enfermagem assume um papel muito particular, na medida em que se torna urgente mobilizar e preparar os profissionais para resolverem os novos e complexos problemas que se lhes vão sendo colocados, com espírito crítico e reflexivo. A formação é encarada como um projeto de desenvolvimento ao longo da vida, assumindo uma importância capital no crescimento do indivíduo em todo o seu potencial pessoal e profissional.

A excelência do exercício profissional em Enfermagem exige compromisso e dedicação, sendo um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento. Cabe a cada enfermeiro, no contexto da sua prática, assumir o compromisso da autoformação – refletindo, analisando e prosseguindo diariamente na busca contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

No âmbito da frequência do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, inserido na Unidade Temática Enfermagem Médico Cirúrgica I e da Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II, foi-nos proposto para avaliação desta Unidade Curricular a elaboração deste relatório, que contou com a orientação da Professora Doutora Lurdes Martins. A supervisão deste estágio contou com a tutoria da Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica., PC.

O estágio III, decorreu de 29 de Setembro de 2014 a 31 de Janeiro de 2015, num total de 432 horas, divididas em 14 horas de orientação tutorial, 332 horas contacto no local estágio, 82 horas de trabalho do formando e 4 horas de avaliação.

Este relatório de trabalho de projeto traduz uma reflexão profunda, assente numa metodologia de trabalho de projeto e surge como instrumento integrador e organizador das aprendizagens efetuadas, capazes de conduzir ao *desenvolvimento de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à enfermagem médico-cirúrgica, permitindo o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho*” (Nunes, L. [Et Al], 2010 pag. 2).

De acordo com o Guia de Orientador do Estágio (Nunes, L. [Et Al], 2010 pag. 3), este Mestrado visa contribuir para que no final do curso, enquanto formando, eu:

1. Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica;

2. Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;

3. Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva;

4. Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;

5. Inicie, contribua para e/ou sustente investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

6. Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde em geral e em enfermagem médico-cirúrgica no particular.

O estágio foi desenvolvido no Serviço de Urgência (SU) da UHP do CHA, que é uma Urgência Médico-Cirúrgica (UMC) (Despacho n.º 5414/2008).

A decisão de escolha deste local de estágio recaiu em três razões fundamentais. Por um lado, este Centro hospitalar reúne todas as condições para aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área da enfermagem médico-cirúrgica (EMC), na medida em que é responsável pela prestação de cuidados de saúde a uma considerável parte da população do Algarve, funcionando com urgência médico-cirúrgica e sob abrangência de várias especialidades médicas.

A meu ver, sem desvalorizar quem o fez, não será justo contribuir para a melhoria de outro serviço/hospital, quando no nosso há áreas que carecem de investimento e de melhoria, ou seja, pareceu-me justo retribuir ao serviço o contributo dado para poder frequentar o curso.

Por fim, uma outra razão, que se prendeu com a conjuntura económica do país. Realizar um estágio perto de casa possibilita um menor gasto, com uma maior rentabilização do tempo disponível e um melhor aproveitamento das oportunidades de aprendizagem.

Na elaboração do relatório de trabalho de projeto adotamos como norma de referência o estilo American Psychological Association (APA).

1. Enquadramento Concetual

O enquadramento concetual guiou a nossa prática ao longo deste percurso. Nele apresentamos, de forma sumária, a Teoria da Incerteza na Doença (TID) de Merle Mishel, enquanto teoria de medio alcance. Apresentamos, em seguida, o enquadramento de suporte que resultou da pesquisa bibliográfica realizada acerca da temática do projeto desenvolvido e que nos permitiu fundamentar as ações desenvolvidas.

1.1 Teoria De Enfermagem

Uma teoria corresponde a um conjunto de conceitos, articulados entre si, capazes de orientar a prática e uma teoria de enfermagem, ao conjunto de conceitos que provêm de modelos de enfermagem, ou paradigmas (Tomey e Alligood, 2004, p12).

Meleis (1991, p. 17, citada por Hickman, in George, 2000, p.12), define a teoria de enfermagem como “...uma conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta (...) na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem”.

Tomey e alligood, 2004, p.7 e 12 referem que a enfermagem precisa de teorias, pois elas conduzem à autonomia profissional orientando a prática, o ensino e a investigação dentro da profissão. As teorias de médio alcance, são teorias de nível menos abstrato do conhecimento teórico, porque incluem pormenores característicos da prática de enfermagem”, pois “indicam qual a situação ao estado de saúde, a população de clientes ou a sua faixa etária, o estabelecimento ou a área de prática e a atuação de enfermeira ou a intervenção.

As teorias de médio alcance explicativas, como a Teoria da Incerteza, estabelecem relações entre dois ou mais conceitos. Explicam o porquê e explicitam a forma como um conceito se relaciona com outro. As teorias de médio alcance preditivas vão para além da explicação, prevendo as relações entre conceitos ou os efeitos de um ou mais conceitos. (Fawcett, 2005. Pág. 32-43).

Enquanto Enfermeiros, mas principalmente enquanto Especialistas e Mestres, as teorias de enfermagem tomam-se pedra angular nos nossos juízos e ações, de forma a fundamentar as nossas decisões, que com o término deste percurso académico serão mais responsáveis e complexas.

1.1.1. Teoria Da Incerteza Na Doença De Mishel e a Prática

Atendendo ao contexto do meu local de estágio e exercício profissional o serviço Urgência Médico-Cirúrgica UMC, consideramos pertinente adotar para o enquadramento conceitual do estágio a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel.

Para Liehr e Smith (2008), a incerteza é um estado cognitivo criado quando o indivíduo não pode estruturar adequadamente ou categorizar um evento de doença, por causa da insuficiência de conhecimentos. A incerteza existe em situações de doença, porque são ambíguas, complexas, imprevisíveis e quando a informação não está disponível ou é inconsistente

Esta incerteza está relacionada com a variabilidade no padrão de sintomas da doença, com a complexidade dos cuidados e tratamento, com a falta de informações sobre a doença e tratamento e com a imprevisível natureza do trajeto da doença (Mishel, 1988 citada por Anema [et.al.], 2009).

A TID de Mishel, datada de 1988, como descrevem Liehr e Smith (2008) nas suas obras, foi desenvolvida para abordar a incerteza durante as fases de diagnóstico e tratamento de uma doença aguda ou uma doença com uma evolução negativa. Esta teoria foi revista em 1990, pela mesma autora, com vista a englobar a experiência de viver com a incerteza contínua associada a qualquer doença crônica, ou a uma doença com a possibilidade de recidiva, passando a denominar-se de Teoria Reconcetualizada da Incerteza na Doença (TRID).

A teoria é explicada através de quatro etapas, da reação do cliente aos estímulos existentes na doença:

1) Relevância aos antecedentes da pessoa e como estes geram a incerteza;

- Através de um quadro de estímulos que percebe os estímulos:
 - O Padrão de sintomas, o grau em que os sintomas estão presentes, de forma a criar um modelo na pessoa;
 - A Familiaridade do evento, o grau em que a situação torna-se habitual, ou seja, familiar;
 - A Congruência do evento que corresponde à coerência entre os eventos associados à doença, que os torna comuns.

- Capacidade cognitiva, que influencia o quadro de estímulos, onde de forma inata ou adquirida, a pessoa processa toda a informação;

- Estruturas de apoio, ou seja, recursos disponíveis para ajudarem a pessoa na interpretação do quadro de estímulos: autoridade credível, que traduz o grau de confiança depositada naqueles que lhe prestam cuidados de saúde; apoios sociais e de educação, que influenciam a incerteza contribuindo na forma, como a pessoa interpreta o significado dos eventos;
- 2) Avaliação da incerteza saber como é encarada na pessoa, como ameaça ou oportunidade;**
- Nesta avaliação fazem parte dois componentes:
 - A inferência construída pelos exemplos já existentes, ou seja, pela personalidade, experiências prévias, o conhecimento e os tratamentos contextuais;
 - A ilusão construída pelas crenças formadas a partir da incerteza, com uma perspectiva positiva.
- 3) Criação de estratégias de coping para reduzir ou manter a incerteza, após ter sido assumida como ameaça ou oportunidade.**
- 4) Estado de adaptação que resulta das estratégias de coping adotadas (Liehr & Smith, 2008).**

Neste contexto é essencial ao enfermeiro compreender quais as certezas e da situação de doença no próprio cliente/família. Com base nesta compreensão, são prescritas estratégias de gestão sob a forma de intervenções de enfermagem. Assim, os enfermeiros estão incluídos na TRID, como parte da variável Fornecedores de Estrutura, no contexto da Autoridade Credível, que por definição traduz o grau de confiança que a pessoa deposita naqueles que lhe prestam cuidados de saúde.

Este processo é primordial que ocorra também no sentido inverso, ou seja, o uso da teoria, no enfermeiro. Num enfermeiro que se depara com uma situação clínica no qual ele sente dificuldade ou pela sua inexperiência (familiaridade e congruência do evento), essa insegurança é sentida e desencadeia receios e insegurança na própria prestação de cuidados. Primeiro faz uma apreciação, através dos dois processos já mencionados, a inferência e na ilusão. Neste caso a inferência é construída pela personalidade, a mestria, desenvoltura aprendida, a localização do controlo, em que o enfermeiro é capaz de deduzir o que pode ocorrer naquela situação específica que transfere. Depois na ilusão, o enfermeiro pode criar uma realidade com aspetos favoráveis de aprendizagem. Através da apreciação a incerteza é interpretada pelo enfermeiro, como perigo ou oportunidade, melhorando a sua prestação.

1.2 Enfermagem

A Enfermagem, como ciência e como profissão, tem sofrido nos últimos anos, modificações a diversos níveis que a impulsionam para um processo crescente de valorização pedagógica, profissional e social. Adequando-se, cada vez melhor às constantes mudanças de conjunturas sociopolíticas e às necessidades de saúde da atual sociedade, a Enfermagem tem conquistado o seu espaço, dentro do campo do cuidar da pessoa.

A Enfermagem é tão antiga como a existência do Homem, sendo necessário recuarmos à idade Antiga para podermos compreender o seu percurso. (Maria Teresa Molina cit. in Nunes, Lucília 2003, p.19). Segundo Marie-Françoise Collière (1999, p.27), os cuidados de Enfermagem na idade antiga não pertenciam a um ofício, e muito menos ainda a uma profissão. Diziam respeito a qualquer pessoa, que ajudava qualquer outra, a garantir o que lhe era necessário para a sua sobrevivência.

Foi no século XIX, que a Enfermagem, iniciou o seu percurso de profissionalização com Florence Nightingale. A sua visão, defendendo uma Enfermagem científica baseada em dados empíricos, fundamentada numa formação rigorosa e contínua dos profissionais para o desenvolvimento de competências, estimulou o início da profissão em substituição da simples vocação. (Almeida, Armando 2008, p.21).

A definição de Enfermagem mais citada é atribuída a Florence Nightingale, onde faz referência, a necessidade de colocar o cliente na melhor condição para que a natureza possa agir sobre ele (Verolyn Bolander, 1998, p.7).

A Enfermagem passou por um longo processo de clarificação na sua essência como definição, nomeadamente, no que diz respeito, no como fazer e o por que fazer. Desde a definição da Florence Nightingale, até meados do século XIX, onde a maioria dos manuais começava com uma definição de Enfermagem, sendo uma arte que tem por fim coadjuvar a Medicina nas suas relações com os clientes, e que a missão dos seus profissionais consistia em vigiar os clientes e aplicar-lhes as prescrições dos clínicos (Joaquim Barbosa cit. In Nunes, Lucília 2003, p.189), aproximando dos dias de hoje, onde a Enfermagem faz parte integrante do sistema de cuidados de saúde e engloba a promoção da saúde, a prevenção da doença e os cuidados a pessoas de todas as idades com doença física, doença mental ou deficiência, em todas as organizações de cuidados de saúde e noutros locais da comunidade, atuando sempre em princípios científicos (CIPE, 2003).

Assim, pode-se considerar que os enfermeiros intervêm de duas formas, uma mais técnica, relacionada com o tratamento – tratar, e outra mais expressiva, humana e preocupada com a pessoa como ser holístico – cuidar (Valadas, M. 2005 pp. 62 – 64.).

Assim, para que a Enfermagem solidifique as suas bases científicas, é pertinente a concretização de uma crítica construtiva acerca dos interesses, dos valores, da identificação do que concede e do que não concede conhecimento, reconhecimento e poder no campo científico; entre eles, as teorias que requerem aplicabilidade e os objetos que requerem investigação.

Na realidade, para incrementar o desenvolvimento da Enfermagem como Disciplina, é imprescindível que a Enfermagem desenvolva conhecimento e tecnologia próprios (Meleis A, 1991 pág. 617).

Na área da saúde o conceito de tecnologia está intimamente ligado ao senso comum, entendido como máquinas, equipamentos e materiais. Destaca-se a importância da procura do significado de tecnologia.

Segundo Houaiss (2004, p. 711), tecnologia é o (...) “conjunto de conhecimentos científicos, dos processos e métodos usados na criação e utilização de bens de serviços”. O conceito anteriormente citado utiliza a terminologia de método, o qual é utilizado como sinónimo de procedimento, técnica e prática.

Sendo assim, tecnologia é muito mais do que equipamentos e matérias. Entende-se que a tecnologia abrange o conhecimento teórico e prático, sendo o saber e o fazer, e que não deve ser reduzida a materiais e equipamentos. Meier (2004) construiu o conceito tecnologia de enfermagem e utilizou o método de grupo focal realizado com enfermeiros, sendo que sua pesquisa culminou com o seguinte conceito: “A tecnologia de enfermagem compreende o conhecimento humano (científico e empírico) sistematizado, requer a presença humana, visa a qualidade de vida e se concretiza no ato de cuidar, considerando a questão ética e o processo reflexivo. Os materiais e equipamentos requerem conhecimentos agregados para sua aplicação, sendo assim considerados, tecnologia para a enfermagem” (MEIER, 2004, p. 167). É primordial que o Enfermeiro adquira uma representatividade social, por meio da utilização da tecnologia como fundamento para o seu saber-fazer; abrace uma postura crítica perante o contexto da sua prática; esteja mais presente nas posições de poder, para garantir decisões sociais e políticas para o seu quotidiano, a fim de promover a visibilidade e a autonomia da profissão.

1.3 O Grande Queimado

Queimadura é uma “ferida traumática: Ruptura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas, devida a lesões pelo calor resultantes de 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, infecção da ferida, contracturas, escara hipotrófica com rigidez por espessamento, em que o cliente fica profundamente desfigurado; queimadura de 1º grau, 2º grau e 3º grau.” (CIPE, v.2.0, 2011, p.71).

A queimadura é uma lesão que provoca perda ou dano dos tecidos. A danificação do tecido pode advir da exposição a fontes térmicas, elétricas, químicas ou a radiações. A lesão dos tecidos é determinada quer pela temperatura ou causticidade do agente da queimadura e pela duração do contacto do tecido com a fonte. A danificação dos tecidos é causada pela disfunção enzimática e pela desnaturação das proteínas. A exposição prolongada ou a temperaturas mais elevadas podem originar necrose celular e um processo designado como coagulação proteica. As áreas fora desta área de lesão central possuem vários graus de danificação, sendo identificadas como zonas de lesão (Urden [et al], 2008).

De acordo com a área total de superfície queimada, é considerado grande queimado a pessoa com queimaduras de segundo grau entre 20 % e 30 % da superfície corporal no adulto e com queimaduras de terceiro grau com mais de 10 % de superfície corporal queimada, queimadura da via aérea, dos genitais, das mãos e pés e por queimadura elétrica de alta tensão. (Estran, 2003).

O percurso clínico de abordagem ao grande queimado pode dividir-se em 3 fases, ressuscitação/reanimação, cuidados agudos e reabilitação. (Pereira, A. Cit in Thelan [et al], 1996 pag. 37). As primeiras 24h são cruciais para O Grande Queimado, a fase de reanimação, refere-se as primeiras horas após a queimadura, é um intervalo compreendido entre o trauma até ao aparecimento da diurese espontânea, sinal de que os capilares recuperaram a sua integridade. A primeira abordagem tem como principal objetivo, tratar as alterações sistémicas, a área queimada e lesões concomitantes.

Na fase de reanimação o principal "objetivo é manter a perfusão tecidual e a função dos órgãos, evitando as complicações da terapia fluida inadequada ou excessiva." (Magnetite [et al], 2011, p.34).

Martinho 2008, refere que a principal causa de morte da pessoa queimada é a infecção no local da área queimada. Uma das principais vias de transmissão da infecção, é através das mãos dos profissionais e o contato com equipamentos e superfícies com descontaminação inadequada. (Ministério da saúde, 2002 pág. 2).

Pessoas com queimaduras graves, possuem um elevado risco de infecção, no que concerne ao risco diferencial de infecção nosocomial por cliente e por infecção. Quanto maior a superfície corporal

queimada, maior a probabilidade de infecção. Pelo que na prestação de cuidados aos mesmos, deve ser respeitada a assepsia, lavagem cirúrgica das mãos, roupa cirúrgica e uso de equipamentos de proteção individual. Sendo a prevenção das infecções nosocomiais, responsabilidade de todos os indivíduos e serviços que prestam cuidados de saúde. (Ministério da saúde, 2002 pág. 2).

O Grande Queimado sofre graves lesões no seu corpo, conseqüentemente na sua autoimagem. O medo a angústia de ficarem desfigurados pelas cicatrizes é enorme. O enfermeiro tem um papel importantíssimo para minimizar estes receios.

Para a enfermagem, especificamente, a comunicação não é apenas mais um instrumento básico para o relacionamento terapêutico, mas deve ser considerada competência ou capacidade interpessoal. E essa competência é essencial para o enfermeiro, independente de sua área de atuação, pois permite atender as necessidades do paciente em todas as suas dimensões.

Na perspectiva de Phaneuf (2005) a comunicação verbal é a forma que tomam as trocas quando se faz intervir a palavra. É um arranjo de palavras que dá um sentido ao que se quer exprimir, é uma ferramenta de relação, pela magia das palavras exprime-se as informações, as opiniões, os sentimentos e as emoções que permitem aos humanos entrar em contacto, criar relações harmoniosas e desenvolver relações significativas e profundas. No cuidar em enfermagem a comunicação verbal serve muitos objetivos, permite confirmar o cliente na sua existência e na sua identidade. A comunicação não verbal é uma troca sem palavras, que cobre um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas e contribuem para o seu significado. Sem estar organizada em função de um código preciso, esta linguagem é em si mesma, de maneira intencional, portadora de sentido. A linguagem não-verbal nem sempre é levada em conta sendo muitas vezes protelada pelos enfermeiros, no entanto ela pode comunicar intenções e emoções que as palavras não conseguem traduzir. Segundo Mehrabian citado por Phaneuf (2005) “transmitidas pelos nossos olhares, as nossas mímicas, o tom da nossa voz, as nossas posturas e os nossos gestos, esta linguagem, traduz 93% do significado das nossas mensagens” o mesmo autor refere ainda “somente 7% das nossas comunicações serão traduzidas em palavras, 38% sê-lo-ão pelas características da voz e 55% pelo resto do corpo”.

A Enfermagem é uma profissão em constante evolução/mutação pelo que exige dedicação, compromisso, aprendizagem, desenvolvimento, cada enfermeiro deve analisar, refletir, buscar continuamente a qualidade dos cuidados prestados.

Os acidentes por queimaduras são bastante frequentes e geralmente associados a uma comorbidade acentuada, é de extrema importância uma prestação de cuidados de elevada qualidade

ao grande queimado, como tal a primeira abordagem deve ser iniciada o mais precocemente possível, uma vez que aumenta consideravelmente a sobrevivência dos utentes e diminui possíveis sequelas. Com a realização do PIS, pretendemos não só responder as exigências da profissão, como manter acesa a chama do crescimento profissional, lutar pelo desenvolvimento de cuidados de qualidade, dando mais um passo para a excelência profissional.

2. Projeto De Intervenção Em Serviço

O desenvolvimento do Projeto de Intervenção em Serviço, surge como uma das dimensões do estágio, essencialmente no âmbito da aquisição/aprofundamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas. Esta dimensão decorre de acordo com a metodologia de projeto, em torno da identificação de uma problemática (problema/oportunidade) clínica na área da enfermagem médico-cirúrgica, existente no local de estágio, do planeamento da intervenção a realizar, da sua execução e avaliação (Nunes, L. [et al] 2010 pag. 2).

2.1. Caracterização Do Local De Estágio

O HBA, entrou em funcionamento no ano de 1999, e em 2004, com a integração da UHL à UHP criando CHBA. Em 2013 com a reestruturação Sociopolítico- Económica o CHBA funde-se com o HDF, dando origem ao CHA, ficando este dividido em 3 Unidades, o CHA-UHP serve primordialmente a população dos sete municípios ocidentais do Algarve (a oeste de silves) abrangendo cerca de cento e cinquenta mil habitantes, para além da procura sazonal adicional motivada pela atividade turística da região.

No Barlavento a assistência de casos emergentes é assegurada diretamente pelo CHA, com atendimento em Lagos num serviço de urgências básicas a funcionar na unidade hospitalar de Lagos, e com atendimento em Portimão no serviço de urgências médico- cirúrgicas da unidade hospitalar de Portimão.

Em contexto será neste serviço de urgências médico-cirúrgicas da unidade hospitalar de Portimão, no qual desempenho funções há 6 anos, dos quais o último ano como chefe de equipa de enfermagem, que realizamos o estágio I e II que irá ser reportado neste relatório.

De acordo com a rede de referenciação hospitalar de urgência/emergência, os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica são unidades diferenciadas que devem estar instaladas em hospitais gerais de nível não inferior a hospital distrital e devem dispor de: Medicina Interna; Cirurgia Geral; Ortopedia; Anestesiologia; Cardiologia; neurologia; Oftalmologia; ORL; Urologia; Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente; Bloco Operatório; Imuno-hemoterapia; Diálise para situações agudas; Imagiologia (Radiologia convencional, Ecografia simples, TAC); Patologia Clínica que deve assegurar todos os exames básicos. (DGS,2001).

Em contexto, o serviço de UMC da UHP- CHA, possui todas as valências supracitadas, tendo como hospitais de referência para as valências de Urologia, neurocirurgia e cardiologia de intervenção o Hospital distrital de Faro. No SU do CHA- UHP prestam se cuidados de saúde a clientes (com mais de 14 anos de idade) urgentes e emergentes, fornecendo lhes um serviço de acolhimento, triagem, avaliação, realização de exames, tratamento, estabilização e encaminhamento às especialidades existentes.

Atualmente, o SU é gerida por uma Enfermeira Chefe e uma Subchefe e é constituída por 56 enfermeiros na prestação de cuidados que estão divididos em 4 equipas com 12 elementos, tendo cada Equipa um chefe de equipa e um segundo elemento de referência, e que asseguram os diversos sectores de trabalho sendo estes:

- A Área de Decisão Clínica – recebe os clientes de balcão ou da triagem, que necessitam de permanecer em maca ou carecem de maior monitorização e vigilância e os clientes que ficam internados a aguardar vaga no respetivo internamento;
- A Pequena-Cirurgia – recebe os clientes encaminhados pelo balcão ou decisão Clínica para realização de pequenos procedimentos cirúrgicos;
- O Balcão – recebe os clientes da triagem, que podem deambular e/ou cujo estado clínico não necessite de maior vigilância ou monitorização;
- A Ortopedia – recebe os clientes de balcão enviados pelo clínico, que necessitem de avaliação e/ou procedimentos do foro ortopédico;
- A Triagem – recebe os clientes provenientes do exterior, onde é feita a Triagem de Manchester, com posterior encaminhamento do cliente para a área funcional adequada;
- A Sala de Reanimação/Emergência – recebe os clientes provenientes diretamente do exterior (por orientação do Centro de Orientação de Clientes Urgentes do Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM), da triagem ou de outro sector de trabalho, que necessitem de uma intervenção imediata e diferenciada;

A Sala de Reanimação, que é o sector onde desenvolvi o meu PIS, tem como missão a abordagem imediata e diferenciada por pessoal de saúde qualificado, de clientes portadores de doença e/ou lesão aguda potencialmente reversível e que necessitem de cuidados emergentes, nomeadamente no sentido da identificação e estabilização de disfunção de órgão, por forma a acelerar o respetivo processo de diagnóstico e tratamento. A admissão na sala é da responsabilidade do médico de serviço das diversas especialidades de serviço na urgência geral e que estão alocados à sala.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de admissão na Sala de Reanimação:

- Clientes referenciados do exterior com doença crítica em risco eminente de vida
 - Pelo INEM com acompanhamento do médico da Viatura Médica de Emergência e Reanimação;
 - Por outra Unidade de Saúde (devidamente referenciado ao médico responsável da sala);
 - Via verde Coronária;
 - Todos os clientes localizados no SU, cuja situação clínica se agudize e justifique a intervenção na sala de emergência.
- Não há lugar à admissão de clientes provenientes do internamento salvo nas situações previstas no regulamento da Equipa de Emergência Interna.

Em cada turno existe um médico e um enfermeiro alocado na Sala de Reanimação, coadjuvado por outro, que assegurará as transferências no contexto da Via Verde Coronária. De referir que durante as manhãs de semana o enfermeiro alocado na Sala de Reanimação é uma enfermeira Especialista em Médico-cirúrgica ou o Chefe de Equipa e que nos restantes turnos este dá um apoio direto à sala. Compete ao enfermeiro da sala proceder à triagem de prioridade dos clientes provenientes diretamente do exterior, procedendo à sua identificação informática e posteriormente à colocação da pulseira de identificação.

A sala está organizada com 2 boxes, permitindo prestar cuidados a 2 clientes em simultâneo, onde existe material de perfusão, ventilação e monitorização invasiva e não invasiva, havendo a possibilidade de acionar uma terceira box, em situações de recurso, para um terceiro cliente. Existem ainda três postos informáticos para registos na sala, um relógio de parede bem visível e sistema de cronometragem do tempo, um acesso facilitado em área anexa a sistema pneumático de transporte de amostras clínicas, mecanismo automático de abertura/fecho das portas, botão de alarme junto da porta principal com aviso sonoro audível em toda a urgência, uma área de lavagem de mãos/lavagem para procedimentos invasivos e uma área de lavagem de sujios e armazenamento dos mesmos até recolha.

2.2 Diagnóstico De Situação

A Queimadura é uma lesão em determinada parte do organismo desencadeada por um agente físico, dependendo deste a sua classificação. Esses agentes atuam no tecido causando destruição parcial ou total da pele, podendo atingir camadas profundas, como o tecido subcutâneo, músculos, tendões e ossos (Knobel, 2006).

De acordo com a área total de superfície queimada, é considerado grande queimado a pessoa com queimaduras de segundo grau entre 20 % e 30 % da superfície corporal no adulto e com queimaduras de terceiro grau com mais de 10 % de superfície corporal queimada, queimadura da via aérea, dos genitais, das mãos e pés e por queimadura elétrica de alta tensão. (Estran, 2003)

De todas as situações de urgência, as queimaduras são, sem dúvida, aquelas que se revestem de maior dramatismo e que exigem dos enfermeiros um conhecimento correto das alterações fisiopatológicas que o organismo destes clientes experimenta.

O Cliente gravemente queimado insere-se na classificação de cliente crítico pelo seu quadro fisiopatológico muito grave, caracterizado por enorme instabilidade hemodinâmica, hidroelectrolítica, metabólica e psicológica, com risco de vida se não for atempadamente corrigido (Gomes [et al.], 1997).

2.2.1. Definição Geral Do Problema

O facto do CHA-UHP é uma unidade hospitalar periférica, faz com que muitos dos clientes graves necessitem de serem transferidas após a sua estabilização, o Grande Queimado é uma dessas situações uma vez que a Unidade de Queimados mais próxima se localiza em Lisboa. Assim a equipa de Reanimação deve estar apta a iniciar os primeiros cuidados ao Grande Queimado até a sua estabilização para que este possa ser transferido. Uma vez que esta não é uma situação muito frequente, muitos dos profissionais não se sentem devidamente preparados, criando nestes medo, angústia e stress.

Neste sentido, o problema identificado como prioridade em ser resolvido era a inexistência de um documento que sistematizasse procedimentos necessários e prévios, à abordagem do grande queimado, da sua reanimação, a sua estabilização e transferência. Desta análise surge assim a área de intervenção que nos propomos trabalhar "Não sistematização de cuidados ao Grande Queimado na sala de Reanimação de um hospital do sul do país.

2.2.2. Análise Do Problema

O Centro Hospitalar do Algarve, EPE, integra as unidades hospitalares de Lagos, Portimão e Faro. Em concreto, a unidade hospitalar de Portimão, abrange a área geográfica do barlavento algarvio constituído por oito concelhos onde residem mais de 150 000 clientes (CENSUS, 2011), sendo que, no verão a população abrangida por esta unidade duplica ou triplica. Esta é uma unidade médico-cirúrgica, sendo este o segundo nível de acolhimento de situações de Urgência.

A queimadura é uma lesão que provoca perda ou dano dos tecidos. A danificação do tecido pode advir da exposição a fontes térmicas, elétricas, químicas ou a radiações. A lesão dos tecidos é determinada quer pela temperatura ou causticidade do agente da queimadura e pela duração do contacto do tecido com a fonte. A danificação dos tecidos é causada pela disfunção enzimática e pela desnaturação das proteínas. A exposição prolongada ou a temperaturas mais elevadas podem originar necrose celular e um processo designado como coagulação proteica. As áreas fora desta área de lesão central possuem vários graus de danificação, sendo identificadas como zonas de lesão. (Urden [et al.], 2008)

Os acidentes por queimadura são bastante frequentes e estão associados a elevada morbidade e mortalidade. O número de clientes portugueses queimados é elevado, com uma incidência estimada de 21,4/100000 (pacientes hospitalizados/100000 habitantes por ano). Num estudo retrospectivo a 91 hospitais portugueses entre 1993 e 1999, foram internados 14797 clientes por queimadura, registando -se uma taxa de mortalidade de 3,7%. A identificação e tratamento precoce das lesões de queimadura, a ressuscitação hemodinâmica, o controlo da dor e a referenciação para centros com experiência no tratamento do grande queimado podem melhorar o prognóstico dos clientes. (Francisco, 2013).

Podem ser identificadas três fases de tratamento, nos cuidados a prestar a uma pessoa gravemente queimada. São a fase de reanimação, a fase aguda e a de reabilitação. Sendo a unidade Hospitalar onde exerço funções uma unidade periférica, todos os grandes queimados são “reanimados” e à posteriori transferidos para uma Unidade de Queimados, sendo a nossa referência o Hospital de S. José.

É de extrema importância uma prestação de cuidados de elevada qualidade ao grande queimado na sala de reanimação, como tal a primeira abordagem deve ser iniciada o mais precocemente possível, uma vez que aumenta consideravelmente a sobrevivência dos clientes e diminui possíveis sequelas.

A criação de um protocolo de enfermagem na atuação no grande queimado vai permitir uniformizar cuidados, e conseqüentemente aumentar exponencialmente a qualidade destes. “...O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. (Código Deontológico, Ordem dos Enfermeiros, 2009).

De forma a corroborar a nossa perceção sobre o tema de projeto foram realizadas várias estratégias de entre as quais a entrevista Quivy afirma que: A entrevista exploratória é uma técnica

preciosa para uma grande variedade de trabalhos de investigação (2003, p. 68). No sentido de perceber quais as lacunas do serviço de urgência efetuei uma entrevista exploratória não estruturada à Enf.^a L.L. (chefe do serviço) e à Enf.^a P.C. (orientadora), que acharam a temática pertinente, uma vez que embora não exista um grande número de Grandes Queimados no nosso serviço quando existe a necessidade de prestar cuidados ao grande queimado são possíveis lacunas na atuação da equipa de Enfermagem comprometendo a qualidade e a segurança de cuidados pelo que resultante desta análise chegamos à temática aqui abordada no âmbito do PIS.

Para validar a opinião da equipa e o seu interesse na área, resolvemos, pedir autorização (Apêndice 1) à direção hospitalar, para aplicar um questionário (Apêndice 2), que nós elaboramos. A população do nosso estudo são todos os enfermeiros a trabalhar no Serviço de Urgência, que são 56, foram respondidos 49 questionários, no período de 02/05/2014 a 05/05/2014, o que corresponde a 89,1% do total nossa população alvo. Não fizeram parte deste estudo a Enfermeira Chefe de Serviço assim como a Enfermeira Orientadora e alguns enfermeiros por se encontrarem em licença de maternidade, férias ou folgas.

Após aplicado o questionário, verificou-se que 53,1% dos enfermeiros tem idade entre os 26 e 29 anos e 40,8% tem idade entre os 30 e 33 anos, sendo que apenas um enfermeiro ou seja 2% trabalha há mais de 13 anos e a grande maioria 69,4% trabalha entre 4 e 8 anos, destes enfermeiros 34,7% trabalha a menos de 4 anos no serviço de urgência e 51% trabalha na urgência entre 4 a 8 anos. Questionados sobre formação na área de prestação de cuidados ao cliente vítima de queimadura apenas 3 enfermeiros 6,1% admitiu já ter tido formação.

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
CONSIDERA PERTINENTE A TEMÁTICA A ABORDAGEM AO GRANDE QUEIMADO NA SALA DE REANIMAÇÃO.	0%	0%	0%	100%
SENTE-SE COMPLETAMENTE PREPARADO E SEGURO PARA PRESTAR CUIDADOS AO CLIENTE QUEIMADO NA SALA DE REANIMAÇÃO.	20,4%	53,1%	26,5%	0%
CONSIDERA IMPORTANTE REALIZAR FORMAÇÃO NESTA ÁREA.	0%	0%	0%	100%
CONSIDERA PERTINENTE A CRIAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ATUAÇÃO AO CLIENTE QUEIMADO NA SALA DE REANIMAÇÃO.	0%	0%	14,1%	85,9%
CONSIDERA QUE A CRIAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ATUAÇÃO NO CLIENTE QUEIMADO VAI CONTRIBUIR PARA	0%	0%	14,1%	85,9%

UM AUMENTO DA EFICIÊNCIA E QUALIDADE NO CUIDADO AO
CLIENTE QUEIMADO.

Tabela 1 – Apresentação dos dados do questionário à equipa de enfermagem sobre Pertinência do tema Abordagem ao Grande Queimado na Sala de Reanimação

Ao analisar a tabela podemos verificar que a totalidade dos enfermeiros inquiridos considera pertinente a temática, sendo que 73,5% dos enfermeiros do serviço de urgência não se sente preparado nem seguro para prestar cuidados ao cliente queimado, 100% dos inquiridos revela ser pertinente realizar formação nesta área, de salientar que 85,9% concordam totalmente com a criação de um protocolo de atuação ao cliente queimado na sala de reanimação, os mesmos 85,9% concordam totalmente que com a criação de um protocolo irá contribuir para um aumento significativo da eficiência e qualidade dos cuidados ao cliente queimado.

O enfermeiro tem no planeamento um dos seus instrumentos básicos, cujo processo intelectual dá a determinação consciente do curso de uma ação, proporciona a tomada de decisões com base em objetivos, fatos e estimativas submetidas à análise. A utilização da matriz SWOT termo em inglês que significa Forças (Strengths), Fraquezas (Weaknesses), Oportunidades (Opportunities) e Ameaças (Threats) torna possível a análise mais profunda, além de permitir a devida atenção ao meio que envolve o trabalho. (Silva, T. 2010).

Validada que está a temática, a pertinência para o serviço da mesma e para a equipa, resta-nos a construção de uma ferramenta de gestão que poderá contribuir para identificação de pontos-chave para a gestão, assim como permite ver claramente quais são os riscos a ter em conta e quais os problemas a resolver estabelecer prioridades de atuação, de forma a potenciar e a explorar as oportunidades.

A análise SWOT deste projeto é:

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ul style="list-style-type: none">• Área de interesse/motivação pessoal;• Equipa de Enfermagem jovem e interessada na temática;• Projeto qualidade que se insere nas áreas de desenvolvimento do serviço;• Inexistência de um protocolo de atuação no hospital de abordagem ao grande queimado na sala de reanimação;	<ul style="list-style-type: none">• Inexperiência dos profissionais na prestação de cuidados ao grande queimado na sala de reanimação;• Escassez de conhecimentos dos profissionais sobre a temática;• Resistência dos profissionais à mudança;
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none">• Instituição em programa de melhoria contínua;• Elaboração de uma norma/protocolo reconhecida para todo o centro hospitalar;	<ul style="list-style-type: none">• Não apoio da administração do hospital devido a reestruturação Hospitalar;

Tabela nº 2 – Análise Swot do Projeto Abordagem ao Grande Queimado na Sala de Reanimação

Após aplicada a Análise Swot, verificamos a inexistência de um protocolo de atuação ao grande queimado e que este projeto se insere nas áreas de desenvolvimento do serviço. A equipa de Enfermagem é jovem e inexperiente com algum deficit de conhecimentos, no entanto é interessada na temática, deve ser feita formação apropriada, incentivada e feito um reforço positivo sempre que pertinente.

2.2.3 Identificação Dos Problemas Parcelares Que Compõem O Problema Geral

Os problemas parcelares advêm da decomposição do problema, apresentados sob a forma de questões que contribuem na procura de soluções para o problema definido. Foram identificados os seguintes problemas parcelares:

- Inexistência de normas e protocolos;
- Inexistência de uma uniformização dos cuidados ao grande queimado na sala de reanimação;
- Profissionais com pouca formação na abordagem ao grande queimado;

2.2.4 Determinação De Prioridades

Após a definição dos problemas parcelares, definimos as nossas prioridades de intervenção no projeto. Pelo que, foram determinadas as seguintes prioridades:

- Aprofundar os conhecimentos através de pesquisa bibliográfica e pesquisa em bases de dados sobre queimaduras;
- Envolver a equipa no projeto;
- Formação à equipa de enfermagem sobre a abordagem ao grande queimado na sala de reanimação;
- Elaboração de um protocolo de cuidados ao grande queimado na sala de reanimação;
- Divulgação do projeto;

2.2.5 Objetivos Do Projeto

A realização deste projeto tem como objetivo geral:

Objetivo Geral: Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao grande queimado na sala de reanimação do serviço de urgência médico-cirúrgica de um hospital do sul do país.

Perante a necessidade de dar resposta ao objetivo geral, foram traçados vários objetivos específicos, os quais devem ser exequíveis no espaço temporal existente concretizáveis através de ações, assim passaremos a identificar os mesmos:

Objetivos Específicos:

- Efetuar formação há equipa sobre cuidados ao grande queimado;
- Criar protocolo de cuidados ao grande queimado na sala de reanimação;
- Implementar um protocolo de cuidados ao grande queimado na sala de reanimação;

2.3 Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço

Esta é a fase deste projeto, com a planificação do esboço do projeto, com o levantamento dos recursos, bem como as limitações condicionantes do trabalho, são definidas as atividades propostas à realização dos objetivos, quais os diferentes elementos do grupo a precisar e os seus respetivos papéis, definir os métodos e técnicas usadas de pesquisa e realizar um cronograma de orientação (Hungler referenciado em Ferrito & et al, 2010). Assim um bom planeamento previne as

improvisações, constrói um caminho ou sequência e conjuga estratégias e recursos (Mateus, 2011). Através de cada objetivo específico, vamos delinear as atividades pretendidas de modo a operacionalizar o PIS, identificando quais os profissionais com quem vamos articular cada intervenção, menciona-se os recursos materiais de que iremos precisar, assim como os indicadores de avaliação para cada um dos objetivos específicos. Nesta fase faremos ainda referência a previsões de constrangimentos que possam surgir durante todo o processo e a formas como os ultrapassar.

O primeiro objetivo específico definido foi criar norma de cuidados ao grande queimado na sala de reanimação, para atingir este objetivo específico as atividades a desenvolvidas foram:

- Pesquisa Bibliográfica sobre a Temática;
- Consulta de guidelines sobre Cuidados ao Grande Queimado;
- Elaboração de norma de Cuidados ao Grande Queimado;
- Elaboração de um Algoritmo de Decisão sobre Cuidados ao Grande Queimado.
- Construção de um dossier temático no Serviço de Urgência em área apropriada, que contenha toda a informação recolhida;
- Construção de póster que contemple o Algoritmo De Cuidados Ao Grande Queimado Na Sala De Reanimação.

Os indicadores de avaliação deste objetivo são:

- Check list de procedimentos de atuação ao grande queimado;
- Homologação de protocolo;
- Disponibilização o Dossier temático na sala de Reanimação;

Como segundo objetivo específico efetuar formação à equipa sobre cuidados ao grande queimado, para atingir este objetivo específico as atividades a desenvolver são:

- Planeamento da sessão de formação;
- Divulgação da ação de formação;
- Sessão de formação sobre cuidados ao grande queimado e divulgação do projeto com apresentação da norma e algoritmo;
- Avaliação da sessão de formação;

Os indicadores de avaliação deste objetivo são:

- Presença de pelo menos 75% dos enfermeiros do Serviço de Urgência na formação realizada;
- Apresentação da análise de resultados;
- Disponibilização do Dossier temático na sala de Reanimação;

Por último mas não menos importante o terceiro objetivo específico será a implementação da norma e do algoritmo de cuidados ao grande queimado na sala de reanimação, as atividades a desenvolver para atingir este objetivo são:

- Envio da norma e do algoritmo ao conselho de administração, coordenador do serviço de urgência e enfermeira responsável do mesmo, para homologação;
- Disponibilização de Norma e Algoritmo em Dossier sala de Reanimação;
- Afixação do Algoritmo já realizado na sala de Reanimação;
- Auditoria aos cuidados prestados.

Os indicadores de avaliação deste objetivo são:

- Obter 75% de conformidades na aplicação da norma;

2.3.1 Cronograma de Atividades

Um cronograma de atividades, ajuda-nos a mantermo-nos orientados e focados ao longo das diversas atividades do projeto. De forma a simplificar-nos a tarefa optamos por organizar o cronograma em atividades a desenvolver por objetivo específico.

Pesquisa Bibliográfica sobre a Temática, Consulta de guidelines sobre Cuidados ao Grande Queimado, Elaboração de norma de Cuidados ao Grande Queimado, Elaboração de um Algoritmo de Decisão sobre Cuidados ao Grande Queimado, Construção de um dossier temático no Serviço de Urgência em área apropriada, que contenha toda a informação recolhida, Construção de póster que contemple o Algoritmo De Cuidados Ao Grande Queimado Na Sala De Reanimação, estas atividades tinham sido previstas para os meses de setembro outubro, sentimos a necessidade de prolonga-las até ao mês de Janeiro de forma a pudermos selecionar a informação mais pertinente para a temática.

Planeamento da sessão de formação, Divulgação da ação de formação, Sessão de formação sobre cuidados ao grande queimado e divulgação do projeto com apresentação do protocolo, Avaliação da sessão de formação, propusemo-nos a concluir estas atividades nos meses

outubro e novembro no entanto com o atraso da etapa anterior devido ao selecionar de informação, sentimos necessidade de prolonga-las até ao mês de Janeiro.

Envio da proposta de norma ao conselho de administração, coordenador do serviço de urgência e enfermeira responsável do mesmo, para homologação, Divulgação da norma e Algoritmo através de sessão de formação á equipa de enfermagem, Disponibilização de Norma e Algoritmo em Dossier sala de Reanimação, Afixação do Algoritmo já realizado na sala de Reanimação, estas atividades foram cumpridas dentro do prazo estipulado. A atividade Auditoria aos cuidados prestados até ao momento não foi concluída uma vez não tivemos nenhum Grande Queimado na sala de Reanimação.

As atividades não foram cumpridas dentro do tempos estipulados por motivos de escassez de tempo, em virtude da carga escolar, de estágio e profissional. No entanto consideramos que estes contratempos não nos impediram de levar o nosso projeto a bom porto.

2.4 Execução

Ao longo do Estágio III, fomos cumprindo as diversas atividades que nos propusemos a atingir, esta foi sem dúvida a fase mais trabalhosa, no entanto no final traduziu-se também na fase mais interessante. Passaremos em seguida a analisar de acordo com cada objetivo específico e consoante as atividades delineadas no planeamento, a efetuar a análise do executado.

O primeiro objetivo específico definido foi criar norma de cuidados ao grande queimado na sala de reanimação, para atingir este objetivo específico as atividades a desenvolvidas foram: são:

- Pesquisa Bibliográfica sobre a Temática;

Esta atividade foi executada através da consulta de sites nacionais e internacionais na área dos queimados e trauma como a American Burn Association, ou a European Burn Association, a Grunenthal ou a Trauma Nurse Care Course.

- Consulta de guidelines sobre Cuidados ao Grande Queimado;

Foram pesquisadas as últimas guidelines Nacionais e Internacionais referentes ao Grande queimado, optamos por nos guiar pelas Guidelines da Direcção Geral de Saúde e na European Burn Association uma vez que vão ao encontro da nossa realidade.

- Elaboração de norma de Cuidados ao Grande Queimado;

Elaboramos uma proposta de norma onde começamos por fundamentar o tema, para o qual referenciamos estudos e bibliografia consultada, sendo a base do nosso trabalho compilação de

informação consultado no Manual do Instituto Nacional de Emergência Médica, no Manual de Trauma Nurse Care Course que enquadra conteúdos científicos, certificados pelo American College of Surgeons e a National Association of Emergency Medical Technicians, assim como o livro Pre-Hospital Trauma Life Support que também enquadra conteúdos científicos, certificados pelo American College of Surgeons e a National Association of Emergency Medical Technicians. Consta ainda da norma uma parte mais descritiva onde fundamentamos abordagem ao Grande Queimado na sala de Reanimação, nas guidelines e estudos.

- Elaboração de um Algoritmo de Decisão sobre Cuidados ao Grande Queimado (Apêndice III).

De forma resumir toda a informação compilada criamos um algoritmo de decisão sobre os Cuidados ao Grande Queimado de forma a guiar os profissionais de forma sistemática e assertiva ao longo da abordagem do Grande Queimado.

- Construção de um dossier temático no Serviço de Urgência em área apropriada, que contenha toda a informação recolhida;

De forma a possibilitar a consulta de toda a informação recolhida, por todos os elementos afetos ao serviço foi colocado um dossier temático em área apropriada.

- Construção de póster que contemple o Algoritmo De Cuidados Ao Grande Queimado Na Sala De Reanimação.

Foi elaborado um Poster em Formato A3 (Apêndice III) e afixado na sala de reanimação para consulta por todos os profissionais.

Os indicadores de avaliação deste objetivo são:

- Check list de procedimentos de atuação ao grande queimado;
- Homologação de protocolo;
- Disponibiliza o Dossier temático na sala de Reanimação;

Como segundo objetivo específico escolhemos efetuar formação à equipa sobre cuidados ao grande queimado, para atingir este objetivo específico as atividades a desenvolvidas foram:

- Planeamento da sessão de formação;

A sessão de formação foi planeada antecipadamente para isso criamos um plano de sessão, onde descrevemos o tema, objetivo geral e específicos, método e por fim a avaliação da sessão. A sessão de formação, foi realizada no âmbito da formação em serviço, efetuados pedidos ao centro de formação para disponibilidade do auditório e dos materiais audiovisuais.

- Divulgação da ação de formação;

A ação de formação foi divulgada através de cartazes em tamanho A4 colocados pelo serviço, assim como foi enviado um email a todos os enfermeiros do serviço de urgência, foi ainda divulgada no facebook através de um grupo específico.

- Sessão de formação sobre cuidados ao grande queimado e divulgação do projeto com apresentação da norma e algoritmo;

Como já referido anteriormente foi realizada uma sessão de formação onde foi divulgada uma proposta de norma sobre os cuidados ao grande queimado na sala de reanimação, assim foram atingidos os objetivos a que nos tínhamos proposto, os colegas presentes foram bastante participativos, esclareceram dúvidas, tendo a formação constituído um momento de partilha e de aprendizagem para todos os participantes.

- Avaliação da sessão de formação;

A avaliação da sessão de formação foi feita por intermédio de um questionário com 10 perguntas onde pretendemos avaliar a sessão de formação assim como o desempenho do formador.

Quanto a sessão de formação foram feitas 6 questões: Os objetivos da sessão foram claros?, O tema abordado foi adequado à sua função profissional?, Correspondeu às suas expectativas?, Os meios audiovisuais utilizados foram adequados?, As instalações utilizadas foram adequadas?, A duração da sessão, relativamente ao conteúdo, foi adequada?. As questões foram avaliadas de 1 a 4, onde 1 corresponde a insuficiente e 4 corresponde a excelente, todos os profissionais consideraram correspondeu de forma excelente.

Quanto ao formador foram feitas 4 questões: O formador transmitiu com clareza os conteúdos abordados?, Demonstrou domínio do tema? Criou um clima favorável à participação dos formandos?, Conseguiram esclarecer dúvidas colocadas durante a sessão?. As questões foram avaliadas de 1 a 4, onde 1 corresponde a insuficiente e 4 corresponde a excelente, mais uma vez os formandos consideraram que correspondeu de forma excelente.

Os indicadores de avaliação deste objetivo são:

- Presença de pelo menos 75% dos enfermeiros do Serviço de Urgência na formação realizada (tendo sido atingido com sucesso);
- Apresenta a análise de resultados;
- Disponibilização o Dossier temático na sala de Reanimação (Que se encontra já presente em sala);

Por último mas não menos importante o terceiro objetivo específico será a implementação da norma e do algoritmo de cuidados ao grande queimado na sala de reanimação, as atividades a desenvolver para atingir este objetivo são:

- Envio da norma e do algoritmo ao conselho de administração, coordenador do serviço de urgência e enfermeira responsável do mesmo, para homologação;

Foi enviada a proposta de norma assim como o algoritmo para o conselho de administração, até ao momento não foi obtido nenhum feedback, pelo que aguardamos a sua aprovação

- Disponibilização de Norma e Algoritmo em Dossier sala de Reanimação;

A proposta de norma assim como o algoritmo foram colocados em dossier na sala de reanimação, para que seja mais pratico para os profissionais consultarem em caso de dúvida.

- Afixação do Algoritmo já realizado na sala de Reanimação (Apêndice III);

O algoritmo foi afixado em tamanho A3 na sala de reanimação para permitir uma consulta rápida aos profissionais.

- Auditoria aos cuidados prestados.

Até ao momento não foi possível cumprir este objetivo específico uma vez que não recebemos nenhum Grande Queimado na Sala de Reanimação.

Os indicadores de avaliação deste objetivo são:

Obter 75% de conformidades na aplicação da norma;

2.5. Avaliação

Ao Avaliar um projeto é preciso ter em conta que todos os objetivos propostos inicialmente foram atingidos. Para avaliar o projeto e tendo em conta a importância do recurso a instrumentos de avaliação de forma a efetuar uma avaliação mais objetiva do projeto, baseamo-nos nos seguintes parâmetros: os resultados da ficha de avaliação da sessão de formação, a Check list de procedimentos, para preencher, após a prestação de cuidados ao grande queimado de forma a verificar se ocorreram algumas falhas e por último Feed-back, contributos e sugestões dos colegas para integrar no projeto.

Podemos assim constatar que todos os objetivos específicos a que nos propusemos a alcançar foram atingidos. O resultado deste projeto é a criação da norma de abordagem ao Grande Queimado na sala de Reanimação, traduzindo-se num aumento de qualidade e segurança nos cuidados prestados ao grande queimado, possibilitou-nos ainda o grande ganho em termos de aquisição de conhecimentos, partilha de informações, permitindo-nos estreitar caminho para desenvolver competências comuns, específicas e de mestres.

3. Análise Das Competências Enfermeiro Especialista Em Pessoa Em Situação Crítica

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Conforme o publicado em Diário da República, no Regulamento nº 122/2011, “Competências comuns, são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.”

As competências comuns do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica designadas pela Ordem dos Enfermeiros são:

3.1.1. A. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal do enfermeiro especialista assume – se como fulcral para o seu desempenho, enquanto prestador de cuidados, em que as suas intervenções de enfermagem devem respeitar e ir ao encontro do definido pelos princípios éticos e deontológicos, definidos no Regulamento exercício profissional do enfermeiro.

Neste domínio a aquisição de competências teve um contributo importante da UC Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem composta pelos módulos Epistemologia e Conhecimento; Ética de Enfermagem; Direito da Enfermagem; Ética em Investigação integrado no MEMC. A reflexão proporcionada permitiu um crescimento pessoal e profissional que dificilmente será possível igualar, permitindo assim dar resposta às unidades de competência previstas no Regulamento das competências comuns.

Durante a realização do PIS, pode-se enumerar a realização dos pedidos de autorização para realização do estudo dirigidos às entidades gestoras da instituição, assim como o consentimento informado construído e aplicado à equipa de enfermagem aquando do questionário de sustentação da pertinência da temática em estudo.

3.1.2. A1 Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético – deontológico , na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2010 pag. 4).

O processo de tomada de decisão é algo que é inerente à prática de cuidados de enfermagem. Durante a prática clínica há constante confronto com problemas de difícil resolução, e que requerem uma análise criteriosa. Especialmente no início da carreira, enquanto principiantes que caminham na direção de peritos, o processo de tomada de decisão segue um caminho formal que implica a recolha de informação preliminar. Equacionando várias hipóteses de resolução do problema, com posterior análise dos prós e contras das várias hipóteses, escolhe - se a que for favorecida por maior evidência, e que posteriormente será avaliada em termos de efeitos e consequências. Apenas mais tarde se obtém uma compreensão profunda da situação global, em que se compreende de maneira intuitiva cada situação e se apreende diretamente o problema, evitando um leque excessivo de opções que inclua situações supérfluas e estéreis (Nunes, 2006; Benner, 2005).

Pessoalmente procuramos sempre manter nos atualizados procurando conhecimentos relativamente a área de exercício profissional, munindo-nos assim de armas teóricas e praticas da enfermagem baseadas na evidencia científica, para uma tomada de decisão assertiva, respeitando as necessidades e características da pessoa em situação critica mantendo os princípios éticos inerentes à deontologia profissional.

Salientar também a importância da UT Supervisão de Cuidados que nos permitiu simular processos de tomada de decisão em situações complexas, onde cada grupo nos brindou com as suas experiencias, abrindo-nos a mente, tendo sempre em conta todas as dimensões, nomeadamente as éticas, deontológicas e legais, bem como a vontade da pessoa alvo de cuidados.

3.1.3. A2. Promove Práticas De Cuida Dos Que Respeitam Os Direitos Humanos E As Responsabilidades Profissionais

Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes (Ordem dos Enfermeiros 2010, pág. 5). A proteção da liberdade e dignidade humana encontra-se inscrita no código deontológico da OE no seu artigo 78º, aprovado pelo Decreto - Lei nº104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº111/2009 de 16 de Setembro. Expressa os princípios gerais à luz dos quais se identificam os valores associados à profissão e os princípios orientadores da mesma. Implica a assunção de responsabilidade profissional, que deverá ter em conta, reconhecendo e respeitando, o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida na atividade profissional (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

Enquanto enfermeiros consideramos que a informação é um dever do cliente, de forma a que possa respeitar a sua liberdade, autonomia e dignidade. Ao realizar qualquer ato procura-mos

informar o cliente das intervenções a que vai ser submetido, a importância das mesmas, ou seus riscos associados e só após o seu consentimento é que devem ser executadas. É de extrema importância no binómio enfermeiro-cliente que haja confiança. Nem sempre a vontade do cliente é mesma que a da família, mas cabe ao enfermeiro respeitar em última instância a vontade do cliente mesmo que essa vontade não seja a escolhida pela família, esforçamo-nos por integrar na prática clínica o dever de sigilo e o respeito pela intimidade.

O dever de cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa é uma das bases do trabalho enquanto enfermeiros, tentamos por isso no dia-a-dia não deixar influenciar valores, garantindo ao cliente a excelência do cuidar.

O respeito pelos direitos humanos foi lembrado durante a realização do PIS, tendo sido respeitada a autonomia, a dignidade e a liberdade dos intervenientes. Foi garantido o anonimato durante a aplicação dos instrumentos de colheita de dados e explicado qual o objetivo dos mesmos para a obtenção de autorização junto dos responsáveis.

A gestão do risco nos cuidados em enfermagem é de extrema importância nos contextos de trabalho e no âmbito da responsabilidade profissional. Os erros acontecem e se a mentalidade associada for “castradora” haverá tendência para a sua ocultação em detrimento da sua análise. Por este motivo temos procurado manter-nos informados, divulgar e incentivar o preenchimento dos instrumentos que existem a nível institucional para reportar acidentes e incidentes. Apenas com uma adequada divulgação e preenchimento destes instrumentos se poderá concluir que situações que poderão parecer um erro isolado, eventualmente poderão ser falhas mais amplas e que, caso não seja detetada a sua real origem, se poderão repetir e com consequências mais graves.

3.2. Domínio Da Melhoria Da Qualidade

A criação de sistemas de qualidade em saúde é uma ação prioritária, na qual as associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental. São estas que podem definir os padrões de qualidade em cada domínio específico característico dos mandatos sociais de cada uma das profissões. No caso específico da enfermagem, tal foi reconhecido pelo estado português aquando da criação da OE, tendo ficado definido nos seus estatutos a necessidade de definir padrões de qualidade. Estes permitirão refletir a melhoria que se pretende atingir dos cuidados de enfermagem a fornecer às pessoas alvo dos cuidados e proporcionam um espaço de reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2010).

Neste domínio a aquisição de competências teve um contributo importante da UT gestão de Processos e Recursos em Enfermagem composta pelos módulos Criação de Empresas; Estratégias

de Melhoria Contínua da Qualidade; Liderança de Equipas; Gestão dos Cuidados de Enfermagem integrado no MEMC. Desenvolvemos em grupo, aquando da frequência teórica em ambiente de escola, um projeto de intervenção organizacional “Urgências de Ambulatório” que contempla a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

3.2.1. B1. Desempenha Um Papel Dinamizador No Desenvolvimento E Suporte Das Iniciativas Estratégicas Institucionais Na Área Da Governação Clínica

“Colabora na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional (Ordem dos Enfermeiros 2010, pag.6).

O desenvolvimento do PIS (Em Apêndice) e do PAC (Em Apêndice), representam por si próprios projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados a nível organizacional permitindo-me ainda desenvolver aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados.

3.2.2. B2. Concebe, Gere E Colabora Em Programas De Melhoria Contínua Da Qualidade

Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2010 pág. 6).

Enquanto enfermeiro procuro conhecer os resultados das auditorias realizadas ao meu serviço e reter os resultados de forma a melhorar a minha prática diária. O PIS permitiu desenvolver competências na área da conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade. Neste foi necessário identificar oportunidades de melhoria, estabelecer prioridades, selecionar estratégias adequadas aos objetivos estabelecidos e coordenar a sua implementação.

3.2.3. B3. Cria E Mantém Um Ambiente Terapêutico E Seguro

Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco (Ordem dos Enfermeiros 2010, pág. 7).

O PAC (Em Apêndice) permitiu-me desenvolver e implementar um projeto onde as medidas de precaução básicas de controlo de infeção foram revistas e aplicadas a realidade do serviço permitindo assim colaborar na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados

seguros envolvendo todos os profissionais de saúde afetos ao serviço e posteriormente coordenar a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção.

3.3. C. Domínio Da Gestão Dos Cuidados

Neste domínio a aquisição de competências teve um contributo importante da UT gestão de Processos e Recursos em Enfermagem composta pelos módulos Criação de Empresas; Estratégias de Melhoria Contínua da Qualidade; Liderança de Equipas; Gestão dos Cuidados de Enfermagem integrado no MEMC e a UT Supervisão de Cuidados, enquanto chefe de equipa estas unidades temáticas permitiram-me compreender melhor as funções de um líder assim como os seus deveres e assim crescer enquanto profissional.

3.3.1. C1. Gere Os Cuidados, Otimizando A Resposta Da Equipa De Enfermagem E Seus Colaboradores E A Articulação Na Equipa Multiprofissional

Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas (Ordem dos Enfermeiros 2010 pág. 8).

Para o desenvolvimento desta competência contribuíram a realização do PIS e do PAC no sentido em que os recursos materiais e humanos se tornam indispensáveis para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, nomeadamente, à pessoa em situação crítica através informação detalhada e adequada à utilização dos EPI's direcionada aos enfermeiros e assistentes operacionais.

3.3.2. C2. Adapta A Liderança E A Gestão Dos Recursos Às Situações E Ao Contexto Visando A Otimização Da Qualidade Dos Cuidados

Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros 2010 pág. 9)

A liderança pode ser essencialmente de três tipos: autocrática, ou seja, focada no líder que mantém um forte controlo sobre o grupo e tomada de decisão; democrática, em que todos os membros do grupo participam na tomada de decisão e no estabelecimento de objetivos; e por último, laissez-faire, em que o líder assume uma atitude passiva e não diretiva, onde as decisões são tomadas pelo grupo com o mínimo de intervenção do líder.

Como chefe de Equipa o serviço de urgência permite-me atuar como agente de mudança de forma a motivar a equipa por esta razão não assumo nenhum tipo de liderança, mas sim os 3 tipos tentando sempre adequar a minha prestação à situação apresentada de acordo com as necessidades do todo e das tarefas a serem concluídas. Isto implica uma grande capacidade de diagnóstico assim como de conhecimento do outro, sensibilidade, capacidade de orientação sem imposição e de motivação e envolvimento dos liderados no trabalho da equipa.

3.4. D-Domínio Do Desenvolvimento Das Aprendizagens Profissionais

Neste domínio a aquisição de competências teve um contributo importante da UT Enfermagem com o módulo Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem, a UT Ambientes em Saúde com o módulo Psicossociologia das Organizações e UT Gestão de Processos e Recursos em Enfermagem composta pelos módulos Liderança de Equipas; Gestão dos Cuidados de Enfermagem integrado no MEMC, pessoal e profissionalmente procuro sempre crescer, esse desejo pelo saber mais e melhor sempre me acompanhou. Ser enfermeiro exige a aquisição de competências de diversificados âmbitos, entre eles, âmbito emocional, comunicacional e relacional, na medida em que, os conflitos nem sempre são inevitáveis e tornam-se essenciais competências para os saber gerir

3.4.1. D1.Desenvolve O Autoconhecimento E A Assertividade

Demonstra, em situação, a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional (Ordem dos Enfermeiros 2010 pág. 9)

Como chefe de equipa no serviço de urgência a capacidade de resolução de conflitos é constantemente posta a prova, não só pela gestão do serviço, mas pela variedade de classes profissionais médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, clientes e técnicos mas também pela variedade de culturas. A gestão de conflitos é difícil, requer um elevado conhecimento de nós próprios, como do serviço e das situações em si, muitas vezes sou apanhado no meio de conflitos, cabe-me ter a destreza e o conhecimento necessário a sua resolução, nem sempre esta é a mais pacífica ou aceite por todos, mas tento que seja a mais justa tendo em conta os interesses de todos, só assim o entendimento pode durar. Uma gestão adequada de conflitos é aquela que alcança um entendimento e aumenta as interações futuras.

3.4.2. D2. Baseia A Sua Praxis Clínica Especializada Em Sólidos E Válidos Padrões De Conhecimento

Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (Ordem dos Enfermeiros 2010 pág. 10)

Como enfermeiro sempre pautei a minha prática tentando atingir a excelência do cuidar, para tal ao longo dos anos tenho procurado manter-me atualizado relativamente à profissão, tentando perceber/colmatar as minhas lacunas como enfermeiro e investir nas minhas áreas de interesse. O exercício de funções em ambiente de urgência/emergência implica não só uma consciência ético-deontológica apurada, mas também uma constante atualização técnico-científica. Desde que me formei muitos foram os cursos que frequentei sempre satisfatoriamente. Resultado disso é que fui convidado a fazer parte da equipa de formadores na área de Suporte avançado de Vida e Trauma da unidade hospitalar e simultaneamente convidado a chefiar uma equipa do serviço de urgência.

Para a realização do PIS tive em conta as últimas guidelines científicas sobre o tema, para isso consultei a base de dados da European Burn Association, assim como a base de dados da American Burn Association, e ainda do Trauma Nurse Core Course que é creditado pela American Nurses Association.

4. Análise Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Em Pessoa Em Situação Crítica no âmbito do PAC

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações eliminando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas - considera-se igualmente a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação (Ordem dos Enfermeiros 2010, pag 1)

4.1. K1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (Ordem dos Enfermeiros 2010, pág. 3).

4.1.1. K1.1. – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica

Na Enfermagem é necessária uma constante atualização de conhecimentos dada a complexidade dos cuidados que em situação crítica pode constituir a diferença entre a vida da morte.

É fundamental estarmos atentos de forma a detetar sinais e sintomas que nos permitam identificar situações que a posteriori se venham a mostrar graves de forma a poder responder

atempadamente. Para o desenvolvimento desta competência foi importante a aquisição de conhecimentos da UT Urgência / Emergência. Consideramos, que também a elaboração do PIS (em Apêndice), permitiu a aquisição desta competência, na medida em que pode adquirir conhecimentos profundos na área do Grande Queimado, construindo uma norma que vai permitir melhorar os cuidados prestados a este como ajudar a antever possíveis complicações na admissão destes clientes.

4.1.2. K.1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos

No nosso contexto profissional muitos são os protocolos complexos que necessitamos dominar nomeadamente a Via Verde Trauma, Via Verde AVC, Via Verde Sepsis, Via Verde Coronária, Suporte Avançado de Vida. Para o desenvolvimento desta competência novamente muito contribuiu a UT Urgência / Emergência. Como formador intra-Hospitalar de SAV e Trauma, domino à priori o Protocolo de Suporte Avançado de Vida e de Trauma, não obstante, a realização do PIS, nomeadamente da Norma de Abordagem ao Grande Queimado, permite nos adquirir esta competência. A primeira abordagem ao Grande Queimado requer cuidados complexos e sistematizados com a realização da norma adquirimos competência de criar, regular e implementar protocolos terapêuticos complexos.

4.1.3. K.1.3 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas

De acordo com a International Association for the Study of Pain (2014), a dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.

De acordo com o documento “Dor-Caderno Orientador de Boas Práticas” elaborado pela OE (2008), existem doze princípios na avaliação e controlo da dor, sendo que dos mesmos se ressalvam: “Toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor”; “ A perceção e expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa, de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde / doença e o contexto onde se encontra inserida”; “O controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada” e finalmente destaca-se o ponto nº 11 que defende que o enfermeiro “tem o dever ético e legal de advogar uma mudança de plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado”.

Para o desenvolvimento desta competência muito contribuiu a UT Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Dor. Na aquisição desta competência salientamos o PIS, onde desenvolvemos um capítulo denominado “A Dor no Queimado”, tendo sido necessário realizar pesquisa na área da dor, não só na fisiopatologia da dor, medidas farmacológicas e não farmacológicas, mas também nos instrumentos da avaliação onde salientamos a escalas numéricas, de faces, doloplus. Referir também a realização de um trabalho no âmbito MEMC Intervenções De Enfermagem À Pessoa Com Dor Aguda, na qual nos permitiu munir de conhecimento/evidência científica necessário a compreensão do cliente com dor aguda e as intervenções enfermagem adequadas a esta situação.

4.1.4 K.1.4 – Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica

No Trinómio Família/Cliente/Enfermeiro o papel do enfermeiro na situação crítica é fundamental, cada pessoa reage de forma pessoal ao processo de doença, o enfermeiro tem o dever de intervir e acompanhar cada pessoa na sua caminhada ao longo do processo. Para o desenvolvimento desta competência contribuiu a UT Enfermagem com o modulo Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem, a UT Cuidados a Pessoa em Fim de Vida e a UT Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem. Na aquisição desta competência salientamos a conclusão destas UT com sucesso, permitindo a melhoria da minha prestação de cuidados, ao facilitarem o aperfeiçoamento das capacidades de escuta ativa, de respeito e aceitação incondicional, de congruência e de empatia para com o cliente. O estabelecimento de uma relação terapêutica é um processo difícil que, sem os adequados aportes teóricos e orientação por enfermeiros com maior experiência na área, falha na prossecução dos seus objetivos.

4.1.5. K.1.5 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde

A comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem. Ela está presente em todas as ações realizadas com o cliente, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender as suas necessidades básicas. Como instrumento, a comunicação é uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional.

Na perspetiva dos autores, Bertone et al. (2007) a comunicação deve fazer parte fundamental do exercício profissional do enfermeiro, para que estes possam garantir o êxito dos

procedimentos técnicos e da convivência que competem para uma melhor qualidade de vida da pessoa que necessita dos cuidados de enfermagem.

Sendo a comunicação imprescindível para uma melhor prestação de cuidados ao cliente e família que vivenciam processos de doença complexos, geradores inevitavelmente de stress e de sofrimento. A comunicação é essencial em todas as ações realizadas junto do cliente como informar, colheita de dados, apoiar, procedimentos invasivos ou não invasivos, relação de ajuda. Para o desenvolvimento desta competência contribuiu a UT Enfermagem com o módulo Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem, UT Filosofia Bioética e Direito em Enfermagem, a UT Cuidados a Pessoa em Fim de Vida e a UT Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem. Na aquisição desta competência evidenciamos que no SU nem sempre as notícias que temos a comunicar a família ou ao cliente são as melhores, muitas mesmo marcam uma vida, nem sempre é fácil gerir da melhor forma estas situações, o aporte nas UT referidas anteriormente deram-me as bases/conhecimentos necessários para as suportar e agir da melhor forma em prol do trinómio Cliente/Família/Enfermeiro. De referir ainda a realização do trabalho Conspiração de Silêncio realizado na UT Filosofia Bioética e Direito em Enfermagem.

4.1.6. K.1.6 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica

A relação de ajuda consiste num “processo que visa essencialmente a tomada a cargo de si própria pela pessoa cuidada, e não pelo enfermeiro” Phaneuf, 2005, p. 12 e 13 refere ainda ser importante salientar que o enfermeiro “age sobre a confiança que consegue suscitar (...), sobre as trocas que decorrem entre elas, sobre o que ela retém do seu ensino, sobre a ajuda que ela consegue fazer-lhe aceitar e em suma sobre a evolução desta pessoa para a melhoria do seu estado”. (...) na relação de ajuda, o enfermeiro deve integrar o sofrimento da pessoa com quem está, para mais facilmente estabelecer esta relação. Este tipo de relação, tem como objetivo “favorecer no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida” A relação de ajuda é considerada como terapêutica. Os cuidados físicos ou a satisfação de certas necessidades de base podem ser preliminares ou complementares ao estabelecimento de uma relação de ajuda. Para o desenvolvimento desta competência foi importante o desenvolvimento da UT Enfermagem com o módulo Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem, a UT Cuidados a Pessoa em Fim de Vida e a UT Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem. Na aquisição desta competência distinguimos que por vezes não é fácil criar uma

relação de ajuda no SU, no entanto após a frequência destas UT referidas anteriormente foram dadas as bases/conhecimentos necessários para ultrapassar esta barreira.

4.2. K2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

Intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe multi-vítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta (Ordem dos Enfermeiros 2010, pág. 4).

A catástrofe é definida como uma interrupção grave do funcionamento de uma comunidade ou sociedade causando perdas humanas, materiais, económicas ou ambientais e que comprometem a capacidade da comunidade ou sociedade afetada em lidar com os seus próprios recursos. (ISDR, 2004, p.9., Organização Mundial da Saúde, de 2007, página 7).

As Catástrofes são classificadas como "naturais" e "tecnológicas" (isto é tudo o que é feito pelo homem). As catástrofes naturais incluem tempestades, como furacões e ciclones, inundações, terremotos, emergências por calor e frio extremo, tsunamis, erupções vulcânicas, pandemias e fome. As catástrofes tecnológicas incluem transportes de químicos, acidentes biológicos e radiológicos, bem como atos de terrorismo. Existem ainda as catástrofes complicadas por guerras ou conflitos internos que levam a um colapso das estruturas sociais, políticas e económicas e são classificadas como emergências complexas ou catástrofes complexas. Tem havido um notável aumento de catástrofes complexas ao longo da última década. (Organização para a Alimentação e Agricultura das Nações Unidas, 1999).

4.2.1. K2.1 - Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência

"Cada enfermeiro deve adquirir um conjunto mínimo de competências e conhecimentos de base que lhes permite responder a uma Catástrofe de uma forma oportuna e apropriada". (Veenema, 2007, p. 17).

As Catástrofes podem representar sérias ameaças de saúde pública para qualquer nação. Morte, trauma, lesões, agravamento de doenças crónicas, infeções, disseminação de doenças e problemas de saúde mental são apenas algumas das potenciais consequências para a saúde pública numa Catástrofe.

Os cuidados de saúde devem estar rapidamente disponíveis, para que haja uma diminuição do risco. Para que um país possa responder com sucesso a uma catástrofe, em certa parte, deve-se à capacidade dos profissionais de saúde em realizarem uma avaliação rápida, comunicarem e gerirem todo o processo de desastre de uma forma eficaz perante a adversidade. (Cox e Briggs, 2004). A preparação de enfermeiros e outros profissionais de saúde é uma prioridade.

O SU é a primeira porta de entrada de um Hospital, em caso de catástrofe essa premissa ainda mais se acentua, ao realizarmos com sucesso o curso de triagem de Manchester, assim como o ATCN (Advance Trauma Care for Nurses) onde consta o módulo Catástrofe-Cenários de Triagem adquirimos esta competência, de salientar ainda que enquanto chefe de equipa do serviço de urgência tenho a necessidade de dominar plano de emergência e catástrofe da Instituição/Serviço. Para o desenvolvimento desta competência muito contribuiu a UT Enquadramento conceptual Enfermagem Médico-cirúrgica.

4.2.2. K. 2.2 – Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe

O ICN (2006, p.13) descreve o valor do envolvimento do enfermeiro em catástrofe como: "Os enfermeiros com suas habilidades técnicas e conhecimentos de epidemiologia, fisiologia, farmacologia, estruturas culturais-familiares e questões psicossociais podem ajudar nos programas de preparação para catástrofes, bem como durante as mesmas".

No entanto, Davies e Moran (2005) apontam que os enfermeiros são indispensáveis não só durante a resposta imediata à catástrofe, mas também na preparação para catástrofes e na recuperação a longo prazo, a fim de lidar com as consequências para a saúde.

Os enfermeiros desempenham um papel importante na prevenção de catástrofes por serem de certa forma responsáveis pela educação na comunidade, trabalharem para redução de riscos, contribuírem para o desenvolvimento, implementação e avaliação de prontidão da comunidade, participarem em treinos e avaliação de catástrofes e coordenarem e trabalharem com organizações comunitárias. No local de trabalho, onde o planeamento de catástrofes está ausente ou fragmentado, os enfermeiros têm um papel de liderança e advocacia no desenvolvimento de planos de catástrofes e exercícios.

Para o desenvolvimento desta competência foi imprescindível a UT Enquadramento conceptual Enfermagem Médico-cirúrgica. Na aquisição desta competência salientamos a realização do trabalho ICN Framework Of Disaster Nursing Competencies onde foram vistas e revistas as competências do enfermeiro em situação de catástrofe, de referir também o dia de campo partilhado

com os Bombeiros Sapadores de Setúbal onde pudemos desenvolver na pratica situações de catástrofe e emergência multi-vitimas.

4.2.3. K.2.3 - Gere os cuidados em situações de Emergência e/ou Catástrofe

Na fase de resposta de uma catástrofe, os enfermeiros prestam cuidados em várias áreas, incluindo trauma, triagem, atendimento de emergência, cuidados intensivos, primeiros socorros, controle de infeção, cuidados de suporte e paliativos, e saúde pública.

Os hospitais, postos de ajuda de emergência, abrigos, casas, locais de imunização em massa, necrotérios e clínicas improvisadas são exemplos de onde os enfermeiros podem ser necessários. Estes tem a capacidade para gerir os impactos físicos e psicológicos e também sabem funcionar em papéis de liderança, gerindo e coordenando os cuidados de saúde e cuidadores.

Para o desenvolvimento desta competência contribuiu UT Enquadramento conceptual Enfermagem Médico-cirúrgica. Na aquisição desta competência evidenciamos a realização do trabalho ICN Framework Of Disaster Nursing Competencies onde foram aprofundadas as competências do enfermeiros em situação de catástrofe assim como realizamos com sucesso o curso de triagem e o ATCN (Advance Trauma Care for Nurses), onde são abordados módulos de catástrofes assim como possíveis cenários reais, também ao desempenhar a função de chefe de equipa nos é exigido capacidade de liderança, avaliação, assertividade, em situação de catástrofe, de referir também o dia de campo partilhado com os Bombeiros Sapadores de Setúbal onde pudemos desenvolver na pratica situações de catástrofe e emergência multi-vitimas.

4.3. K3 - Maximiza 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 em tempo útil e adequadas.

Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção (Ordem dos Enfermeiros 2010, pag 4).

Segundo (CIPE, 2011), a infeção é a invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo. Na perspetiva de Pereira (2005) o controlo da infeção pressupõe que se atue de forma a minimizar os riscos exógenos e endógenos.

4.3.1. K3.1 – Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

A prestação de cuidados de saúde, quer em meio hospitalar, quer em regime de ambulatório, pode dar origem à transmissão de infeções designadas por Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). As IACS constituem, atualmente, uma das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde, uma vez que a sua prevalência oscila entre os 5 e os 10% na maioria dos países da Europa. (DGS, 2007, pág. 6).

Para o desenvolvimento desta competência tivemos a contribuição da UT Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas/Controlo de Infeção. Na aquisição desta competência salientamos o PAC (em Apêndice), onde foram revistas as dez medidas de Prevenção Básica de Controlo de Infeção tendo sido posteriormente adaptadas ao SU e ainda no PIS (em Apêndice) foi abordado um capítulo denominado A Pessoa Queimada e a Infeção onde foi descortinada a importância de medidas assépticas no queimado, devendo ser mantido tudo o mais estéril possível minimizando o número de pessoas em contacto com este e assim minimizar o risco de infeção.

4.3.2. K3.2 – Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

Para o desenvolvimento desta competência tivemos a ajuda da UT Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas/Controlo de Infeção. Na aquisição desta competência como já descrito anteriormente salientamos o PAC onde depois de revistas as dez medidas de PBCI, estas foram adaptadas ao SU e posteriormente foram materializadas por meio de formação para os Enfermeiros e Assistentes Operacionais, foram ainda criadas tabelas de tarefas e limpezas adequadas a cada situação.

Dos conteúdos lecionados apreendi que enquanto enfermeiro especialista tenho responsabilidades redobradas para questionar, ponderar e procurar constante atualização na área de prevenção e controlo da infeção perante as vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica. Apenas cumprindo os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção, monitorizando, registando e avaliando as medidas implementadas poderei contribuir para a melhoria dos cuidados prestados a estes clientes.

5. Análise Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Pessoa Em Situação Crónica E Paliativos

A área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa toma por alvo de intervenção a Pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, ao longo do ciclo de vida e o eixo organizador é dirigido aos projetos de saúde da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, bem como aos cuidadores, à sua família e ao seu grupo social de pertença, preservando a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar. A doença crónica não se constitui como uma entidade nosológica em si; é um termo abrangente que inclui doenças prolongadas, frequentemente associadas a um variável grau de incapacidade, de curso prolongado e geralmente de progressão lenta, com potencial de compensação e que implicam a necessidade de adaptação a diversos níveis (físico, familiar, social, psicológico, emocional e espiritual). Os pilares fundamentais dos cuidados paliativos assentam no controlo dos sintomas, no suporte psicológico, emocional e espiritual, mediante uma comunicação eficaz e terapêutica; no cuidado à família e no trabalho em equipa, em que todos se centram numa mesma missão e objetivos (Ordem dos Enfermeiros 2011, pág. 1).

5.1. L5 - Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida

Identifica as necessidades de intervenção especializada a pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal. Concebe, implementa e avalia os planos de cuidados, numa abordagem abrangente, compreensiva, numa avaliação holística da saúde do indivíduo e da satisfação das suas necessidades, recursos, objetivos e desejos, com vista a preservar a sua Dignidade, a maximizar a sua qualidade de vida e a diminuir o seu sofrimento (Ordem dos Enfermeiros, 2011 pág. 3).

Segundo o Plano Nacional de Cuidados Paliativos (2004), refere que os Cuidados ao cliente com doença crónica ou em fim de vida constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente os clientes com prognóstico de vida limitado, e têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade, o mesmo refere ainda que a prática dos Cuidados Paliativos assenta nos seguintes princípios:

- Afirma a vida e encara a morte como um processo natural;

- Encara a doença como causa de sofrimento a minorar;
- Considera que o cliente vale por quem é e que vale até ao fim;
- Reconhece e aceita em cada cliente os seus próprios valores e prioridades;
- Considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser clínica e humanamente apoiadas;
- Considera que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;
- Assenta na conceção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica;
- Aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do cliente;
- É baseada no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico;
- Centra-se na procura do bem-estar do cliente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim;
- Só é prestada quando o cliente e a família a aceitam;
- Respeita o direito do cliente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida;
- É baseada na diferenciação e na interdisciplinaridade.

O ser humano é, por natureza, um ser gregário, pelo que quando a pessoa atravessa o processo de doença, todo o núcleo familiar e social do paciente também “adoece”. De acordo com a ANCP (2009), citando Franco “a unidade de cuidados cliente-família coloca-se como una e específica ao mesmo tempo. A célula de identidade do ser humano é a família, respeitadas todas as condições que fazem dela um universo cultural próprio, muitas vezes distante ou até mesmo alheio ao universo cultural dos profissionais da saúde”.

A doença avançada, progressiva e incurável impele o cliente à reflexão, ao balanço da sua vida, conduzindo em certas situações a um intenso sofrimento. Através dos processos de deterioração progressiva, todas as dimensões da pessoa sofrem perdas nos últimos meses de vida. No que concerne à dimensão física surge a dependência de terceiros devido às limitações funcionais sequelares à doença e ao descontrolo sintomático; na dimensão cognitiva as perdas estão relacionadas com as suas expectativas e escolhas; na dimensão emocional a perda emerge devido às mudanças e às dúvidas, o humor torna-se variável e existem dificuldades em resolver problemas;

na dimensão social incluem-se os relacionamentos, com o isolamento social, comunitário e laboral, tanto com os profissionais de saúde como com família e, finalmente na dimensão espiritual a pessoa busca o sentido da vida- procurando compreender os seus diversos aspetos- a reconciliação consigo mesmo e com os outros, valorizando o que fez e como viveu (Barbosa & Neto, 2006).

Para o desenvolvimento desta competência muito contribuiu a UT Intervenções ao Cliente com Dor, a UT Cuidados à Pessoa em Fim de Vida, e a UT Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem. Na aquisição desta competência salientamos os diversos trabalhos desenvolvidos ao longo do MEMC, nomeadamente os trabalhos Conspiração De Silêncio, Intervenções De Enfermagem À Pessoa Com Dor Aguda e Cuidados a Pessoa em Fim de Vida (Estudo de Caso), de referir ainda que no Serviço de Urgência são muitas as pessoas situação crónica e paliativa, enquanto profissional tento sinalizar estas situações e adequar a minha postura, não só perante a pessoa mas também perante a família, saliento uma entre muitas situações onde um cliente com 45 anos doença terminal faz admissão num serviço de urgência cheio, sem macas ou condições para que os clientes possam ser devidamente cuidados, onde os profissionais estão sob stress, cansados física e psicologicamente. O cliente faz admissão por dor abdominal severa, obstipação com 5 dias de evolução, mal-estar geral, emagrecido, desidratado com antecedentes pessoais de adenocarcinoma intestinal. Rapidamente o cliente entre em fase agónica. São tomadas todas as diligências necessárias, depois de muita pressão consegue-se insistir com o clínico para que chame a anestesia e controle a dor abdominal até ao momento sempre descontrolada, consegue-se arranjar um local reservado no serviço de urgência para o cliente e família, é explanado a esposa a gravidade da situação consegue-se ainda contactar a irmã do cliente que vive noutra País. Horas mais tarde a Família reúne-se em volta do cliente e este, momentos mais tarde falece sereno.

Este exemplo constitui-se como ilustrador da tomada de consciência que tomamos de forma a garantir e proporcionar dignidade assegurando que mesmo lutando contra obstáculos organizacionais se não desistirmos conseguimos proporcionar os cuidados que as pessoas e famílias merecem.

5.2. L6 - Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte

Otimiza resultados de Cuidados Paliativos para indivíduos com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares, com necessidades complexas de cuidados, através da construção de um clima de confiança, um sentimento de solidariedade e de capacitação

que vai além do desempenho de tarefas de cuidar. Esta relação terapêutica deve ser facilitada por limites mutuamente acordados, é passível de ser desenvolvida em curtos espaços de tempo, assim como adaptável a diversos contextos (Ordem do Enfermeiros, 2011 pág. 4).

Os Cuidados Paliativos não são determinados pelo diagnóstico mas pela situação e necessidades do cliente. De acordo com a Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006) os mesmos não devem ser remetidos para uma ideia de “fim de linha” numa dicotomia entre estes e os cuidados curativos, mas sim assumir-se como uma intervenção estruturada e rigorosa nas doenças crônicas e progressivas, causadoras de grande sofrimento.

A família, tanto a biológica como a adquirida (amigos, parceiros etc.) deve ser, desta forma, integrada na prestação de cuidados com o papel de parceiros e colaboradores. Esta possui um profundo conhecimento da pessoa, das suas necessidades, suas peculiaridades, seus desejos e angústias, muitas vezes não-verbalizado pela própria pessoa. Macedo (2011) cita Kübler-Ross (1969): “Não conseguimos ajudar o cliente em fase terminal de forma eficaz se não incluirmos a sua família. Ela desempenha um papel fulcral durante o período da doença e as reações familiares contribuirão em muito para a resposta do cliente ao percurso patológico.”

Para o desenvolvimento desta competência distinguimos a contribuição da UT Intervenções ao Cliente com Dor, a UT Cuidados à Pessoa em Fim de Vida, e a UT Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem. Na aquisição desta competência salientamos os diversos trabalhos desenvolvidos ao longo do MEMC, nomeadamente os trabalhos Conspiração De Silêncio, Intervenções De Enfermagem À Pessoa Com Dor Aguda e Cuidados a Pessoa em Fim de Vida (Estudo de Caso), de referir ainda a situação vivida descrita anteriormente.

6. Análise das Competências de Mestre em Enfermagem

Segundo o Decreto - lei 74/2006 de 25 de Março, preconiza que no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional (artigo 18º, nº4). Tendo em conta os objetivos fixados legalmente pretende-se que o Mestre em Enfermagem detenha um conhecimento aprofundado no domínio especializado da área em estudo, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.

6.1. Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem

Em Portugal, as primeiras referências à supervisão, na área da enfermagem, surgem no Decreto Regulamentar n.º 3/88 de 22 de Janeiro, no qual a função de supervisionar os cuidados de enfermagem, com vista a garantir uma máxima eficiência, é atribuída ao enfermeiro-chefe da unidade ou serviço. Posteriormente, a Carreira de Enfermagem, definida no Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, prevê a figura do enfermeiro supervisor, no qual estão delegadas funções do âmbito da gestão de serviços no geral e na enfermagem em particular.

Segundo a OE (2010), a supervisão clínica é como um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica.

No decorrer do estágio e enquanto enfermeiros e chefe de equipa de enfermagem, está implícito a realização de uma avaliação exaustiva da pessoa, o que inclui não só o indivíduo, como as famílias e as comunidades, formulando os diagnósticos de enfermagem tendo em conta a análise crítica dos dados obtidos na avaliação e prescrevendo as intervenções de enfermagem gerais e especializadas necessárias. Contudo este processo não fica por aqui implicando igualmente a avaliação de todo este processo, garantindo que os resultados obtidos são os resultados esperados, revendo os diagnósticos de enfermagem iniciais e alterando as intervenções com o evoluir da situação de saúde do cliente.

6.2. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas

A Enfermagem, como ciência e como profissão, tem sofrido nos últimos anos, modificações a diversos níveis que a impulsionam para um processo crescente de valorização pedagógica, profissional e social. Adequando-se, cada vez melhor às constantes mudanças de conjunturas sociopolíticas e às necessidades de saúde da atual sociedade, a Enfermagem tem conquistado o seu espaço, dentro do campo do cuidar da pessoa tendo passado por um longo processo de clarificação na sua essência como definição, nomeadamente, no que diz respeito, no como fazer e o por que fazer. Desde a definição da Florence Nightingale, até meados do século XIX, onde a maioria dos manuais começava com uma definição de Enfermagem, sendo uma arte que tem por fim coadjuvar a Medicina nas suas relações com os clientes, e que a missão dos seus profissionais consistia em vigiar os clientes e aplicar-lhes as prescrições dos clínicos (Joaquim Barbosa cit. In Nunes, Lucília 2003, p.189), aproximando dos dias de hoje, onde a Enfermagem faz parte integrante do sistema de cuidados de saúde e engloba a promoção da saúde, a prevenção da doença e os cuidados a pessoas de todas as idades com doença física, doença mental ou deficiência, em todas as organizações de cuidados de saúde e noutros locais da comunidade, atuando sempre em princípios científicos (CIPE, 2003).

A Enfermagem é uma ciência/profissão em constante mutação, evolução, pelo que requer uma constante atualização por parte dos seus profissionais, nesse sentido foi sentida a necessidade de aquisição de conhecimentos/competências, isto originou o ingresso no 3º mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, o que permitiu consolidar e expandir os conhecimentos adquiridos com a licenciatura, estes novos conhecimentos foram aplicados no decorrer dos estágios.

6.3. Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva

Como formador interno de SAV e Trauma e ainda como chefe de equipa de enfermagem num serviço de urgência médico-cirúrgica foi sentida a necessidade de me especializar no cliente crítico de forma poder responder assertivamente sempre que o conhecimento me permita, não apenas como conselheiro mas como formador. Salientarmos ainda que com a realização do PIS foi possível formar a equipa de Enfermagem do SU, dotando-a de conhecimentos necessários para a abordagem do grande queimado. Tal fornece uma motivação extra para me manter como um elemento válido, pró-ativo e com conhecimentos permanentemente atualizados na minha área de especialização.

6.4. Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos

O processo de tomada de decisão em enfermagem é usado como forma de validar os dados obtidos e a veracidade dos diagnósticos efetuados, permitindo a prescrição de intervenções de enfermagem independentes conforme a sua efetividade. A utilização de fontes credíveis na construção do corpo de conhecimentos necessários bem como uma avaliação ativa e melhoria constante do processo de pensamento é primordial. Só é possível com um forte sentido ético deontológico de forma a minimizar os efeitos decorrentes dos nossos valores pessoais e profissionais, garantindo desta forma o respeito pelos princípios da autonomia, justiça e beneficência e reconhecendo a dignidade da vida humana.

O processo de tomada de decisão deve ser intrínseco ao profissional de enfermagem, independentemente da situação, a frequência no 3º mestrado de enfermagem médico-cirúrgica veio aumentar a base conhecimentos, capacitando-me para uma tomada de decisão mais assertiva, permitindo-me a gestão de situações complexas de forma segura e irrepreensível.

6.5. Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

A realização do 3º mestrado de enfermagem médico-cirúrgica veio capacitar-me de conhecimentos que me ajudarão a solucionar problemas do dia-a-dia profissional tendo sempre como base a prática de enfermagem baseada na evidência. A realização do PIS (em Apêndice) assim como do PAC (em Apêndice) irá contribuir para a melhoria dos cuidados de Enfermagem prestados no SU. O PIS/PAC foram construídos tendo por base as evidências mais recentes da temática em questão permitindo assim desenvolver trabalhos atuais e pertinentes com um contributo inegável para a prática.

6.6. Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular

A realização do MEMC capacitou-me dos instrumentos necessários ao nível da capacidade de análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação, bem como de pedagogia. Enquanto formador interno do Centro Hospitalar nos cursos de SAV e Trauma, após frequentar o MEMC pude melhorar a minha prestação desenvolver as minhas capacidades de diagnóstico, planeamento e avaliação tendo sempre em atenção as políticas de saúde da instituição.

7. Reflexão Final

Com o fim desta etapa este relatório permitiu-me mobilizar recursos cognitivos e integrá-los na prática, levando ao desenvolvimento de competências de avaliação, planeamento, intervenção e investigação em enfermagem médico-cirúrgica. A metodologia de projeto tem uma componente eminentemente prática, buscando a resolução de problemas reais de uma organização ou serviço e possibilita em simultâneo a aquisição e o desenvolvimento de competências do Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A temática sobre o grande queimado, insere-se numa das áreas de atuação do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. A admissão de clientes queimados no serviço de urgência (SU) onde desempenhamos funções, mais especificamente “grande queimado”, não é muito frequente, mas quando ocorre, são situações de gravidade, que carecem de prestação de cuidados urgentes, altamente qualificados. Tendo sido identificado como problema, a ausência de protocolo de cuidados ao grande queimado na sala de emergência do serviço de urgência de um hospital da região sul, local onde decorreram o conjunto dos estágios constitui-se como uma oportunidade de aquisição /desenvolvimento de competências.

Ao longo do relatório que iniciou-se com o enquadramento teórico, adoção de uma teoria de enfermagem, que pelo contexto foi utilizada uma teoria de médio alcance, a TID de Merle Mishel, seguindo-se da exploração do PIS, utilizando a metodologia de projeto, que mostrou-se uma ferramenta importante, com o diagnóstico da situação, análise do problema, descrição das ferramentas diagnósticas utilizadas, determinação de prioridades, objetivos e planeamento, implementação e avaliação. No âmbito da PAC, foram explanadas as atividades desenvolvidas e refletidas que possibilitaram o adquirir as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC em pessoa em situação crítica e em situação crónica e paliativa

Com a realização do Estágio III todos os objetivos foram atingidos identificamos uma oportunidade de melhoria de qualidade de cuidados prestados no SU, no âmbito do MEMC, formulamos o diagnóstico de situação e o planeamento do PIS, com vista a resolução do problema de enfermagem identificado que eram os objetivos a atingir com a realização do estágio, posteriormente implementamos as medidas de resolução do problema que se encontram praticamente concluídas. De seguida efetuamos uma reflexão crítica sobre a aquisição/aprofundamento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-cirúrgica, assim como as competências de Mestre em Enfermagem, fazendo uma ponte com os contributos do estágio e com os lecionados em contexto de aula. Nesta etapa não foi descurado

os contributos inerentes à experiência profissional que se revelaram essenciais à aquisição e desenvolvimento das capacidades inerentes às competências específicas, fornecendo o conhecimento prático que a teoria por si só não permite obter.

Revelou-se extremamente exigente a conjugação entre a vida pessoal, profissional e académica, aumentando exponencialmente a dificuldade de cumprimento dos tempos previstos para a execução do projeto, que condicionaram os prazos previstos para a conclusão do trabalho e sobre o tempo de reflexão sobre as alterações necessárias a cada passo.

O desenvolvimento e aquisição e de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Médico-cirúrgica revelaram-se enriquecedores, permitindo a interiorização/consciencialização das capacidades adquiridas ao longo do percurso realizado. Despertou-me interesse para determinadas áreas que carecem de maior investimento nomeadamente no âmbito da pessoa em situação crónica e paliativa, no entanto sinto que atingi os objetivos a que me propus, embora sinto que posso almejar mais, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Com este relatório chegamos ao fim de mais um processo de formação, no entanto enquanto profissionais de saúde este não pode ser o fim da aprendizagem, o saber é uma sede que deve ser insaciável, e os profissionais de saúde têm que ter capacidade de adaptação a novas realidades, novas formas de organizar o trabalho e novas perspetivas de a sociedade encarar a saúde, os cuidados de saúde e o trabalho de enfermagem.

8. Referencias

8.1 Bibliográficas

Amaral, T. (2013). Garantindo a Continuidade de Cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta Grande Queimada. Lisboa;

Dauber A. [Et Al]. 2002. Chronic Persistent Pain After Severe Burns: A Survey Of 358 Burn Survivors. Pain Med. 2002. Pág.6-17;

Diego, L. [Et Al.] (2012). Fisiopatologia Do Grande Queimado. Rio De Janeiro. 2012. Pág. 61-71;

Duarte, M. [et al.]. (2012). Percepções Da Equipe De Enfermagem Sobre Seu Trabalho Em Uma Unidade De Queimados. Porto Alegre. (Rs) 2012 Mar;33(1):77-84;

Estran, N. Sala De Emergência-Emergências Clínicas E Traumáticas. Porto Alegre: 2003. ISBN 85-7025-710-4;

Fawcett, J. (2005) – Middle-Range Nursing Theories Are Necessary For The Advancement Of The Discipline. Rev. Aquichan [Em Linha]. Vol.5: Nº 001 (2005), P.32-43. ISSN 1657-5997

Ferrito, C. et al. – Editorial. Revista Percursos [Em linha]. nº 15, 2010. ISSN 1646-5067

Francisco, T. [Et Al.]. (2013). Grande Queimado Numa Unidade De Cuidados Intensivos Pediátricos – Experiência De 20 Anos. Porto. Nascer E Crescer Revista De Pediatria Do Centro Hospitalar Do Porto Ano 2013, Vol Xxii, N.º 3. Pág. 151;

Hobbs, P. – Gerir Projectos. Porto: Dorling Kindersley – Civilização Editores, Lda., 2009. 72p. (Manuais De Gestão) ISBN 978-989-550-798-6;

Instituto Nacional De Emergência Médica, (2012). Emergências De Trauma. 1ª Edição, 2012. Pág. 61-73;

Instituto Nacional De Emergência Médica, (2012). Manual Tas Emergências De Trauma. 1ª Edição, 2012. ISBN 978-989-8646-13-2;

Instituto Nacional De Emergência Médica, (2012). Situação De Excepção. 1ª Edição, 2012;

Lierh, Patricia e SMITH, Mary. (2008). – Middle Range Theory for Nursing – Springer Publishing Company , LLC. 2ª Ed. New York, 2008. 531 p. ISBN 978-0-8361-1916-2;

Magnette, A- European Practice Guidelines For Burn Care (Minimum Level Of Burn Care Provision In Europe).Netherlands, 2011. Pág. 31;

Mahar, P. [Et Al]. 2012. Frequency And Use Of Pain Assessment Tools Implemented In Randomized Controlled Trials In The Adult Burns Population: A Systematic Review. 2012. Pág. 147-154;

Martinho, A. (2008). - Balneoterapia. Um Estudo Realizado Na Unidade Funcional De Queimados Da Universidade De Coimbra. Dissertação De Mestrado Na Área De Saúde Pública. Coimbra. 2008;

Ministério Da Saúde. (2002). Instituto Nacional De Saúde Dr.Ricardo Jorge- Prevenção De Infecções Adquiridas No Hospital-Um Guia Prático.2ª Ed. 2002;

Nunes, L, Ruivo, A. E Lopes, J. (2010) - Guia Orientador Dos Estágios 2º E 3º Semestres. Setúbal: Departamento De Enfermagem Da Escola Superior De Saúde Do Instituto Politécnico De Setúbal;

Nunes, L, Ruivo, A. E Lopes, J. (2014) - Guia Para A Elaboração Do Relatório De Estágio I E II. Setúbal: Departamento De Enfermagem Da Escola Superior De Saúde Do Instituto Politécnico De Setúbal;

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor - Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa.

Ordem Dos Enfermeiros. (2012). Repe E Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros. Lisboa : Ordem Dos Enfermeiros;

Ordem Dos Médicos E Sociedade Portuguesa De Cuidados Intensivos, (2008). Transportes De Clientes Críticos Recomendações. Celom;

Pais, S. (2012).O Cliente Crítico. Viseu;

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

Pinto, J. [et al.]. (2010). O Indivíduo E A Queimadura: As Alterações Da Dinâmica Do Subsistema Individual No Processo De Queimadura. Coimbra. Revista de Enfermagem Referência - III - n.º 1 – 2010;

Prehospital Trauma Life Support, (2012). Atendimento Pré-Hospitalar Ao Traumatizado. Tradução Da 7ª Edição. Rio De Janeiro. Elsevier Editora. Pág 357-373;

Renata, D. [et al.]. (2003). Unidade De Tratamento De Queimados: Relato De Experiencia Sobre A Construção De Protocolo Para Os Cuidados De Enfermagem. Minas Gerais. Enfermaria Global nº3;

Richardson, P. (2009). The Management Of Pain In The Burns Unit. Burns. 2009; Pág. 921-936;

Santa-Comba, A. [et al.]. (1993). Tratamento De Queimados. Porto. Acta Médica Portuguesa 1993; 6:521-526;

Silva, T. (2010). Eixo Temático: Ensino E Pesquisa Análise Swot Potencializando As Ações De Planejamento Do Enfermeiro. São Paulo;

Sousa, A. (2011). Compreendendo a Experiência da Equipe Multiprofissional em uma Unidade de Queimados. Botucatu;

Thelan, A.; Davie, K.; Urden, D, Linda; Lough, E, Mary. (1996). - Enfermagem Em Cuidados Intensivos, Diagnóstico E Intervenção. Lisboa: Copyright, 1996. Isbn 972-96610-2-2;

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e sua obra – Modelos e teorias de Enfermagem (5ªed.). Ioures: Lusociência;

Vale, E. (2005). Primeiro Atendimento Em Queimaduras: A Abordagem Do Dermatologista. Minas Gerais. An Bras Dermatol. 2005;80(1):9-19;

World Health Organization, (2009). Diretrizes Para O Desenvolvimento De Programas De Qualidade No Atendimento Ao Trauma. Panamerican Trauma Society 2012. Bogotá – Colombia;

8.2 Eletrónicas

American Burn Association, (2007). Burn Referral Criteria-Emergency Management Alert. 2007. [Consultado dia 2 de Janeiro de 2015]. Disponível em: Disponível em: <http://www.hcpro.com/SAF-66811877/ABA-burn-referral-c1->;

CIPE – Classificação Internacional pa Pratica de Enfermagem, (2010). [Consultado dia 17 de Dezembro de 2014]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx> 26 Dez);

DGS – Abordagem Hospitalar das Queimaduras, (2012). [Consultado dia 26 de Dezembro de 2014]. Disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCCQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fnorma-n-0222012-de-26122012-png.aspx&ei=3OW2VLWeOoHbUbG7glgE&usq=AFQjCNFcdE11MS_QqTLbzb8vGD79fWmpww&bv m=bv.83640239,d.d24;

IASP - International Association for the Study of Pain (2014). Consultado dia 26 de Dezembro de 2014]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/>;

Klein, M. [et al] (2007). The association between fluid administration and outcome following major burn: a multicenter study. 2007 [Consultado dia 2 de Janeiro de 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17414612>;

Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista, (2010). [Consultado dia 17 de Dezembro de 2014]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf;

Regulamento De Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Em Pessoa Em Situação Crónica E Paliativa [Consultando dia 20 de Fevereiro de 2014]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf;

Regulamento n.º 124/2011 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica [Consultando dia 20 de Dezembro de 2014]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf;

Apêndices

Apêndice 1
(PIS – Norma de Abordagem ao Grande
Queimado na Sala de Reanimação)

Norma de Abordagem ao Grande Queimado na Sala de Reanimação

O CHA-UHP é uma unidade hospitalar periférica, faz com que muitos dos utentes graves necessitem de serem transferidas após a sua estabilização, o Grande Queimado é uma dessas situações uma vez que a Unidade de Queimados mais próxima se localiza em Lisboa. Assim a equipa de Reanimação deve estar apta a iniciar os primeiros cuidados ao Grande Queimado até a sua estabilização para que este possa ser transferido. Uma vez que esta não é uma situação muito frequente, muitos dos profissionais não se sentem devidamente preparados, criando nestes medo, angústia e stress.

Neste sentido, surge a necessidade de criar um documento que sistematizasse procedimentos necessários e prévios, à abordagem do grande queimado, da sua reanimação, a sua estabilização e transferência.

A criação de uma norma de enfermagem na atuação no grande queimado vai permitir uniformizar cuidados, e conseqüentemente aumentar exponencialmente a qualidade destes. “..O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas... (Código Deontológico, Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Na abordagem à pessoa queimada deve se ter especial atenção ao equipamento de proteção individual, nomeadamente utilizar equipamento respiratório, luvas esterilizadas utilizar lençóis esterilizados, bata esterilizada.

Abordagem ao Grande Queimado imediatamente após a admissão na sala de Reanimação.

Abordagem Primária segundo a metodologia ABCDE;

A – Via Aérea (Airway) - Permeabilizar a VA com Controlo da Coluna Cervical:

- Permeabilizar a VA (Não esquecer das próteses dentárias, que podem constituir um risco para obstrução da VA.);
- Manobras manuais: elevação do queixo ou sub-luxação da mandíbula;
- Aspiração: sonda rígida (sonda de Yankauer) na cavidade oral e maleável se tubo endotraqueal;
- Adjuvante básico: tubo orofaríngeo;
- Suspeitar sempre de compromisso de VA se:
 - Queimadura da via aérea;

- Queimadura da face e/ou pescoço (em particular se há atingimento da face);
 - Dispneia, estridor laríngeo, rouquidão, tosse ou broncospasmo;
 - Pêlos da face ou do nariz (cílios nasais) queimados;
 - Tosse com expectoração fuliginosa;
 - Queimadura da língua ou mucosa oral;
 - Alteração do estado de consciência - agitação ou confusão.
- ➔ Ponderar VA definitiva se:
- Índice de Clark ≥ 2 ;
 - Por monóxido de carbono;
 - Queimadura circunferencial do tórax;
 - Em caso de dúvida entubar endotraquealmente, proteger a pessoa queimada.

Crítérios	Pontuação
Espaço Fechado	1
Dispneia	1
Alteração da Consciência	1
Rouquidão	1
Queimadura Facial	1
Expectoração Carbonácea	1
Fevores/Alt. Auscultação	1
Total	7

Tabela nº 1 – Índice de Clark

B – (Breathing) Ventilação e Oxigenação:

- ➔ Administrar O₂ 100% (15 l/min) humidificado;
- ➔ Deve-se então:
 - Expor e inspecionar o torax.
- ➔ Avaliar:
 - Frequência respiratória;
 - Padrão Respiratório;
 - Amplitude Respiratória;

- Ritmo;
- Sinais de dificuldade respiratória como a utilização de musculatura acessória, respiração paradoxal;
- Assimetria na Expansão torácica;
- Avaliar a parede torácica (presença de queimaduras no tórax pode comprometer ventilação).

C - (Circulation) Circulação com Controlo da Hemorragia:

- ➔ Identificar fontes de hemorragia externa significativa e controlá-la;
- ➔ Colocar dois acessos venosos de grande calibre (Colher sangue para análise de Hemograma, Coagulação e Bioquímica);
- ➔ Monitorizar:
 - Frequência cardíaca;
 - Cor da pele, Humidade e temperatura;
 - Recuperação do preenchimento capilar em áreas não queimadas (inferior a 2 segundos);
 - Tensão Arterial.
- ➔ Iniciar Fluidoterapia (se possível).

D – (Disability) Disfunção Neurológica e Sinais Focais

- ➔ Determinar o nível de consciência utilizado a Escala de Glasgow (Intubação Traqueal se valor da Escala de Glasgow igual ou inferior a 8);
- ➔ Avaliar as pupilas segundo a sua reatividade, simetria e tamanho;
- ➔ Verificar a nível de Glicémia Capilar:
- ➔ A alteração do estado de consciência pode indicar um dos seguintes:
 - Hipoxémia;
 - Edema cerebral;
 - Hematoma cerebral;
 - Intoxicação por CO;
 - Hipovolémia;
 - TCE associado;
 - Hipoglicémia;
 - Ingestão de drogas ou álcool.

E – (Expose/Environmental control) Exposição Corporal com Controlo da Temperatura

- As peças de roupa assim como todos os adornos da pessoa queimada devem ser removidos;
- Cobrir as zonas queimadas com material estéril não aderente.

Abordagem Secundária Segundo a Metodologia FGH

F - (Full set of vital signs/five interventions/facilitate family presence) - Monitorizar a pessoa queimada e avaliar todos os sinais vitais/ Intervenções/ Facilitar a Presença da Família

- Iniciar Fluidoterapia (Formula de Parkland - 4mL por kg multiplicando % de área queimada. Metade deste fluido precisa ser administrada nas primeiras oito horas após a lesão, e a outra metade, entre a 8ª e a 24ª hora);
- Inserir cateter urinário (Débito - 0,5 ml/kg/hora);
- Inserir cateter gástrico (Se necessário);
- Promover os estudos imagiológicos, quando possível e se necessário;
- Facilitar a presença da família.

G - (Give confort) Gerar/gerir medidas de conforto

- Quantificar a dor;
- Medidas farmacológicas;
- Medidas não farmacológicas;

H – (Head-to-toe/History) Consolidar a colheita da História/ Exame físico sistematizado da cabeça aos pés

- Consolidar a colheita da História “CHAMU”:
 - C – Circunstância;
 - H – História Pessoal (Antecedentes pessoais);
 - A – Alergias;
 - M – Medicação;
 - U – Última Refeição.
- Exame físico sistematizado da cabeça aos pés (“Head-to-toe”):
 - Inspeção;
 - Palpação.

I – (Inspetion) Inspeção da superfície corporal posterior

- ⇒ Inspeção da superfície corporal posterior.
- ⇒ Imunização.

A reavaliação da pessoa queimada deve ser contínua e em todos os parâmetros possíveis, quer sinais vitais, quer a resposta às intervenções terapêuticas instituídas.

Cálculo da Superfície Corporal Queimada (SCQ)

Para que possa ser feita uma correta administração de fluidos de forma a impedir que a pessoa queimada entre em choque hipovolémico, é necessário primariamente calcular a Superfície Corporal Queimada. A fórmula mais utilizada para calcular a SCQ é a “regra dos 9” (Fig. Nº 1), por ser um método de cálculo rápido e eficaz em situação de emergência e por estar referido em todas as guidelines consultadas, onde as principais regiões do corpo valem 9%, à exceção da área genital que corresponde a 1%, sendo que nas crianças apresentam proporções diferentes dos adultos.

Queimaduras pequenas podem ser avaliadas usando a Regra da Palma. O uso da palma da pessoa queimada é bastante aceite e há muito realizado para estimativa do tamanho de queimaduras, correspondendo a 1% (PHTLS, 2012 pag. 357-373).

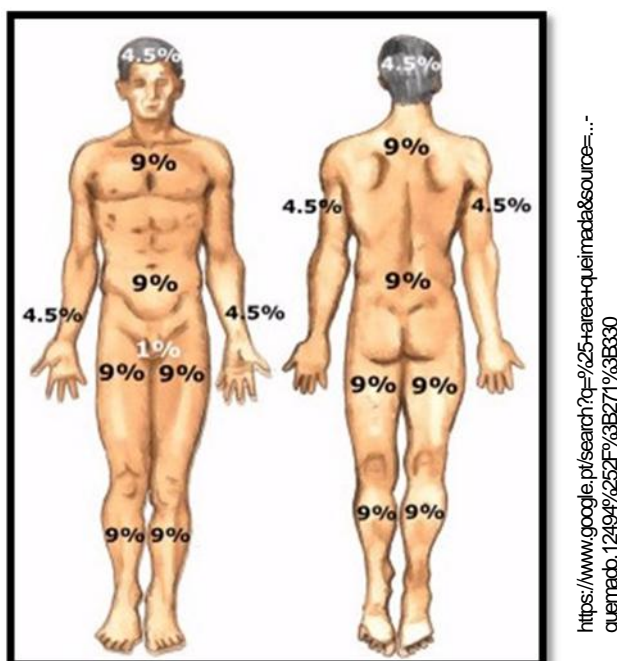


Fig. Nº1 - Percentagem de Superfície Corporal Queimada

Situações Especiais

Na abordagem à pessoa queimada deve se ter especial atenção ao equipamento de protecção individual, nomeadamente utilizar equipamento respiratório, luvas esterilizadas utilizar lençóis esterilizados, bata esterilizada.

O cimento reage com o suor da vítima em uma reacção que origina calor e provoca o ressecamento excessivo da pele.

Os Combustíveis, podem provocar queimaduras por contacto, existindo destruição das membranas provocando necrose o seu tratamento consiste na irrigação constante de grandes volumes de Água. O Ácido Hidrofluórico, liquefaz os tecidos e retira o cálcio dos ossos. O seu tratamento consiste numa fase inicial na irrigação da zona atingida com água e posteriormente aplicado um gel de Gluconato de Cálcio.

O Enxofre e as Soluções Nitrogenadas, a exposição a estas substâncias provoca inicialmente irritação na garganta e pulmões, mas uma exposição mais prolongada pode provocar bolhas na pele e posteriormente necrose e insuficiência respiratória.

As queimaduras por Agentes Radiológicos é prioritário a remoção do pessoa queimada da fonte de contaminação, a remoção de roupas contaminadas e a irrigação do pessoa queimada com água;

Critério de Transferência para uma Unidade de Queimados

- Queimaduras em mais de 10% da superfície corporal;
- Queimaduras profunda de espessura parcial (3º grau) em mais de 2% da superfície corporal;
- Queimaduras da Face, Pescoço, Tórax, Périneo, Mãos e Pés;
- Queimaduras Circulares do Tórax e/ou Membros;
- Queimaduras eléctricas;
- Queimaduras químicas;
- Queimaduras com lesões associadas;
 - Inalação de fumo e/ou substâncias tóxicas;
 - Traumatismo crânio-encefálico;
 - Traumatismo músculo-esquelético;
- Queimaduras com doenças associadas:
 - Diabetes Mellitus;
 - Doença hepática;
 - Doença renal;

- Doença cardíaca;
- Doença psiquiátrica e/ou neurológica;
- Neoplasias e situações de imuno-depressão;
- Suspeita de lesão por maus-tratos;
- Necrose Epidérmólise Tóxica (Síndrome de Lyell).

A norma será revista de 3 em 3 anos, ou sempre que necessário, de forma a manter os conhecimentos atualizados.

Apêndice 2
(PAC – Precauções Básicas de Controle de
Infeção)



DSG Normas 029/2013 Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PCI)

" TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE REPORTAR POR ESCRITO AO SUPERIOR HIERÁRQUICO AS FALHAS DE STOCK DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL, AS DEFICIÊNCIAS DETECTADAS NESTES EQUIPAMENTOS OU OUTROS OBSTÁCULOS QUE POSSAM DIFICULTAR OU POR EM CAUSA O CUMPRIMENTO DAS PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFECÇÃO. "

(DSG, 2013 P. 1)

DSG Normas 029/2013 Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PCI)

1.1 OBJETIVOS DE SUPORTE DE AVALIAÇÃO DE RISCO

- NA AVALIAÇÃO À UNIDADE DE SAÚDE DEVE ASSUMIR-SE QUE TODO O DOENTE ESTÁ POTENCIALMENTE COLONIZADO OU INFECTADO COM MICROORGANISMOS PATÓGENOS E PODE CONSTITUIR UM RESERVATÓRIO OU FONTE POTENCIAL PARA A TRANSMISSÃO DELIBADA DA INFECÇÃO;
- A APLICAÇÃO DAS PCI DURANTE A PREVENÇÃO DE CONTACTOS É DETERMINADA PELA NÍVEL DE DISTRIBUIÇÃO ENTRE O PACIENTES DE CONTACTOS E O UTENSIL.



DSG Normas 029/2013 Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PCI)

2.1 COLOCAÇÃO DE DOENTES

- DOENTES QUE REPRESENTEM UM RISCO ACRESCIDO DE TRANSMISSÃO CRUZADA (P.ex. SINDROME DE SCARLETA), DEVEM SER COLOCADOS NUM LOCAL QUE MINIMIZE ESSE RISCO;
- DEVE EVITAR-SE AS COLOCAÇÕES DEPENDÊNCIAS DO DOENTE ENTRE SUPERFÍCIES OU ENTRE SI MESMOS;

DSG Normas 029/2013 Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PCI)

2.2 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

- A lavagem das mãos com água e sabão é recomendada sempre que as mãos estejam visivelmente sujas;
- É importante a aplicação regular de um creme hidratante para proteger a pele das ações de desinfectação;
- As recomendações para a higienização devem existir escritas em todos os pontos de saúde para que possam ser observadas pelos profissionais de saúde.

"A higiene das mãos é o método mais simples e eficaz para prevenir a transmissão entre profissionais e doentes."

DSG Normas 029/2013 Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PCI)

2.2 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

QUANDO??


- ✓ Antes de contacto com o doente;
- ✓ Antes de procedimentos invasivos;
- ✓ Após a risco de exposição a fluidos orgânicos;
- ✓ Após contactar com o doente ou com a sua unidade;
- ✓ Após a remoção de EPI;
- ✓ Após usar as instalações sanitárias;
- ✓ Antes e após as refeições;

DSG Normas EPI/2013 Prescrições Básicas do Controlo de Infecção (PCI)

2.3 ETIQUETA RESPIRATÓRIA

> É um conjunto de medidas individuais a serem cumpridas por profissionais de saúde, doentes, visitantes, voluntários e comunidade em geral.

> Tem por objectivo reduzir a transmissão de agentes infecciosos por via aérea, em particular, através da contenção das secreções respiratórias.



DSG Normas EPI/2013 Prescrições Básicas do Controlo de Infecção (PCI)

2.3 ETIQUETA RESPIRATÓRIA

COMO CONTER SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS?

- ✓ COBRIR A BOCA E NARIZ AO TOSSIR E/OU ESPIRRAR;
- ✓ UTILIZAR A MANGA/BRASO COMO FORMA DE CONTENÇÃO DE SECREÇÕES AO TOSSIR OU ESPIRRAR;
- ✓ UTILIZAR TOALHETO DE USO ÚNICO PARA CONTER AS SECREÇÕES;

DSG Normas EPI/2013 Prescrições Básicas do Controlo de Infecção (PCI)

2.3 ETIQUETA RESPIRATÓRIA

COMO CONTER SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS?

- ✓ HIGIENIZAR AS MÃOS ANTES DO CONTACTO COM SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS;
- ✓ EVITAR TOCAR NAS MUCOSAS DOS OLHOS, BOCA E NARIZ;
- ✓ NÃO PERDOAR DE MANEIRA PREVALENÇA DE INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS NA COMUNIDADE OU PROFissionais DE SAÚDE DEVER OPTAR POR MÁSCARA COMÚNICA A TODOS OS INDIVÍDUOS AUTOMÁTICAMENTE.

DSG Normas EPI/2013 Prescrições Básicas do Controlo de Infecção (PCI)

2.4 EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI'S)

> O FORNECIMENTO DOS EPI'S EM QUANTIDADE SUFICIENTE E DA RESPONSABILIDADE DE CADA INSTITUIÇÃO:

A BASTANÇAS DO EPI DEVER SER ADQUIRIDO A CADA PROCEDIMENTO E DA RESPONSABILIDADE DE CADA PROFISSIONAL DE SAÚDE.

DSG Normas EPI/2013 Prescrições Básicas do Controlo de Infecção (PCI)

2.4 EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI'S)

LAVAS

UTILIZADAS EM PROCEDIMENTOS INVASIVOS, CONTACTO COM LESÕES EXTERNAS, PARA TUDO CONTACTO, MANEJAMENTO MUCOSAS E EM ACTIVIDADES QUE HAJA RISCO DE EXPOSIÇÃO A SANGUE, FLUIDOS ORGÂNICOS, SECREÇÕES E EXCRETÓRIAS.

Dever ser:

- ✓ ADEQUADAS AO UTILIZADOR E AO PROCEDIMENTO;
- ✓ REMOVIDAS IMEDIATAMENTE ANTES DO USO EM CADA SORTE DO PROCEDIMENTO;
- ✓ SUBSTITUÍDAS SE HOUVER PERFUZÃO OU ROTURA.



DSG Normas EPI/2013 Prescrições Básicas do Controlo de Infecção (PCI)

2.4 EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI'S)

Calçado

COMO UMA AUTOPROTECÇÃO, LOMPO O SEU UTILIZADOR A COBRIR TODO O PÉ A FIM DE EVITAR A CONTAMINAÇÃO COM SANGUE E OUTROS FLUIDOS ORGÂNICOS OU LESÃO COM MATERIAS CONTAMINANTES.



DSG Normas 029/2013 - Prescrições Básicas do Controlo de Infetões (PCI)

2.4 EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

MÁSCARAS DE PROTEÇÃO DOS OLHOS E FACES

- ÚTILIZADAS EM PROCEDIMENTO COM RISCO POTENCIAL DE PRODUÇÃO DE SALPICO OU DE "ARROSCADA", DE INJEÇÃO OU EXATICAÇÃO, SANGUE E OUTROS FLUIDOS CORPORAIS.

DEVEM SER:

- ✓ SELECIONADAS DE ACORDO COM O TIPO DE EFICÁCIA DE FILTRAGEM NECESSÁRIA;
- ✓ BEM AJUSTADA À FACE, COBRINDO TOTALMENTE A BOCA E NARIZ;



DSG Normas 029/2013 - Prescrições Básicas do Controlo de Infetões (PCI)

2.4 EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

MÁSCARAS DE PROTEÇÃO DOS OLHOS E FACES

- ÚTILIZADAS EM PROCEDIMENTO COM RISCO POTENCIAL DE PRODUÇÃO DE SALPICO OU DE "ARROSCADA", DE INJEÇÃO OU EXATICAÇÃO, SANGUE E OUTROS FLUIDOS CORPORAIS.

DEVEM SER:

- ✓ RESISTIDAS E SUBSTITUÍDA NO FINAL DE CADA PROCEDIMENTO OU QUANDO A INTENSIDADE DA RÁDICA SEJA INSUFICIENTE;
- ✓ MÁSCARA COM VENTILADOR DEVE SER UTILIZADA QUANDO NÃO HOUVER RISCO DE PRODUÇÃO DE SALPICO PARA FASE DO PROCEDIMENTO GRANDE E DE ARROSCADA.




DSG Normas 029/2013 - Prescrições Básicas do Controlo de Infetões (PCI)

2.4 EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

TÓVIA

- DEVE SER UTILIZADA EM ÁREAS PROTEGIDAS, DURANTE PROCEDIMENTOS ASSÉPTICOS E PROCEDIMENTOS POTENCIALMENTE ERROSIVOS DE GRANDE QUANTIDADE DE ARROSCADA E SALPICO DE FLUIDOS CORPORAIS.



DSG Normas 029/2013 - Prescrições Básicas do Controlo de Infetões (PCI)

2.4 EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

BATA E AVENTAL DE PLÁSTICO

- TÊM COMO PRINCIPAL OBJETIVO MINIMIZAR A CONTAMINAÇÃO DO FARDAMENTO, DO VESTUÁRIO OU DA PELE DOS PROFISSIONAIS E SOBREVIVAS.

OS AVENTAIS DEVEM SER:

- ✓ UTILIZADOS EM PROCEDIMENTOS QUE ENVOLVAM CONTACTO DIRECTO COM O DOENTE;
- ✓ UTILIZADOS COMO PROTEÇÃO DE BATA/LUPORES QUANDO SE CONSIDERA POSSÍVEL A CONTAMINAÇÃO;
- ✓ SUBSTITUÍDOS NO FINAL DE PROCEDIMENTO E SEMPRE LAVADOS.

DSG Normas 029/2013 - Prescrições Básicas do Controlo de Infetões (PCI)

2.4 EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

BATA E AVENTAL DE PLÁSTICO

- TÊM COMO PRINCIPAL OBJETIVO MINIMIZAR A CONTAMINAÇÃO DO FARDAMENTO, DO VESTUÁRIO OU DA PELE DOS PROFISSIONAIS E SOBREVIVAS.

AS BATA DE ÚNICA PEÇA DEVE SER:

- ✓ UTILIZADA QUANDO EXISTE RISCO DE SALPICO DE URINE OU FLUIDOS ORGÂNICOS.

DSG Normas 029/2013 - Prescrições Básicas do Controlo de Infetões (PCI)

2.5 CONTROLO AMBIENTAL E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO CLÍNICO

UMA ADEQUADA LIMPEZA E DESINFECÇÃO DAS INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS SÃO MEDIDAS CRUCIAIS PARA PREVENIR E REDUZIR AS INFECÇÕES CRUZADAS EM UTENTES E PROFISSIONAIS, SEM COMO PARA MINIMIZAR A GRADUAL DETERIORAÇÃO DAS SUPERFÍCIES. (PCI, 2007)

2.5 CONTROLO AMBIENTAL E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO CLÍNICO

NA INSTITUIÇÃO:
NORMA DE PROCEDIMENTO Nº 6/33 DE 14/10/2009 - NORMA DO AMBIENTE HOSPITALAR

OBJECTIVOS:

- PROMOVER O AMBIENTE
- UNIFORMIZAR PROCEDIMENTOS
- DIMINUIR RISCO DE INFECÇÃO CRUZADA

ORIENTAÇÕES:
 QUÉM EXECUTA: ASSISTENTE OPERACIONAL, EMPRESA DE LIMPEZA CONTRATADA;
 QUÉM SUPERVISA: SPM CHPE, RESPONSÁVEL DE SERVIÇO, ENCARGADA DE SERVIÇOS DE SAI, ENCARGADA DE EMPRESA DE LIMPEZA.

2.5 CONTROLO AMBIENTAL E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO CLÍNICO

MÉTODOS DE DESCONTAMINAÇÃO

- LIMPEZA
- DESINFECÇÃO
- ESTERILIZAÇÃO

TUDO O MATERIAL TEM QUE SER LIMPO ANTES DE QUALQUER PROCESSO DE DESINFECÇÃO OU ESTERILIZAÇÃO. O MATERIAL, DEPENDENDO DO NÍVEL DE RISCO, PODE SER LAVADO E DESINFECTADO OU LAVADO E ESTERILIZADO.

2.5 CONTROLO AMBIENTAL E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO CLÍNICO

Área	Definição	Exemplos
Critica	São aquelas em que existe um maior risco de transmissão de infeção, por serem locais onde se realizam procedimentos de risco (ambientes cirúrgicos, unidades de cuidados intensivos) e onde se presta assistência a doentes com o sistema imunológico debilitado.	Salas de Parto; Cirurgia; Reanimação; Unidades de Cuidados Intensivos; Unidades de cuidados críticos com a UCI; Unidades de cuidados críticos de alta tecnologia.

Quadro 1. Classificação das áreas de acordo com risco de infeção. Fonte: adaptado de Ferraz, R. L., Lencina, S.A., Estruch, M.C. & Ferraz, A.T. (2008).

2.5 CONTROLO AMBIENTAL E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO CLÍNICO

Área	Definição	Exemplos
Semi-Critica	São todos aqueles que são afectados por objetos e onde se realizam procedimentos de risco reduzido, incluindo os que estão inseridos nos áreas críticas.	Intensivos; Unidades de cuidados críticos; Unidades de cuidados críticos de alta tecnologia; Unidades de cuidados críticos de alta tecnologia; Unidades de cuidados críticos de alta tecnologia.

Quadro 2. Classificação das áreas de acordo com risco de infeção. Fonte: adaptado de Ferraz, R. L., Lencina, S.A., Estruch, M.C. & Ferraz, A.T. (2008).

2.5 CONTROLO AMBIENTAL E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO CLÍNICO

Área	Definição	Exemplos
Non-Critica	Correspondem aquelas onde não se realizam procedimentos de risco.	Quilómetros médicos; Salas de espera; Consultórios; Capas; Tóxicos.

Quadro 3. Classificação das áreas de acordo com risco de infeção. Fonte: adaptado de Ferraz, R. L., Lencina, S.A., Estruch, M.C. & Ferraz, A.T. (2008).

2.5 CONTROLO AMBIENTAL E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO CLÍNICO

LIMPEZA:
 PROCESSO DE REMOÇÃO DE SUJEIRA, ATRAVÉS DE ACÇÃO MECÂNICA, QUE INCLUI A REMOÇÃO DE MICROORGANISMOS E MATÉRIA ORGÂNICA A FIM DE EVITAR O DESENVOLVIMENTO BACTERIANO.

2.5 CONTROLO AMBIENTAL E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO CLÍNICO

NÍVEL DE DESINFECÇÃO

ALTO NÍVEL - DESTROE TODAS AS BACTÉRIAS VEGETATIVAS, TODOS OS VÍRUS, MAS NÃO NECESSARIAMENTE TODOS OS ESPÓRIOS.

- DESINFECÇÃO TÉRMICA DE ALTO NÍVEL PODE SER ATINGIDA ATRAVÉS DA UTILIZAÇÃO DE MÁQUINAS DE NÍVEL DESINFECTA, COM TEMPERATURAS DE 70° DURANTE 20 MINUTOS OU 80° DURANTE 15 MINUTOS.
- DESINFECÇÃO QUÍMICA PODE SER CONSIDERADA ATRAVÉS DE MÁQUINAS DE NÍVEL ALTO COM A UTILIZAÇÃO DE DESINFECTANTES DE ALTO NÍVEL, DE CLASSE PABENOL.

2.5 CONTROLO AMBIENTAL E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO CLÍNICO

NÍVEL INTERMÉDIO - DESTROE TODAS AS BACTÉRIAS VEGETATIVAS, INCLUINDO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, MAS NÃO NECESSARIAMENTE TODOS OS VÍRUS OU ESPÓRIOS.

- DESINFECÇÃO TÉRMICA DE NÍVEL INTERMÉDIO PODE SER ATINGIDA ATRAVÉS DA UTILIZAÇÃO DE MÁQUINAS DE NÍVEL DESINFECTA COM TEMPERATURAS QUE VARIAM ENTRE 60° DURANTE 1 HORAS OU 65° DURANTE 15 MINUTOS.
- DESINFECÇÃO QUÍMICA PODE SER CONSIDERADA ATRAVÉS DE MÁQUINAS (MÁQUINAS DE NÍVEL DESINFECTA, DE QUE MUITAS VEZES É ASSOCIADA À DESINFECÇÃO TÉRMICA, E MANTENIMENTO COM A UTILIZAÇÃO DE DESINFECTANTES) DE ALTA EFICÁCIA A 70° PRESENTES EM AMBIENTE 100ml.

2.5 CONTROLO AMBIENTAL E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO CLÍNICO

BAIXO NÍVEL - DESTROE A MAIOR PARTE DAS BACTÉRIAS VEGETATIVAS NÃO NECESSARIAMENTE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS E ALGUNS VÍRUS.

- ALCOOLIZADO OU SODIOFÓRMO (7% a 10%) APLICADO NA SUPERFÍCIE LIMP, E SECA COM TOALHETE LIMPO, ÚNICO NÍVEL NÃO TERMOQUÍMICO.
- PREPBT 100 A 1000PPM APLICADO NA SUPERFÍCIE LIMP E SECA COM TOALHETE LIMPO INIBINDO NA AQUISIÇÃO E/OU NA SECA DE SUPERFÍCIE INOCUAS, NO FINAL DA SEÇÃO INOCUAS (COM ÁGUA LIMPA).
- AMÔNIO QUATERNÁRIO EM TOALHETE OU EM FLUIDO AEROSOL - É UM DESINFECTANTE COM AÇÃO SINÉRGICA ASSOCIADA, MAS QUE A SUPERFÍCIE NÃO TEM QUE SE ENCONTRAR LIMPA.

2.5 CONTROLO AMBIENTAL E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO CLÍNICO

PLANO DE HIGIENE DO SERVIÇO DE UROLOGIA ORAL
(COM BASE NA NORMA 6.1.1/3 - HIGIENE DO AMBIENTE HOSPITALAR)

LIMPEZA CORRENTE		
Área	Frequência	Método
Cáries Placa de Registro Cirurgia Hidráulica Módulo de Cines Prótese	Tão vezes por dia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Limpar todo o espaço após o trabalho do dia 2. Colocar todo o equipamento novamente protegido 3. Limpar com água quente e desinfetante <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Cloro e todos os recipientes 1.2. Álcool, álcool de 70% e álcool 1.3. Água e equipamento utilizado (deixar engastado no estante, antes e após) <ol style="list-style-type: none"> 4. Desinfecção com solução desinfetante todos os recipientes e todo o material utilizado no ponto 3.

2.5 CONTROLO AMBIENTAL E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO CLÍNICO

PLANO DE HIGIENE DO SERVIÇO DE UROLOGIA ORAL
(COM BASE NA NORMA 6.1.1/3 - HIGIENE DO AMBIENTE HOSPITALAR)

LIMPEZA CORRENTE		
Área	Frequência	Método
Sala de Cáries Hidráulica, Irradiadora Placa de Registro Módulo de Cines Módulo de Imagem Placa de Registro	Tão vezes por dia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descontaminar todo o espaço e cobrir com plástico 2. Limpar com água quente e desinfetante (preparado conforme o método de uso) 3. Desinfecção com solução desinfetante <p>Cloro de 2-4% (preparação de 100ml, 100ml de água)</p> <p>Cloro 70% (preparação de 100ml, 100ml de água)</p> <p>Limpar todo o espaço com água quente e desinfetante, desinfecção com desinfetante</p> <p>Limpar e cobrir com água quente e água quente, desinfecção com desinfetante</p>

2.5 CONTROLO AMBIENTAL E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO CLÍNICO

PLANO DE HIGIENE DO SERVIÇO DE UROLOGIA ORAL
(COM BASE NA NORMA 6.1.1/3 - HIGIENE DO AMBIENTE HOSPITALAR)

LIMPEZA CORRENTE		
Área	Frequência	Método
Sala de Cáries Hidráulica, Irradiadora Placa de Registro Módulo de Cines Módulo de Imagem Placa de Registro	Tão vezes por dia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Limpar o gel com água quente 2. Limpar e cobrir com água quente e desinfetante 3. Desinfecção e cobrir com solução desinfetante (em todos os pontos, após ter sido limpo)
Sala de Radiografia	Tão vezes por dia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cobrir de plástico, limpar de todo o espaço com solução desinfetante 2. Trabalho de limpeza no dia anterior - desinfecção com gel por dia em água quente e desinfetante com cloro a 70°

2.5 CONTROLO AMBIENTAL E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO CLÍNICO

PLANO DE HIGIENE DO SERVIÇO DE UROLOGIA GERAL
(COM BASE NA NORMA A.1.1/13- HIGIENE DO AMBIENTE HOSPITALAR)

LIMPEZA INTERNA	
Área	Método
<ul style="list-style-type: none"> Sala de espera <ul style="list-style-type: none"> - Superfície dos armários/ cadeiras - Alças das bancadas (armários/ cadeiras) 	1. Limpar com água quente e detergente 2. Secar 3. Desinfetante desinfetante desinfetante 4. Não é necessário desinfetar superfícies com álcool a 70°
<ul style="list-style-type: none"> Consultório Urologia 	1. Limpar com água quente, detergente e álcool a 70° 2. Secar
<ul style="list-style-type: none"> Passagem 	1. Limpar com água quente e detergente 2. Secar 3. Alcool a 70%
<ul style="list-style-type: none"> Banheiro de pacientes 	1. Limpar com água quente e detergente 2. Secar com toalha limpa

2.5 CONTROLO AMBIENTAL E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO CLÍNICO

LIMPEZA EXTERNA	
Área	Método
<ul style="list-style-type: none"> Recepção 	1. Limpar com água quente e detergente 2. Secar
<ul style="list-style-type: none"> Recepção de Serviço 	1. Limpar com álcool a 70% com água quente e detergente 2. Secar
<ul style="list-style-type: none"> Corredor de circulação Recepção Urologia Sala de espera 	1. Limpar com água quente e detergente 2. Secar 3. Alcool a 70% 4. Higienização dos pés com álcool gel a 70%

2.5 CONTROLO AMBIENTAL E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO CLÍNICO

PLANO DE HIGIENE DO SERVIÇO DE UROLOGIA GERAL
(COM BASE NA NORMA A.1.1/13- HIGIENE DO AMBIENTE HOSPITALAR)

LIMPEZA EXTERNA	
Área	Método
<ul style="list-style-type: none"> Sala de Registo Clínico Sala de Receção 	1. Limpar com água quente e detergente 2. Desinfetar superfícies de apoio, telefones, paredes e todos os acessórios com álcool a 70%
<ul style="list-style-type: none"> Recepção de Serviço e sala de espera (passagem) 	1. Limpar com água quente 2. Limpar com álcool a 70% com água quente e detergente 3. Não é necessário desinfetar superfícies com álcool a 70%
<ul style="list-style-type: none"> Sala de procedimentos 	1. Secar e esterilizar 2. Limpar com água quente e detergente 3. Secar 4. Higienização dos pés com álcool a 70%

2.5 CONTROLO AMBIENTAL E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO CLÍNICO

PLANO DE HIGIENE DO SERVIÇO DE UROLOGIA GERAL
(COM BASE NA NORMA A.1.1/13- HIGIENE DO AMBIENTE HOSPITALAR)

LIMPEZA EXTERNA	
Área	Método
<ul style="list-style-type: none"> Recepção e sala de espera 	1. Limpar com água quente e detergente com álcool a 70% 2. Desinfetar superfícies desinfetantes 3. Secar com toalha 4. Higienização dos pés com álcool a 70%

2.5 CONTROLO AMBIENTAL E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO CLÍNICO

PLANO DE HIGIENE DO SERVIÇO DE UROLOGIA GERAL

Classificação da Superfície	Descontaminação/ Higienização da Superfície Clínica	PH
Superfícies de alta contaminação de risco infeccioso em 30 m	1. Limpar com água quente e detergente, com toalha limpa e seca 2. Desinfetar com álcool a 70% 3. Secar com toalha limpa e seca 4. Higienização dos pés com álcool a 70%	Superfícies de alta contaminação de risco infeccioso em 30 m
Superfícies de média contaminação de risco infeccioso em 30 m	1. Limpar com água quente e detergente, com toalha limpa e seca 2. Desinfetar com álcool a 70% 3. Secar com toalha limpa e seca 4. Higienização dos pés com álcool a 70%	Superfícies de média contaminação de risco infeccioso em 30 m

2.5 CONTROLO AMBIENTAL E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTO CLÍNICO

PLANO DE HIGIENE DO SERVIÇO DE UROLOGIA GERAL

Método de preparação de soluções desinfetantes. Sempre usar água quente a 50°C			
Classe Hospitalar		Método	
Classe Hospitalar 1000 ppm (0,1%)	1. Limpar com água quente e detergente 2. Desinfetar com álcool a 70%	1. Limpar com água quente e detergente 2. Desinfetar com álcool a 70%	1. Limpar com água quente e detergente 2. Desinfetar com álcool a 70%
Soluções Específicas			
Água	Classe Hospitalar em ppm	Preparação 1 e de solução	Preparação 2 de solução
Quantidade utilizada	1000 ppm (0,1%)	1 parte Solução + 2 partes de Água	1 parte Solução + 1 parte de Água
Preparação de solução	1000 ppm	100 partes de Solução + 100 partes de Água	100 partes de Solução + 100 partes de Água

005 Normas GSP/2013 Princípios Básicos do Controlo de Infusão (PCI)

2.6 MANUSEAMENTO SEGURO DA BOLPA

- Toda a bolpa usada deve ser considerada como contaminada e manuseada com cuidado por forma a não contaminar o ambiente ou o farmacêutico.
- A bolpa limpa é acondicionada de preferência em áreas protegidas.
- Os sacos com bolpa suja não devem ser cheios a mais de 2/3 da sua capacidade, para que possam ser convenientemente encerrados.

005 Normas GSP/2013 Princípios Básicos do Controlo de Infusão (PCI)

2.7 RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS

- Resíduos em tratados e eluções produzidos no local de produção, de acordo com os grupos a que pertencem.
- Depois de acondicionados no saco n/ou contentor, os resíduos não devem ser manipulados.
- Tanto os sacos de recolha de resíduos, como os contentores de coleta-resíduos, não devem ser cheios até mais de 2/3.
- Os contentores de coleta-resíduos devem estar identificados com a data de assinatura. **(Linha)**

005 Normas GSP/2013 Princípios Básicos do Controlo de Infusão (PCI)

2.8 PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS

- Realizar a higienização das mãos antes de iniciar a preparação de injetáveis.
- Os injetáveis devem ser preparados em uma área limpa específica, afastada de áreas potencialmente contaminadas.
- Usar técnica asséptica para evitar a contaminação do material de injeção estéril.

005 Normas GSP/2013 Princípios Básicos do Controlo de Infusão (PCI)

2.9 PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS

- Não deixar agulhas ou outros dispositivos inseridos em frascos de mistura de uso múltiplo, salvo que permita a preparação sobjeta de microbarridos para o frasco e consequente contaminação do conteúdo.
- Usar sempre que possível, embalagens de dose única para microampolhos injetáveis.

005 Normas GSP/2013 Princípios Básicos do Controlo de Infusão (PCI)

2.9 PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS

BOTULAGEM

Antes a reconstituição de um frasco de dose múltipla, deve rotular-se com:

- ✓ DATA E HORA DA PREPARAÇÃO;
- ✓ TIPO E O VOLUME DE SOLVENTE (SE FOR O CASO);
- ✓ CONCENTRAÇÃO FINAL;
- ✓ DATA DE VENCIMENTO E HORA DA RECONSTITUIÇÃO;
- ✓ NOME E ASSINATURA DA PESSOA QUE RECONSTITUIU O FÁRMACO.

005 Normas GSP/2013 Princípios Básicos do Controlo de Infusão (PCI)

2.9 PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS

ROTULAGEM

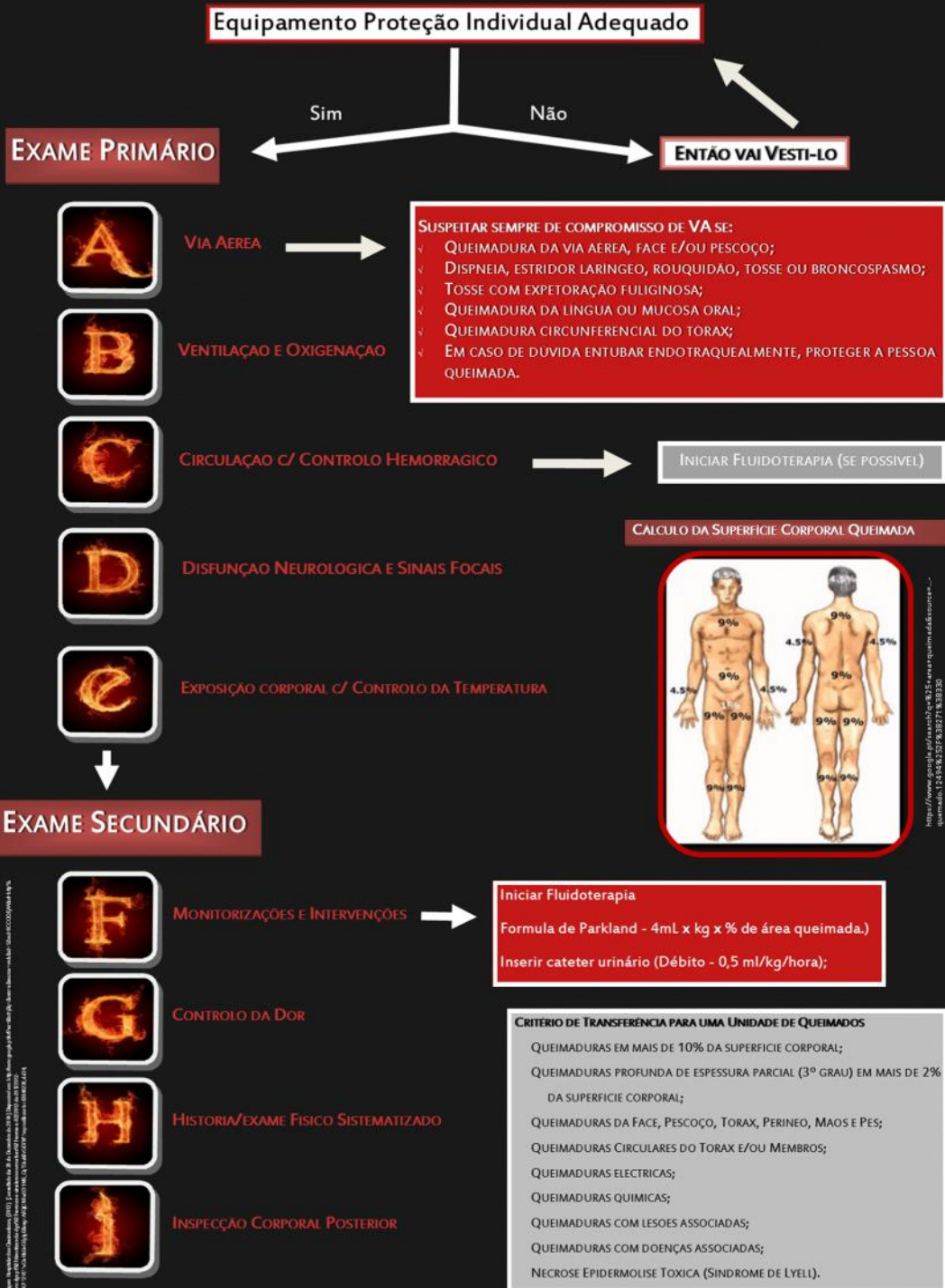
Para frascos de dose múltipla que não necessitam de reconstituição, deve rotular-se com:

- ✓ DATA E HORA DA PRIMEIRA PREPARAÇÃO DO FRASCO;
- ✓ NOME E A ASSINATURA DA PESSOA QUE PREPUNO O FRASCO PELA PRIMEIRA VEZ;
- ✓ A AGULHA E A SERINGA UTILIZADAS PARA ACCER AO FRASCO DEVEM SER ESTÉRIS;
- ✓ O NÍVEL DE CORRACHA DEVE SER DESLIZADO COM UMA COMPRESSA EMBEBIDA EM ALCOOL A 70%, DEVENDO DEIXAR-SE SECAR AO AR ANTES DE PERPUNIR.

Apêndice 3
(Algoritmo de Abordagem ao Grande Queimado
na Sala de Reanimação)



NORMA DE ABORDAGEM AO GRANDE QUEIMADO NA SALA DE REANIMAÇÃO



Intervenção de Urgência - 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 2682, 2683, 2684, 2685, 2686, 2687, 2688, 2689, 2690, 2691, 2692, 2693, 2694, 2695, 2696, 2697, 2698, 2699, 2700, 2701, 2702, 2703, 2704, 2705, 2706, 2707, 2708, 2709, 2710, 2711, 2712, 2713, 2714, 2715, 2716, 2717, 2718, 2719, 2720, 2721, 2722, 2723, 2724, 2725, 2726, 2727, 2728, 2729, 2730, 2731, 2732, 2733, 2734, 2735, 2736, 2737, 2738, 2739, 2740, 2741, 2742, 2743, 2744, 2745, 2746, 2747, 2748, 2749, 2750, 2751, 2752, 2753, 2754, 2755, 2756, 2757, 2758, 2759, 2760, 2761, 2762, 2763, 2764, 2765, 2766, 2767, 2768, 2769, 2770, 2771, 2772, 2773, 2774, 2775, 2776, 2777, 2778, 2779, 2780, 2781, 2782, 2783, 2784, 2785, 2786, 2787, 2788, 2789, 2790, 2791, 2792, 2793, 2794, 2795, 2796, 2797, 2798, 2799, 2800, 2801, 2802, 2803, 2804, 2805, 2806, 2807, 2808, 2809, 2810, 2811, 2812, 2813, 2814, 2815, 2816, 2817, 2818, 2819, 2820, 2821, 2822, 2823, 2824, 2825, 2826, 2827, 2828, 2829, 2830, 2831, 2832, 2833, 2834, 2835, 2836, 2837, 2838, 2839, 2840, 2841, 2842, 2843, 2844, 2845, 2846, 2847, 2848, 2849, 2850, 2851, 2852, 2853, 2854, 2855, 2856, 2857, 2858, 2859, 2860, 2861, 2862, 2863, 2864, 2865, 2866, 2867, 2868, 2869, 2870, 2871, 2872, 2873, 2874, 2875, 2876, 2877, 2878, 2879, 2880, 2881, 2882, 2883, 2884, 2885, 2886, 2887, 2888, 2889, 2890, 2891, 2892, 2893, 2894, 2895, 2896, 2897, 2898, 2899, 2900, 2901, 2902, 2903, 2904, 2905, 2906, 2907, 2908, 2909, 2910, 2911, 2912, 2913, 2914, 2915, 2916, 2917, 2918, 2919, 2920, 2921, 2922, 2923, 2924, 2925, 2926, 2927, 2928, 2929, 2930, 2931, 2932, 2933, 2934, 2935, 2936, 2937, 2938, 2939, 2940, 2941, 2942, 2943, 2944, 2945, 2946, 2947, 2948, 2949, 2950, 2951, 2952, 2953, 2954, 2955, 2956, 2957, 2958, 2959, 2960, 2961, 2962, 2963, 2964, 2965, 2966, 2967, 2968, 2969, 2970, 2971, 2972, 2973, 2974, 2975, 2976, 2977, 2978, 2979, 2980, 2981, 2982, 2983, 2984, 2985, 2986, 2987, 2988, 2989, 2990, 2991, 2992, 2993, 2994, 2995, 2996, 2997, 2998, 2999, 3000, 3001, 3002, 3003, 3004, 3005, 3006, 3007, 3008, 3009, 3010, 3011, 3012, 3013, 3014, 3015, 3016, 3017, 3018, 3019, 3020, 3021, 3022, 3023, 3024, 3025, 3026, 3027, 3028, 3029, 3030, 3031, 3032, 3033, 3034, 3035, 3036, 3037, 3038, 3039, 3040, 3041, 3042, 3043, 3044, 3045, 3046, 3047, 3048, 3049, 3050, 3051, 3052, 3053, 3054, 3055, 3056, 3057, 3058, 3059, 3060, 3061, 3062, 3063, 3064, 3065, 3066, 3067, 3068, 3069, 3070, 3071, 3072, 3073, 3074, 3075, 3076, 3077, 3078, 3079, 3080, 3081, 3082, 3083, 3084, 3085, 3086, 3087, 3088, 3089, 3090, 3091, 3092, 3093, 3094, 3095, 3096, 3097, 3098, 3099, 3100, 3101, 3102, 3103, 3104, 3105, 3106, 3107, 3108, 3109, 3110, 3111, 3112, 3113, 3114, 3115, 3116, 3117, 3118, 3119, 3120, 3121, 3122, 3123, 3124, 3125, 3126, 3127, 3128, 3129, 3130, 3131, 3132, 3133, 3134, 3135, 3136, 3137, 3138, 3139, 3140, 3141, 3142, 3143, 3144, 3145, 3146, 3147, 3148, 3149, 3150, 3151, 3152, 3153, 3154, 3155, 3156, 3157, 3158, 3159, 3160, 3161, 3162, 3163, 3164, 3165, 3166, 3167, 3168, 3169, 3170, 3171, 3172, 3173, 3174, 3175, 3176, 3177, 3178, 3179, 3180, 3181, 3182, 3183, 3184, 3185, 3186, 3187, 3188, 3189, 3190, 3191, 3192, 3193, 3194, 3195, 3196, 3197, 3198, 3199, 3200, 3201, 3202, 3203, 3204, 3205, 3206, 3207, 3208, 3209, 3210, 3211, 3212, 3213, 3214, 3215, 3216, 3217, 3218, 3219, 3220, 3221, 3222, 3223, 3224, 3225, 3226, 3227, 3228, 3229, 3230, 3231, 3232, 3233, 3234, 3235, 3236, 3237, 3238, 3239, 3240, 3241, 3242, 3243, 3244, 3245, 3246, 3247, 3248, 3249, 3250, 3251, 3252, 3253, 3254, 3255, 3256, 3257, 3258, 3259, 3260, 3261, 3262, 3263, 3264, 3265, 3266, 3267, 3268, 3269, 3270, 3271, 3272, 3273, 3274, 3275, 3276, 3277, 3278, 3279, 3280, 3281, 3282, 3283, 3284, 3285, 3286, 3287, 3288, 3289, 3290, 3291, 3292, 3293, 3294, 3295, 3296, 3297, 3298, 3299, 3300, 3301, 3302, 3303, 3304, 3305, 3306, 3307, 3308, 3309, 3310, 3311, 3312, 3313, 3314, 3315, 3316, 3317, 3318, 3319, 3320, 3321, 3322, 3323, 3324, 3325, 3326, 3327, 3328, 3329, 3330, 3331, 3332, 3333, 3334, 3335, 3336, 3337, 3338, 3339, 3340, 3341, 3342, 3343, 3344, 3345, 3346, 3347, 3348, 3349, 3350, 3351, 3352, 3353, 3354, 3355, 3356, 3357, 3358, 3359, 3360, 3361, 3362, 3363, 3364, 3365, 3366, 3367, 3368, 3369, 3370, 3371, 3372, 3373, 3374, 3375, 3376, 3377, 3378, 3379, 3380, 3381, 3382, 3383, 3384, 3385, 3386, 3387, 3388, 3389, 3390, 3391, 3392, 3393, 3394, 3395, 3396, 3397, 3398, 3399, 3400, 3401, 3402, 3403, 3404, 3405, 3406, 3407, 3408, 3409, 3410, 3411, 3412, 3413, 3414, 3415, 3416, 3417, 3418, 3419, 3420, 3421, 3422, 3423, 3424, 3425, 3426, 3427, 3428, 3429, 3430, 3431, 3432, 3433, 3434, 3435, 3436, 3437, 3438, 3439, 3440, 3441, 3442, 3443, 3444, 3445, 3446, 3447, 3448, 3449, 3450, 3451, 3452, 3453, 3454, 3455, 3456, 3457, 3458, 3459, 3460, 3461, 3462, 3463, 3464, 3465, 3466, 3467, 3468, 3469, 3470, 3471, 3472, 3473, 3474, 3475, 3476, 3477, 3478, 3479, 3480, 3481, 3482, 3483, 3484, 3485, 3486, 3487, 3488, 3489, 3490, 3491, 3492, 3493, 3494, 3495, 3496, 3497, 3498, 3499, 3500, 3501, 3502, 3503, 3504, 3505, 3506, 3507, 3508, 3509, 3510, 3511, 3512, 3513, 3514, 3515, 3516, 3517, 3518, 3519, 3520, 3521, 3522, 3523, 3524, 3525, 3526, 3527, 3528, 3529, 3530, 3531, 3532, 3533, 3534, 3535, 3536, 3537, 3538, 3539, 3540, 3541, 3542, 3543, 3544, 3545, 3546, 3547, 3548, 3549, 3550, 3551, 3552, 3553, 3554, 3555, 3556, 3557, 3558, 3559, 3560, 3561, 3562, 3563, 3564, 3565, 3566, 3567, 3568, 3569, 3570, 3571, 3572, 3573, 3574, 3575, 3576, 3577, 3578, 3579, 3580, 3581, 3582, 3583, 3584, 3585, 3586, 3587, 3588, 3589, 3590, 3591, 3592, 3593, 3594, 3595, 3596, 3597, 3598, 3599, 3600, 3601, 3602, 3603, 3604, 3605, 3606, 3607, 3608, 3609, 3610, 3611, 3612, 3613, 3614, 3615, 3616, 3617, 3618, 3619, 3620, 3621, 3622, 3623, 3624, 3625, 3626, 3627, 3628, 3629, 3630, 3631, 3632, 3633, 3634, 3635, 3636, 3637, 3638, 3639, 3640, 3641, 3642, 3643, 3644, 3645, 3646, 3647, 3648, 3649, 3650, 3651, 3652, 3653, 3654, 3655, 3656, 3657, 3658, 3659, 3660, 3661, 3662, 3663, 3664, 3665, 3666, 3667, 3668, 3669, 3670, 3671, 3672, 3673, 3674, 3675, 3676, 3677, 3678, 3679, 3680, 3681, 3682, 3683, 3684, 3685, 3686, 3687, 3688, 3689, 3690, 3691, 3692, 3693, 3694, 3695, 3696, 3697, 3698, 3699, 3700, 3701, 3702, 3703, 3704, 3705, 3706, 3707, 3708, 3709, 3710, 3711, 3712, 3713, 3714, 3715, 3716, 3717, 3718, 3719, 3720, 3721, 3722, 3723, 3724, 3725, 3726, 3727, 3728, 3729, 3730, 3731, 3732, 3733, 3734, 3735, 3736, 3737, 3738, 3739, 3740, 3741, 3742, 3743, 3744, 3745, 3746, 3747, 3748, 3749, 3750, 3751, 3752, 3753, 3754, 3755, 3756, 3757, 3758, 3759, 3760, 3761, 3762, 3763, 3764, 3765, 3766, 3767, 3768, 3769, 3770, 3771, 3772, 3773, 3774, 3775, 3776, 3777, 3778, 3779, 3780, 3781, 3782, 3783, 3784, 3785, 3786, 3787, 3788, 3789, 3790, 3791, 3792, 3793, 3794, 3795, 3796, 3797, 3798, 3799, 3800, 3801, 3802, 3803, 3804, 3805, 3806, 3807, 3808, 3809, 3810, 3811, 3812, 3813, 3814, 3815, 3816, 3817, 3818, 3819, 3820, 3821, 3822, 3823, 3824, 3825, 3826, 3827, 3828, 3829, 3830, 3831, 3832, 3833, 3834, 3835, 3836, 3837, 3838, 3839, 3840, 3841, 3842, 3843, 3844, 3845, 3846, 3847, 3848, 3849, 3850, 3851, 3852, 3853, 3854, 3855, 3856, 3857, 3858, 3859, 3860, 3861, 3862, 3863, 3864, 3865, 3866, 3867, 3868, 3869, 3870, 3871, 3872, 3873, 3874, 3875, 3876, 3877, 3878, 3879, 3880, 3881, 3882, 3883, 3884, 3885, 3886, 3887, 3888, 3889, 3890, 3891, 3892, 3893, 3894, 3895, 3896, 3897, 3898, 3899, 390

Apêndice 4

(Artigo)

Abordagem ao Grande Queimado na Sala de Reanimação

Autores: Miguel Mariano¹

Lurdes Martins²

Resumo: Este artigo, este teve por base uma metodologia de investigação, centrada num problema real identificado, tendo a posteriori sido implementadas estratégias e intervenções com o objetivo da sua resolução. A metodologia aplicada atravessou varias etapas entres elas, o diagnóstico da situação, planeamento, execução, avaliação tendo sempre como ponto de partida pesquisa e analise baseados numa pratica fundamentada na evidencia.

Os acidentes por queimadura são bastante frequentes e estão associados a elevada morbidade e mortalidade. O número de doentes portugueses queimados é elevado. A identificação e tratamento precoce das lesões de queimadura, a ressuscitação hemodinâmica, o controlo da dor e a referenciação para centros com experiência no tratamento do grande queimado podem melhorar o prognóstico dos doentes.

É de extrema importância uma prestação de cuidados de elevada qualidade ao grande queimado na sala de reanimação, como tal a primeira abordagem deve ser iniciada o mais precocemente possível, uma vez que aumenta consideravelmente a sobrevivida dos utentes e diminui possíveis sequelas.

Palavras chave: Queimadura, Cliente, Abordagem ao Grande Queimado, Especialista em Médico-cirúrgica, Artigo.

Atendendo ao ritmo acelerado com que surgem as inovações e as mudanças do mundo atual, a formação em Enfermagem assume um papel muito particular, na medida em que se torna urgente mobilizar e preparar os profissionais para resolverem os novos e complexos problemas que se lhes vão sendo colocados, com espírito crítico e reflexivo. A formação é encarada como um projeto de desenvolvimento ao longo da vida, assumindo uma importância capital no crescimento do indivíduo em todo o seu potencial pessoal e profissional.

A excelência do exercício profissional em Enfermagem exige compromisso e dedicação, sendo um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento.

Queimadura é uma “ferida traumática: Rutura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas, devida a lesões pelo calor resultantes de 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, infecção da ferida, contracturas, escara hipotrófica com rigidez por espessamento, em que o cliente fica profundamente desfigurado; queimadura de 1º grau, 2º grau e 3º grau.” (CIPE, v.2.0, 2011, p.71).

O Cliente gravemente queimado insere-se na classificação de cliente crítico pelo seu quadro fisiopatológico muito grave, caracterizado por enorme instabilidade hemodinâmica, hidroelectolítica, metabólica e psicológica, com risco de vida se não for atempadamente corrigido (Gomes [et al.], 1997).

O Centro Hospitalar do Algarve, EPE, integra as unidades hospitalares de Lagos, Portimão e Faro. Em concreto, a unidade hospitalar de Portimão, abrange a área geográfica do barlavento algarvio constituído por oito concelhos onde residem mais de 150 000 clientes (CENSUS, 2011), sendo que, no verão a população abrangida por esta unidade duplica ou triplica. Esta é uma unidade médico-cirúrgica, sendo este o segundo nível de acolhimento de situações de Urgência.

O facto do CHA-UHP é uma unidade hospitalar periférica, faz com que muitos dos clientes graves necessitem de serem transferidas após a sua estabilização, o

Grande Queimado é uma dessas situações uma vez que a Unidade de Queimados mais próxima se localize em Lisboa. Assim a equipa de Reanimação deve estar apta a iniciar os primeiros cuidados ao Grande Queimado até a sua estabilização para que este possa ser transferido. Uma vez que esta não é uma situação muito frequente, muitos dos profissionais não se sentem devidamente preparados, criando nestes medo, angústia e stress.

Neste sentido, o problema identificado como prioridade em ser resolvido era a inexistência de um documento que sistematizasse procedimentos necessários e prévios, à abordagem do grande queimado, da sua reanimação, a sua estabilização e transferência.

No sentido de perceber quais as lacunas do serviço de urgência efetuamos uma entrevista exploratória não estruturada à Enf.^a chefe e a Enf.^a Sub-Chefe (do serviço de urgência), que acharam a temática pertinente, uma vez que não existe um grande numero de Grandes Queimados no nosso serviço, criando lacunas na atuação da equipa de Enfermagem, conduzindo-nos à temática aqui abordada.

Para validar a opinião da equipa e o seu interesse na área, foi pedido autorização à direção hospitalar, para aplicar um questionário, que nós elaboramos. A população do nosso estudo são todos os

enfermeiros a trabalhar no Serviço de Urgência, que são 56, foram respondidos 49 questionários, no período de 02/05/2014 a 05/05/2014, o que corresponde a 89,1% do total nossa população alvo. Não fizeram parte deste estudo a Enfermeira Chefe de Serviço, assim como a Sub-chefe e alguns enfermeiros por se encontrarem em licença de maternidade, férias ou folgas.

Após aplicado o questionário, verificou-se que 53,1% dos enfermeiros tem idade entre os 26 e 29 anos e 40,8% tem idade entre os 30 e 33 anos, sendo que apenas um enfermeiro ou seja 2% trabalha há mais de 13 anos e a grande maioria 69,4% trabalha entre 4 e 8 anos, destes enfermeiros 34,7% trabalha a menos de 4 anos no serviço de urgência e 51% trabalha na urgência entre 4 a 8 anos. Questionados sobre formação na área de prestação de cuidados ao cliente vítima de queimadura apenas 3 enfermeiros 6,1% admitiu já ter tido formação.

Ao analisar o questionário podemos verificar que a totalidade dos enfermeiros inquiridos considera pertinente a temática, sendo que 73,5% dos enfermeiros do serviço de urgência não se sente preparado nem seguro para prestar cuidados ao cliente queimado, 100% dos inquiridos revela ser pertinente realizar formação nesta área, de salientar que 85,9% concordam totalmente com a criação de um protocolo de atuação ao cliente queimado na sala de reanimação, os

mesmos 85,9% concordam totalmente que com a criação de um protocolo irá contribuir para um aumento significativo da eficiência e qualidade dos cuidados ao cliente queimado.

Neste sentido, surge a necessidade de criar um documento que sistematizasse procedimentos necessários e prévios, à abordagem do grande queimado, da sua reanimação, a sua estabilização e transferência.

A criação de uma norma de enfermagem na atuação no grande queimado vai permitir uniformizar cuidados, e conseqüentemente aumentar exponencialmente a qualidade destes. “..O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas... (Código Deontológico, Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Na abordagem à pessoa queimada deve se ter especial atenção ao equipamento de proteção individual, nomeadamente utilizar equipamento respiratório, luvas esterilizadas utilizar lençóis esterilizados, bata esterilizada.

Abordagem Primária segundo a metodologia ABCDE;

A – Via Aérea (Airway) - Permeabilizar a VA com Controlo da Coluna Cervical:

- Permeabilizar a VA (Não esquecer das próteses dentárias, que podem constituir um risco para obstrução da VA.);
- Manobras manuais: elevação do queixo ou subluxação da mandíbula;
- Aspiração: sonda rígida (sonda de Yankauer) na cavidade oral e maleável se tubo endotraqueal;
- Adjuvante básico: tubo orofaríngeo;
- Suspeitar sempre de compromisso de VA se:
 - o Queimadura da via aérea;
- Queimadura da face e/ou pescoço (em particular se há atingimento da face);
- Dispneia, estridor laríngeo, rouquidão, tosse ou broncospasmo;
- Pêlos da face ou do nariz (cílios nasais) queimados;
- Tosse com expectoração fuliginosa;
- Queimadura da língua ou mucosa oral;
- Alteração do estado de consciência - agitação ou confusão.

Ponderar VA definitiva se:

- o Índice de Clark ≥ 2 ;
- o Por monóxido de carbono;
- o Queimadura circunferencial do tórax;
- o Em caso de dúvida entubar endotraquealmente, proteger a pessoa queimada.

B – (Breathing) Ventilação e Oxigenação:

- Administrar O₂ 100% (15 l/min) humidificado;

Deve-se então:

- o Expor e inspecionar o tórax.
- Avaliar:
 - o Frequência respiratória;
 - o Padrão Respiratório;
 - o Amplitude Respiratória;
 - o Ritmo;
 - o Sinais de dificuldade respiratória como a utilização de musculatura acessória, respiração paradoxal;
 - o Assimetria na Expansão torácica;
 - o Avaliar a parede torácica (presença de queimaduras no tórax pode comprometer ventilação).

C - (Circulation) Circulação com Controlo da Hemorragia:

- Identificar fontes de hemorragia externa significativa e controlá-la;
- Colocar dois acessos venosos de grande calibre (Colher sangue para análise de Hemograma, Coagulação e Bioquímica);
- Monitorizar:
 - o Frequência cardíaca;
 - o Cor da pele, Humidade e temperatura;
 - o Recuperação do preenchimento capilar em áreas não queimadas (inferior a 2 segundos);
 - o Tensão Arterial.
- Iniciar Fluidoterapia (se possível).

D – (Disability) Disfunção Neurológica e Sinais Focais

- Determinar o nível de consciência utilizado a Escala de Glasgow (Intubação Traqueal se valor da Escala de Glasgow igual ou inferior a 8);
- Avaliar as pupilas segundo a sua reatividade, simetria e tamanho;
- Verificar a nível de Glicémia Capilar:
- A alteração do estado de consciência pode indicar um dos seguintes:
 - o Hipoxemia;
 - o Edema cerebral;
 - o Hematoma cerebral;
 - o Intoxicação por CO;
 - o Hipovolémia;
 - o TCE associado;
 - o Hipoglicémia;
 - o Ingestão de drogas ou álcool.

E – (Expose/Environmental control) Exposição Corporal com Controlo da Temperatura

- As peças de roupa assim como todos os adornos da pessoa queimada devem ser removidos;
- Cobrir as zonas queimadas com material estéril não aderente.

Abordagem Secundária Segundo a Metodologia FGHl

F - (Full set of vital signs/five interventions/facilitate family presence) - Monitorizar a pessoa queimada e avaliar todos os sinais vitais/ Intervenções/ Facilitar a Presença da Família

- Iniciar Fluidoterapia (Formula de Parkland - 4mL por kg multiplicando % de área queimada. Metade deste fluido precisa ser administrada nas primeiras oito horas após a lesão, e a outra metade, entre a 8ª e a 24ª hora);
- Inserir cateter urinário (Débito - 0,5 ml/kg/hora);
- Inserir cateter gástrico (Se necessário);
- Promover os estudos imagiológicos, quando possível e se necessário;
- Facilitar a presença da família.

G - (Give comfort) Gerar/gerir medidas de conforto

- Quantificar a dor;
- Medidas farmacológicas;
- Medidas não farmacológicas;

H – (Head-to-toe/History) Consolidar a colheita da História/ Exame físico sistematizado da cabeça aos pés

- Consolidar a colheita da História “CHAMU”:
 - C – Circunstância;
 - H – História Pessoal (Antecedentes pessoais);
 - A – Alergias;
 - M – Medicação;

U – Última Refeição.

- Exame físico sistematizado da cabeça aos pés (“Head-to-toe”):
 - o Inspeção;
 - o Palpação.

I – (Inspection) Inspeção da superfície corporal posterior

- Inspeção da superfície corporal posterior.
- Imunização.

A reavaliação da pessoa queimada deve ser contínua e em todos os parâmetros possíveis, quer sinais vitais, quer a resposta às intervenções terapêuticas instituídas.

Para que possa ser feita uma correta administração de fluidos de forma a impedir que a pessoa queimada entre em choque hipovolémico, é necessário primariamente calcular a Superfície Corporal

Queimada. A fórmula mais utilizada para calcular a SCQ é a “regra dos 9” (Fig. Nº 1), por ser um método de cálculo rápido e eficaz em situação de emergência e por estar referido em todas as guidelines consultadas, onde as principais regiões do corpo valem 9%, à exceção da área genital que corresponde a 1%, sendo que nas crianças apresentam proporções diferentes dos adultos.

Queimaduras pequenas podem ser avaliadas usando a Regra da Palma. O uso da palma da pessoa queimada é bastante aceite e há muito realizado para estimativa do

tamanho de queimaduras, correspondendo a 1% (PHTLS, 2012 pag. 357-373).

Critério de Transferência para uma Unidade de Queimados

- Queimaduras em mais de 10% da superfície corporal;
- Queimaduras profunda de espessura parcial (3º grau) em mais de 2% da superfície corporal;
- Queimaduras da Face, Pescoço, Tórax, Períneo, Mãos e Pés;
- Queimaduras Circulares do Tórax e/ou Membros;
- Queimaduras elétricas;
- Queimaduras químicas;
- Queimaduras com lesões associadas;
- Queimaduras com doenças associadas;
- Suspeita de lesão por maus-tratos;
- Necrose Epidérmolise Tóxica (Síndrome de Lyell).

As lesões por queimadura são sem dúvida ainda nos nossos dias, uma importante causa de mortalidade e morbidade nos adultos. Levando em consideração o panorama global da saúde existe uma grande necessidade de melhorar os conhecimentos atuais sobre os cuidados à pessoa queimada. Com a elaboração deste projeto de um modo proactivo, suportado pela evidência, aquando da realização da norma, baseámo-nos em guidelines, na opinião de peritos alicerçada

em experiência e saberes científicos. Uma vez que “As boas práticas advêm da aplicação de linhas orientadoras baseadas na evidência científica disponível e na opinião de peritos.” (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Referencias Bibliográficas:

Diego, L [Et Al.] (2012). Fisiopatologia Do Grande Queimado. Rio De Janeiro. 2012. Pág. 61-71;

Instituto Nacional De Emergência Médica, (2012). Emergências De Trauma. 1ª Edição, 2012. Pág. 61-73;

Instituto Nacional De Emergência Médica, (2012). Manual Tas Emergências De Trauma. 1ª Edição, 2012. ISBN 978-989-8646-13-2;

Instituto Nacional De Emergência Médica, (2012). Situação De Exceção. 1ª Edição, 2012;

Prehospital Trauma Life Suport, (2012). Atendimento Pré-Hospitalar Ao Traumatizado. Tradução Da 7ª Edição. Rio De Janeiro. Elsevier Editora. Pág. 357-373;

Referências Electrónicas

American Burn Association, (2007). Burn Referral Criteria-Emergency Management Alert. 2007. [Consultado dia 2 de Janeiro de 2015]. Disponível em: Disponível em: <http://www.hcpro.com/SAF-66811877/ABA-burn-referral-c1->;

CIPE – Classificação Internacional para a Pratica de Enfermagem, (2010). [Consultado dia 17 de Dezembro de 2014]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx> 26 Dez).

DGS – Abordagem Hospitalar das Queimaduras, (2012). [Consultado dia 26 de Dezembro de 2014]. Disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fnorma-n-0222012-de-26122012-png.aspx&ei=3OW2VLWeOoHbUoG7glgE&usq=AFQjCNFcdE11MS_QqTLbzb8vGD79fWmpww&bvm=bv.83640239,d.d24;

IASP - International Association for the Study of Pain (2014). Consultado dia 26 de Dezembro de 2014]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/>;

Klein, M [et al] (2007). The association between fluid administration and outcome following major burn: a multicenter study. 2007 [Consultado dia 2 de Janeiro de 2015]. Disponível em: Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1741461>

2;

Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista, (2010). [Consultado dia 17 de Dezembro de 2014]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf;

Regulamento n.º 124/2011 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica [Em linha]. D.R. II Série . 35 (11-02-18), p. 8653- 8653. [Consultando dia 20 de Dezembro de 2014]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf;