



Ana Cristina Duarte  
Pereira

## **RELATÓRIO DE TRABALHO DE PROJETO**

UNIFORMIZAÇÃO DE CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM AO GRANDE QUEIMADO NA  
SALA DE EMERGÊNCIA

Trabalho de Projecto de Mestrado em Enfermagem  
Médico Cirúrgica

Fevereiro de 2013

## [DECLARAÇÕES]

Declaro que este Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato, Ana Cristina Duarte Pereira

---

Setúbal, .... de ..... de .....

Declaro que este Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

A orientadora, Maria de Lurdes Martins

---

*“Para um espírito científico, todo o conhecimento é uma resposta a uma questão.  
Se não houver questão não pode haver conhecimento científico. Nada é natural.  
Nada é dado, tudo é construído.” (Bachelard)*

## **AGRADECIMENTOS**

A realização deste trabalho, não teria sido possível sem os vários contributos, pelo que queremos deixar os nossos agradecimentos:

À Professora Doutora Enfermeira Lurdes Martins, pela orientação científica, pela partilha de conhecimentos, colaboração, disponibilidade e apoio ao longo de todo este percurso.

Ao Enfermeiro A. P, enfermeiro orientador dos estágios realizados, muito obrigado, por todo o apoio, orientação e tempo dispendido.

Às colegas Teresa e Filipa, muito obrigado pelo apoio incondicional e incentivo em todos os momentos deste percurso.

À colega kikas, muito obrigado, por todo o apoio, pelo olhar crítico, por todas as palavras de incentivo e de ânimo que nunca faltaram.

À Patrícia, muito obrigado pela disponibilidade e pela partilha de conhecimentos.

Ao conselho de Administração, pela oportunidade de realização dos estágios e da realização do projeto.

À Enfermeira G.F, por todo o apoio e disponibilidade oferecidos ao longo deste percurso.

Ao Dr C.A, por todo o apoio e disponibilidade em colaborar no projeto desenvolvido.

A todos os colegas do serviço de urgência, cada um de sua forma, pelo apoio e contributos.

E por último e não menos importante, á minha família, em especial às minhas filhas, Beatriz e Sofia e á minha irmã Vera, muito obrigado por todo o apoio.

## RESUMO

Este relatório, assim como o trabalho desenvolvido em estágio, tiveram como alicerce fundamental, a metodologia de projeto com todas as etapas inerentes á mesma, diagnóstico da situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados.

Esta foi baseada numa metodologia de investigação, centrada num problema real identificado, com a implementação de estratégias e intervenções eficazes na sua resolução. Esta metodologia decorre da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto, promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência. (Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010)

As queimaduras são um dos problemas de saúde mais significativos em todo o mundo, levando à hospitalização prolongada e conseqüentemente a uma maior despesa para os clientes, famílias e sociedade. Atualmente, o prognóstico dos clientes com queimaduras depende do tratamento adequado, do sistema de saúde e profissionais de saúde, o que irá ter impacto na sobrevivência e na qualidade de vida posterior ao acidente. (Elshebiny [et al] 2011)

A temática sobre o grande queimado, contemplada no plano de ação do serviço e por ser uma área do nosso interesse, surgiu após reflexão, entrevistas informais com os colegas e com a enfermeira responsável, sobre as necessidades do serviço passíveis de intervenção, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem a estes clientes.

Como produto final do projeto, emergiu um protocolo de cuidados ao grande queimado no SU da SE, de forma a dar resposta ao objectivo geral do projeto, ” **Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao grande queimado (Adulto) na sala de emergência do serviço de urgência do hospital onde desempenhamos funções.**”

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: Queimaduras, Cuidados imediatos ao grande queimado, queimaduras térmicas, queimaduras químicas, queimaduras eléctricas, fluidoterapia no grande queimado, guidelines.

## **Abstract**

This report and the work on stage had the basic foundation, the project methodology with all stages inherent to it, situation diagnosis, planning, implementation, evaluation and dissemination of results. This was based on a research methodology, focused on a real problem identified with implementation of effective strategies and interventions in its resolution. This methodology arises from research, analysis and problem solving real context, promotes a practice based and evidence-based. (Students from the 7<sup>th</sup> Degree in Nursing, 2010)

Burns are one of the most significant health problems in the world, leading to prolonged hospitalization and consequently to greater expense for clients, families and society. Currently, the prognosis for clients with burns depends on the proper treatment, the health system and health professionals, which will have an impact on survival and quality of live after the accident. (Elsherbiny [et al], 2011)

The theme on the major burn, which is included in the action plan of the service and for being an area of our interest, came after reflection, informal interviews with colleagues and with the nurse in charge on the needs of the service subject to intervention, to contribute to the improvement of nursing care to these clients.

As a final product of the product emerged a protocol of care to large SU burned in the SE in order to meet the overall objective of the project “***Improving quality and safety of care provided to nursing major burns (Adults) in room Emergency hospital emergency department where we play functions.***”

This report reflects the work undertaken in all the stages that led to the development of specific skills and common nurse specialist, and master of medical surgical nursing.

Keywords: Burns, immediate care to the major burn, thermal burns, chemical burns, electrical burns, fluid resuscitation in major burns, guidelines.

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABA - American Burn Association

ASCQ - Área superfície corporal queimada

CA - Conselho de Administração

CCI - Comissão Controlo de infeção

CIPE - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem

D – Detecção

DGS - Direção Geral da Saúde

EPE - Entidade Pública Empresarial

EVA - Escala Visual Analógica

FMEA - Failure Mode And Effect Analysis

G - Gravidade

IACS - Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

O – Ocorrência

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAC- Projeto de Aprendizagem de Competências

PEI - Plano de Emergência Interno

PIS - Projeto de Intervenção em Serviço

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

VMER - Viatura médica de Emergência e Reanimação

WHO – World Health Organization

# ÍNDICE

<b>0-INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>1-ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b>	<b>19</b>
<b>1.1-TEORIA DE ENFERMAGEM</b>	<b>24</b>
<b>1.2-Revisão da Literatura</b>	<b>29</b>
<b>1.2.1-Definição de queimadura</b>	<b>30</b>
<b>1.2.2-Classificação das queimaduras</b>	<b>31</b>
<b>1.2.2.1-Classificação das queimaduras quanto á profundidade</b>	<b>31</b>
<b>1.2.2.2- Classificação das queimaduras quanto ao tipo de lesão</b>	<b>33</b>
<b>1.2.3 - Abordagem ao grande queimado no serviço de urgência</b>	<b>37</b>
<b>1.2.3.1 - Fluidoterapia</b>	<b>43</b>
<b>1.2.3.2 – Controlo de Infecção nos cuidados á pessoa queimada</b>	<b>45</b>
<b>1.2.3.3 - Avaliação e controlo da dor</b>	<b>47</b>
<b>1.2.3.4 - Apoio emocional à pessoa queimada e familia</b>	<b>48</b>
<b>1.2.3.5 - Critérios de transferência para a unidade de queimados</b>	<b>49</b>
<b>2-PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO</b>	<b>51</b>
<b>2.1-DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO</b>	<b>51</b>
<b>2.1.1 - Definição do problema</b>	<b>54</b>
<b>2.1.2 - Análise do problema</b>	<b>54</b>

<b>2.1.3 - Fmea</b>	<b>56</b>
<b>2.1.4 - Problemas Parcelares</b>	<b>58</b>
<b>2.1.5 - Determinação de Prioridades</b>	<b>59</b>
<b>2.1.6 - Objetivo geral</b>	<b>59</b>
<b>2.1.6.1- Objectivos específicos</b>	<b>60</b>
<b>2.2- PLANEAMENTO</b>	<b>61</b>
<b>2.2.1- Cronograma de atividades</b>	<b>66</b>
<b>2.3 - EXECUÇÃO</b>	<b>67</b>
<b>2.4 - AVALIAÇÃO</b>	<b>84</b>
<b>2.5 - DIVULGAÇÃO</b>	<b>86</b>
<b>3 - AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRITICA</b>	<b>88</b>
<b>4 - PROJETO DE APRENDIZAGEM CLINICA</b>	<b>93</b>
<b>5 - ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE</b>	<b>107</b>
<b>6 – CONCLUSÃO</b>	<b>120</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>124</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>136</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>153</b>

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico nº1 - Análise dos questionários</b>	<b>55</b>
<b>Gráfico nº 2 - Avaliação dos conteúdos da sessão de formação</b>	<b>72</b>
<b>Gráfico nº 3 - Caraterização dos formandos quanto ao sexo,idade e habilitação académica</b>	<b>73</b>
<b>Gráfico nº 4 - Opinião dos formandos quanto ao interesse da sessão</b>	<b>74</b>
<b>Gráfico nº5 - Avaliação da sessão de acordo com a opinião dos formandos</b>	<b>75</b>

## **ANEXOS**

<b>ANEXO I - Autorização do Conselho de administração para aplicação de questionários</b>	<b>137</b>
<b>ANEXO II - Modelo para Elaboração de Normas de Procedimentos e Normas Regulamentares</b>	<b>139</b>
<b>ANEXO III – Homologação do Protocolo</b>	<b>141</b>
<b>ANEXO IV – Apresentação do Protocolo de Cuidados ao Grande Queimado na Sala de Emergência do Hospital</b>	<b>143</b>
<b>ANEXO V – Questionário para a avaliação da sessão de formação</b>	<b>145</b>
<b>ANEXO VI – Formação sobre o plano de emergência interna</b>	<b>147</b>
<b>ANEXO VII – V jornadas de Enfermagem do serviço de urgência do centro hospitalar de Setúbal</b>	<b>149</b>
<b>ANEXO VIII – Curso de Prevenção e Controlo de Infeção</b>	<b>151</b>

## **APÊNDICES**

<b>APÊNDICE 1 – Caracterização do serviço de urgência do Hospital</b>	<b>154</b>
<b>APÊNDICE 2 – Ficha diagnóstico da situação</b>	<b>159</b>
<b>APÊNDICE 3 – Planeamento do projeto</b>	<b>167</b>
<b>APÊNDICE 4 – Questionários</b>	<b>179</b>
<b>APÊNDICE 5 – FMEA</b>	<b>182</b>
<b>APÊNDICE 6 – Pedido de autorização ao conselho de administração para a aplicação de questionários</b>	<b>185</b>
<b>APÊNDICE 7 – Cronograma de atividades final</b>	<b>187</b>
<b>APÊNDICE 8 – Protocolo de cuidados ao grande queimado</b>	<b>191</b>
<b>APÊNDICE 9 – Check list de procedimentos</b>	<b>230</b>
<b>APÊNDICE 10 – Póster sobre cuidados ao grande queimado</b>	<b>233</b>
<b>APÊNDICE 11 – Plano da sessão de formação</b>	<b>235</b>
<b>APÊNDICE 12 – Apresentação da sessão de formação</b>	<b>237</b>
<b>APÊNDICE 13 – Divulgação da sessão de formação</b>	<b>249</b>
<b>APÊNDICE 14 – Questionário para a avaliação dos conteúdos da sessão de formação</b>	<b>251</b>
<b>APÊNDICE 15 – Artigo científico</b>	<b>253</b>
<b>APÊNDICE 16 – Póster sobre a higienização das mãos</b>	<b>262</b>
<b>APÊNDICE 17 – Trabalho de supervisão de cuidados</b>	<b>264</b>

## **0-INTRODUÇÃO**

O plano de estudos do 1º curso de mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, preconiza a realização de um conjunto de estágios interrelacionados na prestação de cuidados na área da enfermagem médico-cirúrgica, permitindo assim o desenvolvimento de competências especializadas ao nível do processo de Enfermagem, quer no diagnóstico, no planeamento, na intervenção, na avaliação, quer na investigação.

A elaboração deste relatório de trabalho de projeto, surge, como instrumento de avaliação no que se refere ao mesmo, permitindo a visibilidade do percurso realizado ao longo do conjunto de estágios. Sendo pautado em torno de dois projetos, o projeto de intervenção em serviço (PIS) e o projeto de aprendizagem de competências/clinicas (PAC).

Os estágios desenvolvidos, decorreram no nosso local de trabalho, um serviço de urgência (Apêndice 1) de uma instituição localizada na região Sul.

O presente relatório, assim como o trabalho desenvolvido em estágio, tiveram como alicerce fundamental, a metodologia de projecto. Esta foi baseada numa investigação, centrada num problema real identificado, com a implementação de estratégias e intervenções eficazes na sua resolução. Esta metodologia decorre da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto, promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência. (Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010)

O estágio I e II decorreram no período temporal compreendido entre 26 de Setembro e 8 de Fevereiro, realizados com um total de 167 horas de contato em estágio e 251 horas de trabalho autónomo. Neste estágio foi identificado um problema real, uma necessidade do serviço que foi operacionalizada através do diagnóstico da situação. No estágio II, foi efetuado o planeamento das actividades a desenvolver de forma a dar resposta aos objetivos específicos e foram também definidos os indicadores de avaliação.

O estágio III, foi realizado entre 19 de Março e 11 de Julho também no mesmo serviço, comportou um total de 248,9 horas de contato em estágio e 234 horas de trabalho autónomo. Neste, foi dada continuidade ao trabalho já iniciado, tendo sido executado tudo o que havia sido planeado anteriormente e realizada a avaliação e divulgação do mesmo.

No decorrer do conjunto de estágios, desenvolvemos também o PAC, de forma a adquirir e aprofundar as competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, tal como definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

A temática sobre o grande queimado, está contemplada no plano de ação do serviço e por ser uma área do nosso interesse assim como da restante equipa de enfermagem. Surgiu após reflexão, entrevistas informais com os colegas e com a enfermeira responsável, sobre as necessidades do serviço passíveis de intervenção, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes que recorrem ao serviço de urgência do referido hospital.

A admissão de clientes queimados no serviço de urgência (SU), mais especificamente “grande queimado”, não é muito frequente, mas quando ocorre, são situações de gravidade, que carecem de prestação de cuidados urgentes, altamente qualificados. Surge então o problema, ausência de protocolo de cuidados ao grande queimado na sala de emergência do serviço de urgência.

De acordo com um estudo realizado por (Elsherbiny [et al], 2011), as queimaduras são um dos problemas de saúde mais significativos em todo o mundo, levando à hospitalização prolongada e conseqüentemente a uma maior despesa para os clientes, famílias e sociedade. Atualmente, o prognóstico dos clientes com queimaduras depende do tratamento adequado, do sistema de saúde e profissionais de saúde, o que irá ter impacto na sobrevivência e na qualidade de vida posterior ao acidente.

A existência de um protocolo de atuação, que englobe conhecimentos científicos atuais baseados na evidência de forma a fundamentar e uniformizar os

cuidados, irá contribuir para uma prestação de cuidados de enfermagem com qualidade e segurança. Indo ao encontro do definido na missão do hospital, que passa por prestar cuidados de saúde diferenciados de máxima qualidade à população da área de abrangência, em integração com a rede de cuidados de saúde, com respeito pelo utente, resolubilidade, equidade, acessibilidade, utilizando procedimentos eficazes, eficientes e seguros, promovendo a satisfação dos utentes e dos profissionais. (HLA, 2012)

A produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica integra uma base estrutural relevante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

A qualidade em saúde é fulcral, mas, só é possível, através do empenho e dedicação de todos os intervenientes. Mezomo (2001) refere que não é possível fazer sobreviver nenhuma organização se não se satisfizer as necessidades dos seus clientes, através da oferta de serviços de qualidade.

Temos a salientar a pertinência do estágio no local de trabalho, pelo facto de possibilitar desenvolver um projecto de intervenção válido no mesmo. Desenvolvemos as fases de diagnóstico da situação, planeamento do projecto em questão, execução, avaliação e divulgação através do qual foi possível expandir e consolidar aprendizagens que contribuíram para a aquisição das competências comuns, específicas do enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Através da elaboração deste relatório temos como objetivos do mesmo:

- ✓ Enquadrar de forma concetual o trabalho desenvolvido em contexto de estágio;
- ✓ Refletir de forma crítica a prática desenvolvida em estágio, à luz das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica;
- ✓ Efetuar a análise das aprendizagens realizadas de acordo com as competências do Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica;

Este relatório encontra-se estruturado em essencialmente 6 capítulos, incluindo esta introdução, nomeadamente:

- No capítulo 1, apresenta-se, o enquadramento conceptual, onde efetuamos uma breve resenha da origem e da evolução da Enfermagem enquanto disciplina e profissão.

Referenciamos, também a teórica de enfermagem com a qual nos identificamos e que norteia a nossa atuação enquanto enfermeira, Jean Watson. Em seguida é efectuada uma revisão da literatura, que explana os conhecimentos científicos subordinados ao tema do grande queimado.

- Do capítulo 2, consta o desenvolvimento do projecto de intervenção em serviço (PIS), que engloba, definição do problema, diagnóstico da situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação do mesmo. Descrevemos e analisamos as atividades desenvolvidas no âmbito do PIS.
- No capítulo 3, faremos referência á aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista da pessoa em situação crítica.
- No capítulo 4, apresentamos o nosso projeto de aprendizagem de competências, no qual descrevemos as aprendizagens e as atividades desenvolvidas que permitiram adquirir e consolidar as competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.
- No capítulo 5, faremos uma análise á luz das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- Do capítulo 6, consta a conclusão final de todo este trabalho, que se traduz numa síntese das linhas orientadoras deste relatório, assim como da reflexão das aprendizagens obtidas, com menção aos obstáculos com que nos deparámos ao longo de todo o percurso efectuado. Em seguida, faremos referência á bibliografia consultada.

Através deste relatório de trabalho de projeto, é nossa convicção que o trabalho desenvolvido se constitua como um recurso no cuidar com qualidade e segurança ao grande queimado.

## 1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A epistemologia constitui o alicerce, a origem do conhecimento em Enfermagem. Enquanto filosofia do conhecimento, representa de acordo com Nunes (2008) um pensamento filosófico referente à ciência.

A Epistemologia necessita do contributo de outras disciplinas para abordar as ciências como objecto de conhecimento”... *constitui um campo da filosofia dificilmente delimitável devido às inúmeras fronteiras ténues e apenas esboçadas com muitas outras áreas, elas próprias vastas e de carácter eminentemente interdisciplinar - como a filosofia do Conhecimento...*” (Soares, 2004, p.7)

A Enfermagem sofreu um desenvolvimento importante no último século. Ainda no início do século XX, não era considerada nem disciplina académica nem profissão. As concretizações do último século conduzem ao reconhecimento da Enfermagem em ambas as áreas. (Tomey, Alligood, 2004)

A mesma, enquanto disciplina científica é alicerçada em teoria.” *Uma teoria é um agrupamento de conhecimentos, ideias e experiências que são representados simbolicamente e procuram clarificar um dado fenómeno.*” (Watson, 2002, p.8).

A teoria é basilar para a enfermagem enquanto disciplina (um ramo do ensino) e enquanto profissão (um campo prático especializado). Esta confere significado ao conhecimento, de forma a melhorar a prática descrevendo, explicando e prevendo os fenómenos. Os conhecimentos teóricos dos enfermeiros permitem uma prestação de cuidados orientada em pensamento crítico e conseguem facilmente justificar os seus atos perante os outros profissionais e por conseguinte obter uma autonomia profissional. (Tomey, Alligood, 2004)

Não é possível no entanto dissociar a teoria da prática. Concordamos com o referido por Nunes, “...*não existe prática de enfermagem sem uma teoria que a suporte, que a modelize.*” (Nunes, 2008, p.6,a)

O corpo de conhecimentos específicos da enfermagem permite o reconhecimento da mesma enquanto disciplina e profissão. (Tomey, Alligood, 2004) Esta evolução da Enfermagem, leva a que os enfermeiros invistam na sua formação de forma a dar resposta às solicitações cada vez maiores de uma sociedade mais exigente.

A enfermagem registou entre nós no decorrer dos últimos anos, uma evolução, tanto ao nível da respectiva formação de base como ao que respeita á complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso o reconhecimento do valor significativo do papel do enfermeiro, no âmbito da comunidade científica de saúde e bem assim, no que respeita à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde. (REPE,1996)

Com a criação da ordem dos Enfermeiros e aprovação do seu estatuto no decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, conseguiram-se grandes progressos na enfermagem, enquanto profissão que se autoregula.

Segundo Nunes (2003) referenciada por Ribeiro (2011) o expoente major da conquista da autonomia dos enfermeiros relaciona-se com o regulamento do seu exercício profissional e a criação da ordem dos seus estatutos e com o código deontológico. A integração do ensino de enfermagem no ensino superior, o trabalho desenvolvido na investigação, a qualidade do empenho e desempenho dos enfermeiros, assim como a aquisição de graus académicos mais elevados, contribuíram para a afirmação da enfermagem ao nível académico e profissional.

A investigação, a teoria e a prática devidamente relacionadas permitem que as teorias de enfermagem aliadas ao resultado da investigação conduzam ao conhecimento que orientará a prática. O que por sua vez irá dar o seu contributo para que o fulcro da Enfermagem se diferencie do de outras profissões. (Chinn, Kramer, 1998) Distinguindo-se pelo seu corpo de conhecimento que lhe é próprio.

Uma das características das teorias de enfermagem é que estas contêm não só o conhecimento empírico, mas outros padrões de conhecimento.

Bárbara Carper (1978), preconiza que a Enfermagem detém um corpo de conhecimentos organizado em padrões, tendo identificado quatro padrões de conhecimento:

➤ Conhecimento Empírico

Baseia-se no conhecimento produzido a partir da investigação empírica em Enfermagem, figura o conhecimento do que é verificável, objectivo e baseado na investigação. Deriva do paradigma positivista.

➤ Conhecimento ético

Representa o conhecimento moral sobre princípios e valores enquanto linhas condutoras sobre a decisão no agir profissional, engloba ações intencionais e voluntárias submetidas a escolhas éticas e morais. O profissional deverá estar consciente de que as distintas culturas, assim como as diferentes posições filosóficas afetam as decisões no que concerne aos cuidados de saúde.

➤ Conhecimento estético

É o conhecimento aliado às habilidades técnicas necessárias para o desenvolvimento das atividades de cuidar, inclui o conhecimento tácito e a intuição tal como a imaginação e a criatividade, requer determinadas capacidades e habilidades como a comunicação e empatia.

➤ Conhecimento pessoal

Traduz o autoconhecimento, auto consciência e a sabedoria pessoal, assume a sua integridade, autenticidade, o seu eu.

Nenhum dos padrões pode caracterizar o cuidado de forma isolada, todos são igualmente importantes, cada um com o seu contributo imprescindível, o cuidar com o seu verdadeiro significado é ético, é estético, uma vez que requer

habilidades, é pessoal, advém do conhecimento experimental e teórico, é intencional, e é empírico, sendo viável de teorizar pode explicar-se e predizer-se.

Focar a prática de enfermagem no cuidar, contribui para que a enfermagem caminhe para a autonomia profissional. Gameiro (2003), considera que o centrar a prática de enfermagem no “cuidar” assume-se como critério de autonomia e de constituição de um corpo de saberes próprio, diferenciando-se propositadamente do “tratar” baseado no modelo biomédico.

A Enfermagem, disciplina, considerada ciência e arte, que lida com seres humanos portadores de problemáticas muito complexas, por vezes mal definidas, cujo processo de decisão requer, simultaneamente, conhecimento, experiência, pensamento crítico e intuição por um lado e por outro, muita criatividade, empatia e compaixão além de outros aspetos, de natureza emocional e relacional. (Jesus, 2004)

Cuidar ultrapassa os aspetos técnicos e científicos, vai mais além, são pormenores que marcam a diferença. Hesbeen (2001), considera que o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados aliados aos conhecimentos científicos e às competências técnicas, constituem-se como componentes fundamentais a um cuidar de qualidade.

A qualidade em saúde tem vindo a revelar-se como uma preocupação a nível multiprofissional e também pela Ordem dos Enfermeiros, tendo a mesma definido padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de forma a obter uma melhoria dos cuidados de Enfermagem.

Concordamos com o referido pela ordem dos enfermeiros *”Claramente, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.4)

Os Enfermeiros assumem um papel preponderante ao nível das equipas de saúde, mas urge reflectir sobre a prática. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2002), a qualidade requer reflexão sobre a prática, para definir objetivos do serviço a prestar, devem desenhar-se estratégias de forma a atingi-

los, o que demonstra a necessidade de tempo adequado para refletir nos cuidados prestados.

Consideramos que o nosso projeto “*uniformização de cuidados ao grande queimado*”, cujo objectivo geral é “*Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados ao grande queimado (adulto)*” se enquadra num projeto de melhoria contínua da qualidade, que engloba uma abordagem multiprofissional, na qual os enfermeiros assumem um papel fundamental em função da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes, visando sempre a excelência do exercício.

A Enfermagem possui metaparadigmas importantes enquanto disciplina e profissão, que influenciam a sua prática. Sendo metaparadigma, o nível mais abstrato do conhecimento. Delibera os principais conceitos que envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina. Desde há muito que a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem foram propostos quer como fenómenos de enfermagem quer como conceitos metaparadigmáticos de enfermagem e permaneceram úteis enquanto principais conceitos de organização para a disciplina e para a profissão. (Tomey e Alligood, 2004).

Os conceitos, a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem, encontram-se descritos no enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Estes conceitos constituem o alicerce da prática da prestação de cuidados de enfermagem.

Ainda, de acordo com o descrito nos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros, foram definidas seis categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, no que respeita á satisfação do cliente, á promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e o auto-cuidado, á readaptação funcional, á organização dos cuidados de enfermagem cujo objectivo é esclarecer a natureza e englobar os vários aspectos do mandato social da enfermagem. (Ordem dos enfermeiros, 2002)

Consideramos que para a evolução da Enfermagem enquanto profissão, é vital que os enfermeiros sejam dotados de pensamento crítico e mobilizem os seus conhecimentos de forma a que as suas capacidades, aptidões e atitudes se traduzam numa prestação de cuidados de enfermagem de qualidade cujo

objectivo será cuidar da e com a pessoa. Em que *“Na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.”* (Ordem dos enfermeiros, 2002, p.11)

## 1.1-TEORIA DE ENFERMAGEM

O percurso da enfermagem tem sido construído pelas várias teóricas de enfermagem, que sem dúvida contribuíram para o crescimento da enfermagem enquanto profissão, disciplina e ciência.

A Enfermagem é indissociável de uma teoria, não existe prática de Enfermagem sem uma teoria que a suporte, oriente e funcione como guia condutor da sua prática.

O modelo teórico de enfermagem com o qual nos identificamos e suporta a nossa prática clínica, utilizado como alicerce para este relatório é o modelo de Jean Watson. Apesar do nosso projeto de intervenção ser na área da pessoa em situação crítica, consideramos que este modelo teórico se adequa, sendo o mesmo transversal a todos os processos de cuidar.

Jean Watson, nasceu no sul de west virginia em 1940. Em 1964 concluiu o bacharelato em ciências de enfermagem na universidade de Boulder.

Do seu currículo destaca-se o mestrado em saúde mental e psiquiatria realizado em 1966. Atualmente é professora de Enfermagem e catedrática na school of nursing da universidade do colorado.

Watson pertence á escola do “caring”, que tem como centro o cuidar. Reconhecida pelo seu modelo do cuidar, publicado no primeiro livro “The philosophy and science of caring” (1985)

Em 1988, foi publicada a obra “Nursing: human science and care, a theory of nursing”, considerada como a sua principal obra.

O cuidar para Watson (2002) assume-se como uma forma de ser de se relacionar e como um imperativo moral, um processo de interação entre seres humanos, onde o cuidar humano traduz a essência dos cuidados de enfermagem.

As suas convicções são de natureza fenomenológica, existencial e espiritual. Os autores nos quais se baseou para desenvolver a sua teoria foram Florence Nightingale, Virginia Henderson, Krueter e Hall, tendo-se baseado ainda nas obras de Leininguer, Gadow e Peplau. Watson salienta as qualidades interpessoais e transpessoais da coerência, empatia e calor humano de acordo com o trabalho desenvolvido por Carl Rogers assim como de outros escritores recentes.

Watson considera a Enfermagem uma ciência humana e uma arte. Para a mesma autora, um contexto humano de ciência baseia-se em:

- Uma filosofia de liberdade humana, escolha e responsabilidade.
- Uma biologia e psicologia holísticas.
- Uma epistemologia que permite não apenas o empirismo, mas avanços da estética, valores éticos, intuição e processos de descoberta.
- Uma ontologia de tempo e de espaço.
- Um contexto de acontecimentos inter-humanos, processos e relações.
- Uma visão científica que seja aberta.

A teoria de Watson referente á prática de Enfermagem é baseada em 10 fatores (Neil in Tomey e Alligood, 2004):

- Formação de um sistema de valores humanisto-altruísta  
Os valores humanistas e altruístas, são aprendidos desde cedo, no entanto são influenciáveis pela Educação para a saúde em Enfermagem;
- Instilação da Fé-Esperança  
Com os valores humanistas e altruístas, este factor permite a promoção de um cuidar holístico e da saúde positiva na população de doentes;
- Cultivo da sensibilidade para consigo e com os outros  
Para que ocorra auto aceitação, quer da enfermeira quer do doente, é importante o reconhecimento dos sentimentos de forma a promover auto-realização. Se os enfermeiros reconhecerem os seus sentimentos, a sua sensibilidade, são mais autênticos, genuínos e sensíveis perante os outros;
- Desenvolvimento de uma relação de Auxilio-Confiança

O estabelecer uma relação de ajuda – confiança entre enfermeiro/doente é fundamental para o cuidar transpessoal. A mesma promove a aceitação dos sentimentos positivos e dos negativos. Engloba coerência, empatia, um calor humano não possessivo e uma comunicação eficaz;

- Promoção e aceitação da Expressão de sentimentos positivos e negativos  
A partilha de sentimentos, constitui uma experiência em que pode existir risco quer para a enfermeira, quer para o doente, devendo a enfermeira estar preparada para lidar quer com sentimentos positivos, quer negativos assim como reconhecer que a compreensão intelectual e emotiva variam de situação para situação;
- Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisões.

O processo de enfermagem assemelha-se ao processo de investigação, no que se refere ao ser sistemático e organizado.

A utilização do processo de enfermagem consigna uma abordagem científica de resolução de problemas ao cuidar em enfermagem, permitindo que a imagem tradicional dos enfermeiros enquanto empregados dos médicos se vá alterando;

- Promoção do Ensino-Aprendizagem Interpessoais  
Permite ao doente estar informado, responsabilizando o mesmo pela sua saúde e bem-estar, permite distinguir o curar do cuidar;
- Provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protetor, corretivo e de apoio.

Os ambientes interno e externo influenciam a saúde e doença dos indivíduos, sendo importante que os enfermeiros reconheçam esta influência. O bem-estar mental e espiritual e as crenças socioculturais do indivíduo constituem conceitos importantes para o ambiente interno.

Para além das variáveis epidemiológicas, existem outras variáveis externas que englobam o conforto, a privacidade, a segurança e um ambiente limpo e estético;

➤ Auxílio na satisfação das Necessidades Humanas

A enfermeira reconhece as necessidades bio-físicas, psico-sociais e intrapessoais, suas e do doente.

Existem necessidades de ordem inferior e superior. As necessidades de ordem inferior são as biofísicas, como, ventilação, comida, atividade, inatividade e a sexualidade.

As necessidades de ordem superior são a realização e a afiliação.

A realização é uma necessidade intrapessoal e interpessoal de ordem superior;

➤ Permissão de Forças Fenomenológico-Existenciais

A fenomenologia descreve dados sobre a situação imediata que ajudam as pessoas na compreensão dos fenómenos em questão. Conduz a um entendimento mais fácil de si próprio e dos outros;

Watson, refere que as enfermeiras deverão ir mais além dos 10 factores do cuidar e deverão agir no sentido da promoção da saúde, através de ações preventivas. (Neil in Tomey e Alligood, 2004)

Para Watson, cuidar engloba os factores que as enfermeiras utilizam para prestar cuidados de saúde aos doentes. Ao prestar cuidados ao outro como individuo único, a pessoa que cuida compreende os sentimentos do outro e reconhece a sua singularidade.

Para a mesma autora os principais pressupostos da ciência do cuidar em Enfermagem são:

*“1.O cuidar só pode ser demonstrado e praticado com eficiência se for feito interpessoalmente.*

*2.O cuidar consiste em factores do cuidar que resultam na satisfação de determinadas necessidades humanas.*

*3.O cuidar eficiente promove a saúde e o crescimento individual ou familiar.*

*4.As respostas do cuidar aceitam uma pessoa não apenas como ela é actualmente mas como pode vir a ser.*

*5.Um ambiente de cuidar proporciona o desenvolvimento do potencial, enquanto permite que a pessoa escolha a melhor acção para si num dado momento.*

6.O cuidar é mais promotor de saúde do que a cura. A prática do cuidar integra conhecimentos biofísicos com conhecimentos de comportamento humano para gerar ou promover a saúde e para prestar assistência aos que se encontram doentes. A ciência do cuidar é, portanto, complementar à ciência do curar.

7.A prática do cuidar é vital para a enfermagem” (Neil in Tomey e Alligood, 2004, p.169)

Watson define os conceitos de:

✓ Enfermagem “como uma ciência humana de pessoas e de saúde humana-experiências de doença que são mediadas pelas transações humanas do cuidar profissional, pessoal, científico, estético e ético. (Watson, 2002, p.96)

✓ Pessoa, “como um ser- no – mundo e é o local da existência humana.(...) A pessoa possui 3 esferas do ser-mente, corpo e alma, que são influenciadas pelo conceito do Eu.”( Watson, 2002, p.97)

O Eu e a pessoa são um só, quando a pessoa é congruente com o verdadeiro Eu. Para tal têm de existir harmonia nas 3 esferas já referidas.

✓ Saúde, “Refere – se à unidade e à harmonia na mente, no corpo e na alma. A saúde também está associada ao grau de congruência entre o Eu, como é percebido, e o Eu como é experienciado.” (Watson, 2002, p.86)

✓ Ambiente-este conceito não se encontra definido de forma muito clarificada, no entanto é referido como externo ao mundo da pessoa.

A mesma autora dá grande relevância ao cuidar transpessoal, o cuidar tem início, quando o enfermeiro entra no espaço de vida ou campo fenomenológico da outra pessoa, com capacidade para identificar a condição de ser do outro, o seu espírito, alma, conseguindo dar resposta a esta condição, de forma a que o outro liberte sentimentos e pensamentos que há muito desejava libertar.

Watson, preconiza manter um elevado nível de enfermagem e promover o bem-estar das pessoas que recebem cuidados de enfermagem assim como dos que os prestam. (Watson, 2002)

No que respeita ao doente crítico, grande queimado, consideramos que para além do trauma que sofre ao nível físico sofre também um grande desgaste ao nível psicológico, que não pode ser descurado, pelo que a abordagem como a todos os clientes, deverá ser sempre de uma forma holística, com empatia e utilizando uma comunicação eficaz de forma a promover o bem-estar da pessoa que estamos a cuidar tal como é referido na teoria de Jean Watson.

Finalizando o que foi o nosso olhar sobre a teoria de Enfermagem, faremos em seguida um aprofundamento da temática sobre queimaduras, como suporte teórico deste projeto.

## 1.2-REVISÃO DA LITERATURA

Esta etapa constitui-se como muito importante para a realização deste projeto, a revisão da literatura permite contextualizar o trabalho através dos resultados obtidos pela pesquisa. Na medida em que os conhecimentos científicos, proporcionam uma base sólida de conhecimentos fulcral para o exercício de qualquer profissão. (Polit e Hungler, 1995)

A revisão da literatura foi transversal ao período de realização do projeto, no entanto com maior ênfase, no período temporal compreendido entre Setembro de 2011 e Julho de 2012. Foi realizada, através de pesquisa bibliográfica, em bases de dados científicas (B-on, Ebsco, Pubmed e Cochrane), outros recursos (Normas da Direção Geral da Saúde) e através da consulta de guidelines internacionais sobre a temática do grande queimado.

As palavras-chave, utilizadas para a pesquisa foram, queimaduras, queimaduras térmicas, químicas e eléctricas, fluidoterapia no grande queimado, cuidados de enfermagem ao grande queimado, cuidados imediatos ao grande queimado e guidelines.

Uma queimadura é um trauma complexo, que necessita de cuidados contínuos e multidisciplinares. (Magnette [et al], 2011)

### 1.2.1-Definição de queimadura

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, eléctricos ou radioactivos; 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 doente 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, eléctricas, 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)

As alterações fisiopatológicas resultantes das queimaduras, na sua fase inicial aguda, incluem hipoperfusão tecidual e hipofunção orgânica secundária á diminuição do débito cardíaco. Os processos fisiopatológicos na fase aguda da queimadura envolvem mecanismos cardiovasculares, hidroeletrolíticos, pulmonares e circulatórios. (Smeltzer&Bare, 2002)

## 1.2.2-Classificação das queimaduras

As queimaduras podem ser classificadas quanto ao agente agressor, grau de profundidade e gravidade. Podem ser causadas por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioactivos.

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 eléctrica de alta tensão. (Estran, 2003)

### 1.2.2.1- Classificação das queimaduras quanto á profundidade

As queimaduras classificam-se de acordo com a profundidade da destruição dos tecidos:

**-1º grau**, de espessura superficial, ocorre destruição ou lesão da epiderme. Caraterizam-se pela cor avermelhada e são dolorosas. Raramente têm significado clínico à excepção das grandes áreas de queimadura solar, em que ocorre o risco de desidratação se não houver uma hidratação oral adequada. São queimaduras que geralmente curam dentro de uma semana, sem deixar cicatriz.

**-2º grau**, de espessura parcial, envolve destruição da epiderme e das camadas superiores da derme. Classificam-se como superficiais ou profundas. Formam flictenas e são dolorosas. Estas queimaduras aparecem como flictenas ou como áreas queimadas sem epiderme, com um aspeto brilhante ou húmido. Geralmente cicatrizam entre 2 a 3 semanas. No entanto quando não existe o tratamento adequado, a zona de coagulação envolve toda a epiderme e parte da derme, em que a zona de estase pode evoluir para necrose e passar a uma queimadura de terceiro grau.

**-3º grau**, de espessura total, que envolve a destruição total da epiderme e da derme e em algumas situações também dos tecidos subjacentes. Existe destruição das fibras nervosas, a queimadura é indolor, ou por vezes dolorosa porque as áreas de queimadura de terceiro grau são circundadas por queimaduras de 1º e 2º grau. As feridas têm uma aparência seca, esbranquiçada. Nos casos graves, a pele tem uma aparência carbonizada, com trombose visível dos vasos sanguíneos. As queimaduras desta profundidade podem ser incapacitantes e envolver risco de vida, necessitando de excisão cirúrgica imediata e reabilitação intensiva num centro especializado.

**-4º grau**, atingem todas as camadas da pele e também o tecido adiposo, músculos, ossos ou órgãos internos subjacentes.(Prehospital Trauma Life Support, 2007)

Após uma queimadura, a temperatura elevada ou congelante, a radiação ou o agente químico fazem com que as proteínas da pele fiquem gravemente lesadas, provocando a sua desnaturação. Uma queimadura de espessura total apresenta três zonas de lesão tecidual, que são:

**-Zona de coagulação**, zona central em que ocorre a destruição tecidual máxima, é necrótica sem capacidade de reparação tecidual.

**-Zona de estase** apresenta lesão menos grave, as células estão lesadas, mas não de forma irreversível. No entanto se essas células ficarem sem aporte de oxigénio ou de fluxo sanguíneo, morrem e necrosam. Se for efetuado o tratamento correto da queimadura o fluxo sanguíneo e o aporte de oxigénio será preservado. Por vezes na tentativa de minimizar a dor é feita aplicação de gelo, o que irá provocar uma vasoconstrição, que irá impedir o restabelecimento do fluxo sanguíneo. Pelo que está contra indicada a sua aplicação.

**-Zona de hiperemia**, a mais externa, apresenta lesão celular mínima, ocorre um aumento do fluxo sanguíneo, secundário a uma reacção inflamatória provocada pela queimadura. (Prehospital Trauma Life Support, 2007) (Hettiaratchy, Dziwulski, 2004)

### *1.2.2.2- Classificação das queimaduras quanto ao tipo de lesão*

As queimaduras quanto ao tipo de lesão podem classificar-se em térmicas, químicas, elétricas e por radiação.

#### ➤ **Queimaduras térmicas**

Os acidentes por queimaduras térmicas têm como mecanismos de ação mais frequentes as chamas e o contacto com agentes quentes.

As queimaduras por chama englobam 50 % das queimaduras nos adultos, frequentemente associadas a lesão inalatória e trauma concomitante.

As queimaduras por contacto, em que houve contacto directo com agentes extremamente quentes ou por um contato anormalmente longo. (Hettiaratcy,Dziewulski, 2004)

#### ➤ **Queimadura por frio**

A queimadura por frio, resulta da exposição a temperaturas de zero ou abaixo de zero graus. Num ambiente frio, o corpo tenta manter o calor pela vasoconstrição das veias periféricas, no entanto quanto maior for o período de exposição, mais reduzida é a circulação periférica. Os sinais e sintomas, assim como a classificação das queimaduras por frio são similares aos das queimaduras térmicas. (Sheehy, 2011)

#### ➤ **Queimaduras Químicas**

As queimaduras químicas são tanto mais graves quanto maior é a quantidade, especificidade, concentração do agente e a duração do contato com os tecidos.

Os agentes químicos são classificados como ácidos, base, orgânicos ou inorgânicos. Os ácidos são substâncias químicas com um ph entre 0 (ácido forte) e 7 (neutro).

As bases são agentes com um ph entre 7 e 14. Os ácidos provocam lesão do tecido através de um processo designado necrose de coagulação, esse tecido transforma-se numa barreira que impede que o ácido penetre mais profundamente. As queimaduras por base destroem o tecido através da necrose de liquefação, em que a base liquefaz o tecido, levando a que a base penetre mais profundamente e a lesão vai ficando mais profunda. (Prehospital Trauma Life Support, 2007)

Perante queimaduras químicas, de forma geral, devem evitar-se a utilização de agentes neutralizadores. No processo de neutralização, os agentes libertam calor, numa reacção exotérmica. Ao aplicar agentes neutralizadores se não o correto pode provocar-se uma queimadura térmica para além da queimadura química. (Prehospital Trauma Life Support, 2007)

As lesões mais extensas resultam de acidentes industriais e de laboratório. Os cuidados a prestar perante uma pessoa com queimadura química deve ser imediato. Contrariamente às queimaduras térmicas e eléctricas, nas químicas o tratamento imediato da ferida é prioritário. Deve ser removida toda a roupa imediatamente, se a substância química for um pó deve ser escovado antes da lavagem, deve efetuar-se a lavagem da ferida durante pelo menos 30 minutos. No caso de queimaduras por agentes alcalinos, o tratamento deve prolongar-se durante 1 hora. A procura de antídotos para produtos químicos específicos poderá atrasar o tratamento adequado de lavagem. (Torres, Rodrigues, 2002)

Existem no entanto algumas situações específicas, com especificidade de tratamento. Apenas iremos abordar em termos de lesões por produtos químicos, a lesão por ácido fluorídrico apesar de existir uma grande diversidade de produtos, por esta ser a referida em termos de guidelines internacionais, como a que requer tratamento o mais precoce possível, com antídoto específico.

## **Ácido Fluorídrico**

Lesão por ácido fluorídrico, que constitui um alto risco para trabalhadores de refinarias, deverá ser utilizado antídoto, uma vez que o ião fluoreto continua a penetrar nos tecidos até ser inativado por formação de sais de cálcio. Após a exposição da área afetada, deve proceder-se à lavagem com água e ser aplicado tratamento tópico com um gel de gluconato de cálcio a 2,5 %, se a dor não cessar, pode administrar-se injeção de gluconato de cálcio a 10 % no local. (Mozingo [et al], 2008) (Summers, 2011)

Pode administrar-se gluconato de cálcio por via subcutânea na pele afetada, numa dose de 0,5 ml de gluconato de cálcio a 10 % por cm quadrado até que seja indolor. (Palao [et al], 2010)

As pessoas vítimas de queimaduras por ácido fluorídrico devem ser transferidas para uma unidade de queimados.

### **➤ Queimaduras elétricas**

Este tipo de queimaduras divide-se em categorias de acordo com a exposição a baixa ou alta voltagem. Alta voltagem, como cabos elétricos são todas as exposições com correntes que envolvem mais do que 1000 volts. Baixa voltagem, com corrente menor de 1000 volts. A electricidade entra no corpo no ponto de contacto e atravessa pelo trajeto de menor resistência. (Emergency Nurses Association, 2007)

A destruição dos tecidos e a necrose são bastante extensas comparativamente ao trauma aparente, uma vez que grande parte da destruição ocorre internamente, à medida que a electricidade é conduzida através do paciente. Ocorre destruição maciça de grandes massas musculares com libertação de potássio e mioglobina. A libertação do potássio dos músculos provoca um aumento significativo no nível sérico, o que pode resultar em arritmias cardíacas. A mioglobina é uma molécula existente no músculo, que auxilia o tecido muscular no transporte de oxigénio. Quando é libertada na corrente

sanguínea em quantidades consideráveis, é tóxica para os rins, pode provocar insuficiência renal. A presença de mioglobinúria é evidente através da coloração da urina, urina cor de chá ou de coca-cola. É importante que estas pessoas tenham uma monitorização rigorosa da diurese, com um débito urinário de cerca de 100 ml/h no adulto, com a finalidade de evitar a insuficiência renal. (Préhospital Trauma Life Support, 2007)

➤ **Queimaduras por radiação**

As várias formas de radiação incluem a radiação electromagnética, os raios x, os raios gama e a radiação particulada (ionizantes, não ionizantes, beta). As várias formas de radiação podem transferir vários graus de energia para os tecidos. A gravidade das queimaduras resultantes das várias formas de radiação depende da quantidade de energia absorvida pelo tecido afectado. (Préhospital Trauma Life Support, 2007)

### **1.2.3- Abordagem ao grande queimado no serviço de urgência**

O percurso clínico de abordagem ao grande queimado pode dividir-se em 3 fases, ressuscitação/reanimação, cuidados agudos e reabilitação. (Thelan [et al],1996) O tratamento inicial ao grande queimado como em outro politraumatizado é crucial nas primeiras 24 horas no qual a fase de ressuscitação tem início após o acidente.

A fase de ressuscitação/reanimação refere-se às primeiras horas após a queimadura, é o período desde o acidente até ao aparecimento da diurese espontânea, sinal de que os capilares recuperaram a sua integridade. As medidas imediatas têm como objectivo tratar as consequentes alterações sistémicas, lesões concomitantes e as áreas que sofreram queimadura.

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."* (Magnette [et al], 2011, p.34)

A fase de reanimação, ou de choque de uma queimadura caracteriza-se por instabilidade cardiopulmonar, compromisso da via aérea que podem ameaçar a vida e ocorrer hipovolémia.

Na primeira abordagem no serviço de urgência a pessoa queimada deverá ser avaliada de acordo com o "ABCDE" de forma a conseguir identificar lesões que poderão colocar em risco a sua vida. Desta forma a avaliação da pessoa queimada é efetuada atendendo a uma ordem de prioridades, para estabilizar as funções vitais, não descurando nunca em primeiro lugar a segurança dos profissionais.

## **A-Airway** (Avaliação da via aérea com estabilização da cervical)

A via aérea é prioritária na avaliação inicial da pessoa queimada. Deverá avaliar-se se a vítima tem resposta verbal, se sim a vítima terá permeabilidade das vias aéreas.

Deve avaliar se apresenta alguma obstrução da via aérea se sim deverão ser cumpridos os seguintes procedimentos:

-Elevação do queixo

-Aspiração da orofaringe, retirar próteses dentárias ou corpos estranhos se os houver;

-Utilizar adjuvantes da via aérea (tubo orofaríngeo ou nasofaríngeo);

-Estabilização manual da cabeça e cervical antes da intubação endotraqueal (se necessário);

Para avaliar a agressão da queimadura das vias aéreas é importante saber:

-As circunstâncias em que ocorreu o acidente (se houve inalação de gases, se esteve em recinto fechado, se houve perda de consciência por hipoxemia);

-Queimadura da face e pescoço;

-Queimadura dos cílios nasais ou da mucosa oral;

-Sinais como agitação, dispneia, taquipneia, broncospasmo, estridor laríngeo, rouquidão, sibilos, roncos;

Alguns destes sinais evidenciam lesão inalatória aguda e requerem cuidados imediatos e emergentes. O doente deverá ser intubado endotraquealmente o mais precocemente possível uma vez que o risco de edema da traqueia é significativo e deverá ser colocado em ventilação assistida.

A estabilização da coluna cervical com colar cervical não deve ser ignorada e ser mantida até ao final da avaliação da pessoa queimada.

## **B-Breathing (respiração)**

Em situação de incêndio, a principal causa de morte é a inalação de gases nocivos e não a lesão térmica propriamente dita. Mesmo que exista permeabilidade das vias aéreas esta pode não ser suficientemente eficaz pelo fumo já inalado anteriormente. Durante a combustão são libertados gases nocivos como o monóxido de carbono. Em presença de inalação de fumos, os sinais de alerta resultantes da intoxicação por monóxido de carbono são os seguintes:

- Dispneia, taquipneia, taquicardia, cefaleias, vertigens, náuseas, sendo que nas situações mais graves pode observar-se desorientação, fadiga, perturbações visuais, alucinações e coma.

Perante uma intoxicação com monóxido de carbono, deve administrar-se oxigénio por máscara de alto débito mesmo que a pessoa não apresente dificuldade respiratória, uma vez que reduz a semi-vida da carboxi-hemoglobina (HbCO) de 4 horas para 1 hora.

Sendo importante a realização de gasimetria arterial para obter o nível de carboxi-hemoglobina:

-Se níveis até 15%, os sintomas são pouco frequentes;

-Para níveis entre 15 % e 40 %, podem observar-se várias perturbações como cefaleias, confusão, desorientação, fadiga e perturbações visuais;

-Para níveis entre 40 e 60%, alucinações e até mesmo estado de inconsciência;

-Para níveis acima de 60%, existe risco imediato de vida;

É possível obter uma oximetria dentro dos parâmetros normais, uma vez que o oxímetro deteta a hemoglobina ligada ao O<sub>2</sub> e não ao monóxido de carbono. Caso o doente já esteja ventilado o fiO<sub>2</sub> deve ser de 100%.

A pneumopatia química é uma das complicações que pode surgir, em que um dos sinais é o aumento do ph, a descida de PACO<sub>2</sub> e aumento dos ciclos

respiratórios, podendo conduzir a um Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA). O tratamento de eleição é o suporte ventilatório com pressão positiva.

As queimaduras circulares de espessura total do pescoço e tórax, podem causar insuficiência respiratória e alterações circulatório-vasculares nessa área. É importante avaliar a amplitude torácica e a frequência respiratória em que os parâmetros de frequência respiratória no adulto são 12-20 ciclos/minuto.

O tratamento preconizado da escara constrictiva consiste em efectuar uma escarotomia, caso o fluxo sanguíneo para o tecido não queimado não se restabeleça deve proceder-se a uma fasciotomia.

A escarotomia pode efectuar-se por duas técnicas:

1) Consiste em efectuar duas incisões na linha axilar anterior, bilateralmente desde a clavícula até ao rebordo costal, unidas por uma incisão perpendicular no rebordo costal, de forma a aliviar a constrição quer circulatória quer pulmonar.

2) A escarotomia denominada graduada consiste em efectuar incisões lineares na pele ou incisões em grade de forma a aliviar a constrição. Esta técnica não é dolorosa numa queimadura de espessura total, uma vez que as terminações nervosas já foram destruídas pela queimadura.

Deve ser feita avaliação de eventuais lesões que possam afetar a respiração como pneumotórax, hemotórax, pneumotórax hipertensivo e vollet costal. Que ocorrem habitualmente em consequência de acidente de viação ou explosão.

## **C – Circulação**

Devem colocar-se dois acessos venosos de grande calibre, mínimo G18, de preferência nos membros superiores (nos membros inferiores existe risco de tromboflebite) e numa área de pele não queimada (Pelo risco de infecção ao puncionar em área queimada), de forma a perfundir grandes volumes.

Se não se conseguir puncionar, acessos venosos periféricos, deve proceder-se á colocação de cateter venoso central na jugular ou subclávia.

É importante avaliar se a reposição de fluidos está a ser adequada, para tal:

-Tensão arterial e pulso devem estar de acordo com os parâmetros normais para a idade em questão;

-O débito urinário esperado corresponde a 30 a 50 ml/hora no adulto. A diurese rigorosa é primordial nas primeiras horas, sendo necessário algaliar a pessoa queimada e colocar urimeter (dispositivo de avaliação horária) para obter um cálculo preciso e manter monitorização do débito urinário /hora. Se existir oligúria, este é um sinal de inadequada administração de fluidos. Está contra indicada a administração de diuréticos. Devendo ser aumentado o volume de fluidos a administrar. Sendo que na fase diurética existe reabsorção do edema.

-Pressão venosa central (PVC) deverá estar entre 3 a 8 cm de H<sub>2</sub>O;

-Nível de consciência mantido;

-Ausência de problemas gastrointestinais;

A vigilância dos parâmetros vitais frequência cardíaca, tensão arterial, saturação de O<sub>2</sub> e monitorização de ECG é de extrema importância.

Em queimaduras de etiologia eléctrica existe grande probabilidade de alteração no equilíbrio ácido – base e conseqüentemente na produção de mioglobínúria, com conseqüente alteração da função renal. Pelo que deverão ser efectuadas precocemente análises de urina com o objetivo de determinar o nível de mioglobínúria. Na presença de urina escura, significa que estamos na presença de mioglobínúria e de acidose, sendo urgente a fluidoterapia.

A diurese pretendida é de cerca de 75 a 100 ml /hora de forma a facilitar a eliminação de mioglobina.

Deverá realizar-se ECG de forma a efectuar despiste de lesão do miocárdio.

### **D-Défice Neurológico**

A avaliação neurológica da pessoa deve efectuar-se com base na escala de coma de Glasgow e na avaliação das pupilas quanto ao tamanho, simetria e reatividade.

Caso haja alteração do Glasgow, as possíveis causas são hipovolémia, hipoperfusão, hipoxemia, intoxicação por monóxido de carbono, desequilíbrio electrolítico.

Podem ocorrer lesões neurológicas periféricas na pessoa queimada por queimadura eléctrica ou térmica, no entanto só se irão manifestar alguns dias após a queimadura.

### **E- Exposição**

A roupa e todos os adornos da pessoa queimada devem ser removidos. Caso a roupa esteja aderente à pele deve ser cortada e os fragmentos embebidos em soro fisiológico anteriormente à sua remoção.

A pele queimada após arrefecimento da queimadura com soro deve ser protegida com material estéril, não aderente.

De acordo com a área de superfície corporal queimada, caso esta seja de grande dimensão deve proteger-se a área queimada com lençol esterilizado com face não aderente para a área corporal queimada e posteriormente colocar uma manta isotérmica, de forma a manter a temperatura e prevenir a contaminação.

Os grandes queimados arrefecem facilmente devido a perda da termorregulação, são extremamente susceptíveis à hipotermia. Sendo mandatório

a avaliação da temperatura. Deve utilizar-se a administração de fluidos ev tépidos e manter o ambiente da sala aquecido se possível. (Torres, Rodrigues, 2002)

### *1.2.3.1-Fluidoterapia*

As queimaduras podem levar á perda de grandes quantidades de líquidos e eletrólitos, conduzindo rapidamente ao choque hipovolémico.

A queimadura provoca lesão do leito capilar e de outros tecidos, levando a um aumento da permeabilidade capilar, em que o plasma passa rapidamente do compartimento vascular para o intersticial.

É de extrema importância que seja corrigida a volémia na fase de ressuscitação. A fluidoterapia deve constituir uma das medidas mais precoces nos cuidados ao grande queimado.

É necessária a administração de grandes quantidades de volume por via intravenosa para evitar o choque hipovolémico. Após uma queimadura, a vítima perde uma quantidade substancial de líquido intravascular na formação de edema corporal, além das perdas que ocorrem por evaporação no local da queimadura.

A gestão de fluídos adequada é fundamental para a sobrevivência da pessoa com queimaduras extensas. As necessidades de fluidoterapia estão relacionadas com a extensão da queimadura. Para evitar a hipovolémia e choque, a fluidoterapia deve ser iniciada o mais precoce possível. (Torres, Rodrigues, 2002) (Magnette [et al], 2011) (Burn Resource Manual, 2010) (Arizona Burn Center, 2003) (Stander e Wallis, 2011)

As perdas de fluido da lesão devem ser repostas para manter a homeostase. Todas as fórmulas fluidas são apenas directrizes, o seu sucesso depende de ajustar a quantidade necessária de fluidos. Sendo o principal objectivo da reanimação manter a perfusão de tecido da zona de estase. Se houver uma fluidoterapia insuficiente, pode ocorrer hipoperfusão dos tecidos, se

em excesso poderá conduzir a edema e á hipoxia. A maior quantidade de perda de fluido ocorre nas primeiras 24 horas após a lesão. (Papini, 2004)

Para reposição da volémia existem algumas fórmulas mas a mais utilizada é a **fórmula de Parkland** que orienta quanto ao tipo de reposição hídrica e volémica, podendo ser adaptada à pessoa de acordo com a sua reacção aos fluidos, ou seja apesar da orientação da fórmula a quantidade de líquidos administrada deverá basear-se sempre na sua resposta individual. O soro preconizado é um cristalóide o lactato de ringuer. A fórmula é a seguinte:

#### **4ml Lactato de Ringuer x peso (Kg) x % SCQ**

Administrado nas 24 horas após a queimadura, em que 50 % deve ser administrado nas primeiras 8 horas, e os restantes 50 % nas 16 horas seguintes.

Para Zaletel (2009), a fórmula de Parkland, quando baseada numa percentagem exata de SCQ (Superfície Corporal Queimada), pode ser uma ferramenta valiosa para o cálculo da quantidade de fluido a ser administrado durante a fase inicial de reanimação. Esta continua a ser de eleição na fluidoterapia no grande queimado. (Mitra [et al], 2006)

Para efectuar o cálculo de SCQ, existem vários métodos, como a regra dos nove, método de Lund – Browder e regra do um. No entanto no protocolo realizado o método de eleição foi a regra dos nove, por ser um método de cálculo rápido e eficaz em situação de emergência e por estar referido em todas as guidelines consultadas.

Obtêm-se medições precisas de área de superfície corporal queimada utilizando a regra dos nove. (Magnette [et al], 2011)

A regra dos nove, aplica o princípio de que as grandes regiões do corpo do adulto são consideradas como tendo 9% da área da superfície corporal total, à excepção do períneo ou área genital, quantificado em 1 %. (Prehospital Trauma Life Support,2007) Esta é uma forma rápida e eficaz de avaliar a área de superfície corporal queimada (ASCQ).

A estimativa do tamanho da queimadura é necessária para reanimar a pessoa de forma apropriada e evitar as complicações associadas ao choque hipovolêmico decorrente da queimadura. (Prehospital Trauma life support, 2007)

A ABA (American Burn Association) recomenda que em todas as queimaduras de segundo e terceiro grau superior a 15 % SCQ seja administrada a quantidade apropriada de lactato de ringuer como determinado pela fórmula de Parkland (4 ml/Kg/%SCQ) (Ahrenholz [et al], 2001)

Estudos baseados em evidência sobre reposição volêmica na literatura são numerosos. ( Magnette[ et al], 2011)

A reposição de fluidos, no grande queimado deve ser de acordo com o cálculo efetuado através da fórmula de parkland, pois em excesso poderá ter efeitos adversos. De acordo com um estudo realizado por Klein, Hayden [et al] (2007), as pessoas queimadas que receberam um grande volume de líquido durante a fase de reanimação eram mais propensos a sofrer de efeitos adversos como pneumonia, insuficiência de múltiplos órgãos e sistemas, infecções sanguíneas e morte. Por cada 5 l de excesso de fluido recebido, houve um aumento considerável no risco de pneumonia, SDRA, infecções da corrente sanguínea, insuficiência de múltiplos órgãos e morte. (Klein, Hayden [et al], 2007)

Alguns autores fazem ainda referência á administração de albumina para reposição de fluidos no queimado. No entanto, não existe evidência de que a administração de albumina, reduza o risco de morte no queimado. A albumina é dispendiosa, pelo que devem utilizar-se alternativas de fluidoterapia. (Roberts, 2011)

### *1.2.3.2- Controle de infecção nos cuidados á pessoa queimada*

Outro aspeto de grande relevância na prestação de cuidados á pessoa queimada, é a prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde. Sendo a

infecção a principal causa de morte na pessoa queimada causada pela infecção na área queimada. (Martinho, 2008)

Ainda neste sentido, a infeção na pessoa queimada, constitui um grande desafio para a equipa multidisciplinar, sendo a mesma líder de morbilidade e mortalidade nas pessoas vítimas de queimaduras. (Weber e Mcmanus, 2004)

Uma das principais vias de transmissão da infeção, é através das mãos dos profissionais e o contato com equipamentos e superfícies com descontaminação inadequada. (Ministério da saúde, 2002)

A relevância da higienização das mãos enquanto precaução básica para reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde, tem vindo a ser alertada e divulgada ao nível das instituições, através de formação e da campanha de higienização das mãos desenvolvida pelas comissões de controlo de infeção hospitalar.

De acordo com o referido na circular normativa da DGS nº 13, a higiene das mãos é considerada uma das medidas mais simples e efetivas na redução da infeção associada aos cuidados de saúde. Na maioria dos casos de transmissão cruzada de infeção, as mãos dos profissionais de saúde são a fonte ou o veículo para a transmissão de microorganismos da pele do doente para as mucosas ou para locais habitualmente estéreis e de outros doentes ou do ambiente contaminado. (DGS, 2010)

Ainda de acordo com o referido na circular normativa da DGS nº13 de 2010, os profissionais de saúde têm o dever de realizar a higiene das mãos de acordo com o modelo proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), designado pelos “cinco momentos”. Estes, incorporam as indicações, ou tempos na qual é obrigatória a higiene das mãos aquando da prática clínica. Estes são:

- 1- Antes do contacto com o doente;
- 2.-Antes de procedimentos limpos/assépticos;
- 3.-Após risco de exposição a fluidos orgânicos;
- 4- Após contato com o doente;
- 5- Após contato com o ambiente envolvente do doente.

Pessoas com queimaduras graves, possuem um elevado risco de infecção, no que concerne ao risco diferencial de infecção nosocomial por doente 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 assépsia, 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)

### 1.2.3.3- Avaliação e controlo da dor

*“A dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado a Dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial.”* (DGS, 2003, p.3)

A dor na pessoa queimada deve ser gerida através de uma abordagem baseada em orientação, deve ser medida através de escalas de avaliação validadas para as diferentes faixas etárias. Escalas de dor, como EVA (escala visual analógica), são comumente utilizadas em adultos, embora atualmente não existam provas de evidência de classe 1, para apoiar o uso de qualquer uma das ferramentas de dor conhecidas, em avaliação de pessoas com queimaduras. No entanto, há evidências convincentes em outros grupos de pessoas que a EVA é uma medida confiável e válida para avaliar a dor.

Para controlo da dor na pessoa queimada é importante a analgesia, administração de morfina por via endovenosa, em doses pequenas, mas frequentes de forma a reduzir o desconforto e também a ansiedade. (Torres; Rodrigues, 2002) (Burn Resource Manual, 2010) (Arizona Burn Center, 2003) (Magnette [et al], 2011)

Existe evidência, grau C de que os analgésicos de eleição para alívio da dor no grande queimado, são paracetamol, anti inflamatórios não esteróides e opióides. (New Zealand Guidelines Group, 2007)

#### *1.2.3.4- Apoio emocional à pessoa queimada e família*

As pessoas com queimaduras graves sofrem danos profundos no seu corpo e na sua auto-imagem. O receio e ansiedade de ficarem desfigurados pelas cicatrizes é enorme, temem pela sua sobrevivência. O impacto e o sofrimento provocados pelo acidente, o ambiente hospitalar, tudo isso aumenta o stress emocional. O enfermeiro tem um papel preponderante para minimizar estes receios. Existem algumas intervenções que podem aliviar a ansiedade e tranquilizar a pessoa, assim como:

- ✓ Apresentar-se
- ✓ Orientar a pessoa no ambiente que a rodeia
- ✓ Descrever os sintomas físicos básicos (perda de pele, frio)
- ✓ Explicar quais os procedimentos que vão ser efectuados e os equipamentos a utilizar

(Phipps [et al],1997)

A comunicação tem um papel fulcral para uma melhor prestação de cuidados á pessoa e família que vivenciam processos de doença complexos, geradores inevitáveis de stress e de sofrimento. A comunicação é essencial em todas as acções realizadas, informar, colher dados, apoiar, nos procedimentos invasivos ou não invasivos e na relação de ajuda.

A relação de ajuda entre enfermeiro-pessoa assume-se como pilar dos cuidados de enfermagem, na qual é fundamental que o profissional seja dotado de conhecimentos, aptidões e atitudes para responder às necessidades específicas do outro. Em enfermagem a comunicação assume-se como uma ferramenta essencial na relação enfermeiro/cliente/família, quer seja verbal ou

não verbal. A comunicação é a pedra basilar das nossas acções, é através da mesma que conseguimos avaliar a pessoa de forma holística e utilizar estratégias tendo em conta a complexidade do seu estado de saúde.

### *1.2.3.5. Critérios de transferência para a unidade de queimados*

Após a prestação dos cuidados imediatos existe necessidade de transferência destes doentes que carecem de cuidados específicos, para unidades com equipamentos e profissionais especializados na área.

As guidelines de referência para admissão numa unidade de queimados são:

- Queimaduras de espessura parcial (2º grau) superiores a 10 % de ASCQ em pessoas com idade inferior a 10 e superior a 40 anos;
- Queimaduras de espessura parcial (2º grau) com ASCQ > a 20 % em pessoas entre os 10 e os 40 anos
- Queimaduras de espessura total (terceiro grau) com ASCQ > 5 % em qualquer faixa etária;
- Queimaduras que envolvam a face, mãos, pés, genitais, períneo ou as principais articulações;
- Queimaduras elétricas, incluindo lesão por relâmpago;
- Queimaduras químicas;
- Lesão por inalação;
- Queimaduras circulares dos membros e tronco;
- Queimaduras em pessoas com patologias pré existentes, o que poderia complicar o tratamento e prolongar a recuperação;
- Queimaduras e trauma concomitante (ex: fraturas) em que a queimadura representa maior risco de morbidade ou mortalidade. Nestes casos a pessoa deverá ser estabilizada antes de ser transferida para uma unidade de queimados;

- Queimaduras com padrões sugestivos de suspeita de abusos;  
(American Burn Association, 2007) (Mozingo [et al], 2008)

Estas foram as guidelines por que optámos, apesar da associação de queimados americana e também a europeia terem publicado guidelines mais recentes, no entanto após reunião com o director clinico da urgência, considerámos que estas se enquadram melhor no nosso contexto de trabalho.

## **2- PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO**

Um projecto engloba um conjunto de ações, orientadas para um determinado objectivo, ou seja visa atingir resultados pré definidos. Constitui um instrumento de mudança, com o intuito de alterar um determinado contexto e dar resposta a um problema.

Sendo, o trabalho de projeto, uma atividade com carácter de investigação, que engloba trabalho de pesquisa no terreno, tempo destinado à planificação e intervenção, problemas considerados de interesse pelo participante e com enfoque social. Requer uma interacção permanente entre a teoria e a prática, tendo em conta os recursos e as contingências existentes, engloba a recolha e tratamento de dados, estudos de propostas de solução e requer uma avaliação contínua. (Estudantes do 7º curso de licenciatura em enfermagem, 2010)

O projeto de intervenção em serviço, foi realizado de acordo com a metodologia de projeto, estruturado de acordo com as seguintes fases, diagnóstico da situação, (apêndice 2) planeamento, (apêndice 3) execução, avaliação e divulgação dos resultados. Passaremos a descrever cada uma das fases, assim como o trabalho desenvolvido em cada uma delas.

### **2.1-DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO**

O diagnóstico da situação constitui a etapa inicial da metodologia de projeto, sendo pertinente que o mesmo se realize num período de tempo rápido, de forma a possibilitar uma ação em tempo útil e devidamente aprofundado, de forma a permitir a implementação de medidas pertinentes e resolúveis. (Estudantes do 7º curso de licenciatura em enfermagem, 2010)

Nesta fase, foi identificada uma situação problemática e por sua vez uma necessidade do serviço, onde foi realizada uma análise da situação e um aprofundamento sobre o tema identificado.

A temática sobre o grande queimado, contemplada no plano de ação do serviço e por ser uma área do nosso interesse assim como da restante equipa de enfermagem, surgiu após reflexão, entrevistas informais com os colegas e com a enfermeira responsável, sobre as necessidades do serviço passíveis de intervenção, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes que recorrem ao serviço de urgência do Hospital onde desempenhamos funções.

A admissão de clientes queimados no serviço de urgência (SU), mais especificamente “grande queimado”, não é muito frequente, mas quando ocorre, são situações de gravidade, que carecem de prestação de cuidados urgentes, altamente qualificados. Surge então o problema, ausência de protocolo de cuidados ao grande queimado na sala de emergência do serviço de urgência do referido hospital.

De forma, a aprofundar o tema, considerámos pertinente caracterizar esta problemática.

A gravidade da pessoa queimada advém da multiplicidade orgânica das lesões, sendo o tratamento complexo. A instabilidade hemodinâmica que ocorre nas primeiras horas nestes clientes constitui um dos factores da alta taxa de mortalidade. (Estran, 2003).

*“As queimaduras são dos acidentes mais frequentes, ocorrendo em variadíssimas circunstâncias e em todas as idades. A maioria são lesões minor que decorrem sem grandes complicações. Contudo, algumas podem ser fatais ou potencialmente fatais, pelo que o seu tratamento deve ser correcto e o mais precoce possível pois dele depende não só o resultado funcional e estético como a sobrevivência imediata.”* (Manual da Vmer, 2000, p.160)

Em Portugal não existem ainda muitos estudos nesta área, o único estudo que encontramos, foi realizado por (Silva [et al], 2003) que decorreu entre 1993-1999, foram incluídos no mesmo 14.797 pessoas vítimas de queimaduras admitidas em 91 hospitais portugueses, durante o estudo faleceram 553 pessoas como consequência de lesões por queimaduras.

As queimaduras podem ser classificadas de acordo com o agente agressor, grau de profundidade e gravidade. Podem ser causadas por agentes térmicos, químicos, eléctricos ou radioativos. (Estran, 2003)

De acordo com a área total de superfície queimada, é considerado grande queimado o cliente 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 eléctrica de alta tensão. (Estran, 2003)

O percurso clínico de abordagem ao grande queimado pode dividir-se em 3 fases, ressuscitação, cuidados agudos e reabilitação. (Thelan [et al], 1996) O tratamento inicial ao grande queimado como em outro politraumatizado é crucial nas primeiras 24 horas no qual a fase de ressuscitação tem início após o acidente.

Sendo de extrema importância que os primeiros cuidados prestados ao grande queimado sejam de qualidade e segurança, para tal urge a necessidade de uniformizar procedimentos.

O Hospital onde exercemos funções, abrange 5 concelhos, com uma população estimada em 100 000 habitantes sendo uma grande referência na área da saúde da região Alentejo. Encontra-se geograficamente muito próximo da região de Sines que constitui uma das áreas com maior risco para ocorrência de acidentes graves. Sendo os estabelecimentos do parque industrial português com maior potencialidade para gerar acidentes industriais graves com maior predomínio nas regiões do litoral, particularmente nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto e nos complexos industriais de Estarreja, Barreiro e Sines. (Morgado [et al], sd).

No referido hospital, de acordo com estatística disponível, no ano de 2010 recorreram ao serviço de urgência cerca de 73 clientes vítimas de queimaduras, e no primeiro semestre de 2011 cerca de 23 clientes. No entanto devido a especificidades informáticas, não foi possível identificar quais os tipos de queimaduras e a sua gravidade.

Por ser uma área do nosso interesse e também em consonância com a Enfermeira responsável do serviço, considerámos importante uniformizar procedimentos de forma a contribuir para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e com maior segurança quer para os clientes quer para os enfermeiros. Pretendemos abordar o grande queimado em contexto de sala de emergência independentemente da etiologia da queimadura, sejam agentes químicos, térmicos e elétricos devido á proximidade do hospital com a área industrial.

### **2.1.1-Definição do problema**

Ausência de protocolo de cuidados ao grande queimado (adulto) no serviço de urgência do HLA.

### **2.1.2-Análise do problema**

*“As lesões por queimaduras são, sob diversos aspetos, a pior de todas as tragédias que uma pessoa pode experimentar. Uma queimadura intensa é acompanhada de um esmagador traumatismo no doente, tanto físico como psicológico, e é catastrófica, em custos e em sofrimento para a família envolvida.”* (Phipps [et al],1997)

Uma prestação de cuidados de qualidade ao grande queimado em sala de emergência assume extrema importância na medida em que a primeira abordagem deve ser o mais precoce possível, pois desta depende a sobrevivência e possíveis sequelas. A inexistência de um protocolo de cuidados ao grande queimado no serviço de urgência onde desempenhamos funções contribui para que a prestação de cuidados a estes clientes não esteja uniformizada. Sendo nosso objectivo contribuir “...para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.” (Ordem dos enfermeiros, 2002, p.15)

Para conhecer a opinião de toda a equipa acerca da pertinência deste tema, sentimos necessidade de recorrer ao instrumento de diagnóstico, questionário. De acordo com Fortin (1999), um questionário permite organizar, normalizar e controlar os dados, para que as informações procuradas sejam recolhidas de uma forma rigorosa.

Foram aplicados 29 questionários (Apêndice 4), no período de 05/10/11 a 21/10/11 á equipa de enfermagem do serviço de urgência onde desempenhamos funções, não foi possível aplicar a toda a equipa por se encontrarem 4 colegas de férias, não tendo sido também aplicado á autora do projecto. A aplicação destes questionários teve também como objetivo não só conhecer a opinião mas também envolver a equipa, pois qualquer projeto realizado, só terá sucesso se a equipa estiver motivada e envolvida no mesmo. O questionário está estruturado em 5 questões fechadas e 1 aberta (sugestões), foi utilizada uma escala de likert adaptada com 4 itens, para as questões fechadas. Como resultado da análise aos respectivos questionários surge o seguinte gráfico.

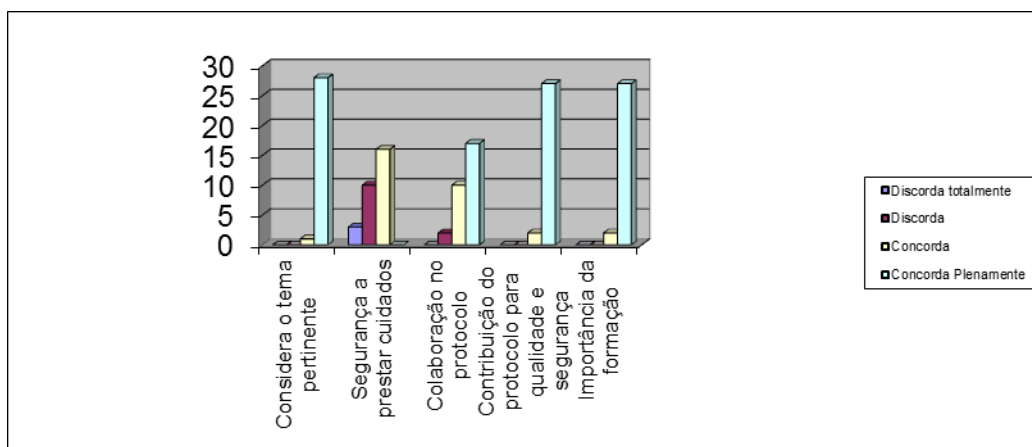


Gráfico nº1 - Análise dos questionários

No que respeita á questão (considera o tema pertinente?), 29 (100 %) dos enfermeiros consideram o tema pertinente. Relativamente à questão (sente

segurança a prestar cuidados ao cliente queimado em contexto de sala de emergência?) 13 enfermeiros ou seja 44,8 % referem não sentir segurança na prestação de cuidados e 55 % dos mesmos referem sentir segurança.

No que concerne á questão (Estaria disposto(a) a colaborar na elaboração de um protocolo nesta área, 27 dos enfermeiros ou seja 93 % referem que estariam dispostos a colaborar.

No que respeita á questão (Considera que a elaboração de um protocolo irá contribuir para uma prestação de cuidados com maior qualidade e segurança para o cliente queimado?) vinte e nove dos enfermeiros ou seja 100 % dos enfermeiros consideram que a elaboração de um protocolo irá contribuir para aumentar a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Na questão (Considera importante efectuar formação nesta área?) 29 enfermeiros (100%) consideram que sim.

Quanto a sugestões, apenas 4 enfermeiros sugeriram efectuar formação e 1 dos enfermeiros sugeriu a realização de simulacros.

### **2.1.3 – Fmea (failure mode and effect analysis)**

Ainda no decorrer da fase de diagnóstico, de forma a acautelar algumas falhas, foi aplicada uma ferramenta de gestão a análise FMEA (Failure Mode and Effect Analysis)( apêndice 5 ). A FMEA é uma metodologia que possibilita avaliar e minimizar riscos através da análise de possíveis falhas (determinação da causa, efeito e risco de cada tipo de falha e planear ações para aumentar a confiabilidade. (Pires,1999) É um documento passível de ser alterado sempre que ocorram alterações no processo de forma a permitir a inclusão de falhas não previstas até então. De acordo com (Chiozza e Ponzetti, 2009), a análise FMEA permite uma sequência lógica e sistemática de analisar os riscos:

- Identificar modos de falha conhecidos e potenciais para cada etapa;
- Determinar o efeito potencial de cada modo de falha;
- Ranking da gravidade dos efeitos do modo de falha;
- Ranking da probabilidade e detetabilidade de cada modo de falha;

- Identificar as áreas de maior preocupação (modos de falha críticos);
- Avaliar o potencial de risco de cada modo de falha e definir medidas para redução do risco de falha.

Para avaliar os riscos e as prioridades de ação são definidos índices de gravidade (G), Ocorrência (O) e Detecção (D) para cada causa de falha. A prioridade de intervenção será consoante o valor de NPR (GxOxD) e deverá ser direccionada para as etapas cujo valor ultrapasse 100.

Em seguida iremos analisar os resultados obtidos no quadro FMEA, de forma a concluir quais as prioridades de acção, assim como as medidas correctivas obedecendo á ordem por RPN mais elevado:

- Com maior valor de RPN de 384, temos a etapa, efetuar pedido de autorização ao conselho de administração (CA) para aplicação de questionários e desenvolvimento do projeto. Esta etapa, poderia comprometer todo o processo, caso o conselho de administração não autorizasse a realização do projeto. Como ação temos a elaboração e pedido de autorização através de carta ao CA a explicitar o projeto e Entrevista com o Enfermeiro director para apresentação do projecto.
- Com um valor de RPN de 294 temos a etapa, conhecer a opinião dos enfermeiros do SU sobre a pertinência do tema do projecto. Crucial para a elaboração deste projecto conhecer a opinião da equipa de enfermagem sobre a pertinência do tema, pois não valeria a pena estar a trabalhar num projeto cujo tema não fosse pertinente para a equipa. Como ação foram aplicados questionários aos enfermeiros do SU.
- Com um valor de RPN de 252, temos a etapa, envolver a equipa de enfermagem no projecto, para um projecto ser bem-sucedido há que envolver todos os intervenientes no processo. Como ação, temos apresentar o projecto á equipa, entrevistas informais aos colegas e aplicação de questionários, com o objetivo de que a equipa sinta que este projeto é de toda a equipa e que a opinião de todos é válida e importante para o desenvolvimento do mesmo.

- Com um valor de RPN de 150, temos a etapa, aprofundamento de conhecimentos sobre queimaduras, etapa também crucial para o projecto, como ação a desenvolver referimos pesquisa bibliográfica e pesquisa em bases de dados para obter conhecimentos atuais, pertinentes, válidos e baseados na evidência.
- Com um valor de RPN de 72, temos a etapa , consulta de dados acerca do nº de clientes admitidos no Serviço de urgência (SU) por queimaduras (por gravidade) no ano de 2010 e 1º semestre de 2011. Nesta etapa o RPN é inferior a 100, uma vez que consideramos que esta etapa não compromete o projeto. Como ações temos, pedido ao serviço de estatística para fornecimento de dados, discriminando a gravidade dos clientes admitidos no SU por queimaduras no ano de 2010 e primeiro semestre de 2011 e incentivar o registo correto em livro de registos existente na sala de emergência.

#### **2.1.4- Problemas parcelares**

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:

- Déficit de conhecimentos sobre queimaduras;
- Inexistência de dados que discriminem a gravidade dos clientes admitidos no serviço de urgência no ano de 2010 e 1º semestre de 2011;
- Desconhecimento da opinião da equipa acerca da pertinência do tema do projeto;
- Ausência na uniformização dos cuidados prestados ao grande queimado em Sala de Emergência;
- Inexistência de protocolo de cuidados ao grande queimado;

- Deficit de conhecimentos da equipa de enfermagem do su sobre cuidados ao grande queimado.

### **2.1.5- Determinação de prioridades**

Após a definição dos problemas parcelares, definimos as nossas prioridades de intervenção no projeto, atendendo aos resultados obtidos na fmea, de forma a dar primazia às ações que consideramos prioritárias. Pelo que, foram determinadas as seguintes prioridades:

- Pedido de autorização ao conselho de administração para aplicação de questionários e desenvolvimento do projeto;
- Conhecimento da opinião dos enfermeiros acerca do projeto através da aplicação de questionários;
- Envolvimento da equipa de enfermagem no projeto;
- Aprofundamento de conhecimentos através de pesquisa bibliográfica e pesquisa em bases de dados sobre queimaduras;
- Conhecimento do número de clientes admitidos por queimaduras (mais especificamente grande queimado) no serviço de urgência do HLA no ano de 2010 e primeiro semestre de 2011;

### **2.1.6- Objetivo geral**

A realização deste projeto, uniformização dos cuidados ao grande queimado, tem como objetivo geral:

- Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao grande queimado (Adulto) na sala de emergência do serviço de urgência do hospital onde desempenhamos funções.

Perante a necessidade de dar resposta ao objectivo geral, foram traçados vários objectivos específicos, os quais devem ser exequíveis no espaço temporal existente concretizáveis através de acções, assim passaremos a identificar os mesmos.

#### **2.1.6.1- Objectivos específicos**

- Aprofundar conhecimentos através de pesquisa bibliográfica e em bases de dados sobre queimaduras;
- Conhecer a realidade do HLA sobre o número de clientes admitidos no SU por queimaduras graves, através da consulta de livro existente (desde Julho de 2011) na sala de emergência do HLA;
- Conhecer a opinião da equipa do serviço de urgência do HLA através da aplicação de questionários;
- Envolver a equipa do serviço de urgência do HLA desde o início do projecto;
- Criar protocolo de cuidados ao grande queimado admitido no serviço de urgência do HLA;
- Implementar protocolo de cuidados ao grande queimado no serviço de urgência do HLA EPE.

## 2.2-PLANEAMENTO

Para dar resposta ao problema identificado, indo ao encontro ao objectivo Geral e de forma a dar resposta a cada objectivo específico, foram planeadas várias atividades assim como critérios de avaliação.

### **Objectivo específico 1: Aprofundar conhecimentos sobre cuidados ao grande queimado;**

➤ Atividades a desenvolver

- Efetuar pesquisa bibliográfica e em bases de dados sobre queimaduras;
- Elaboração de um dossier temático sobre cuidados ao grande queimado;

➤ Critérios de avaliação

- Atualização de conhecimentos;
- Dossier temático elaborado;

### **Objetivo específico 2: Conhecer a realidade do HLA EPE sobre o número de clientes admitidos no serviço de urgência por queimaduras graves;**

➤ Atividades a desenvolver:

- Consulta em livro de registos existente na sala de emergência desde julho de 2011;
- Consulta processual através do sistema alert de clientes admitidos no SU (serviço de urgência) no ano de 2010 e primeiro semestre de 2011;

➤ Critérios de avaliação

- Apresentação de estatística do número de clientes queimados admitidos no serviço de urgência no ano de 2010 e primeiro semestre de 2011;
- Livro de registos existente na sala de emergência;

**Objetivo específico 3: Conhecer a opinião da equipa de enfermagem do serviço de urgência do HLA EPE acerca do projeto em questão;**

➤ Atividades a desenvolver:

- Reunião com a Enfermeira responsável do SU;
- Reunião com o Enfermeiro director para apresentação do projeto;
- Reunião com o diretor do serviço de urgência;
- Pedido de autorização ao conselho de administração para aplicação de questionários; (Apêndice 6)
- Elaboração de questionário para aplicação á Equipa de Enfermagem do su do HLA;
- Aplicação de questionários á equipa de enfermagem do serviço de urgência do HLA EPE;

➤ Critérios de avaliação

- Parecer positivo dos Enfermeiro director e Enfermeira responsável do SU;
- Autorização do conselho de administração para aplicação de questionários (Anexo 1);
- Apresentação estatística dos dados obtidos nos questionários aplicados na fase de diagnóstico da situação;

**Objetivo específico 4: Envolver a equipa de enfermagem do serviço de urgência do HLA EPE no projeto em questão;**

➤ Atividades a desenvolver:

- Reuniões informais com a equipa para divulgação do projeto;
- Aplicação de questionários á equipa de enfermagem do serviço de urgência do HLA EPE (já efectuado);
- Disponibilização de um dossier temático na sala de emergência que contenha toda a informação recolhida;
- Elaboração de póster que contemple protocolo de cuidados ao grande queimado;
- Planeamento da sessão de formação;
- Divulgação da sessão de formação;
- Sessão de formação sobre cuidados ao grande queimado e divulgação do projeto com apresentação do protocolo;
- Avaliação da sessão de formação;

➤ Critérios de avaliação

- Consulta do dossier temático por pelo menos 10 % dos enfermeiros
- Que pelo menos 80 % dos enfermeiros tenham conhecimento da sessão de formação a realizar;
- Presença de pelo menos 15% dos enfermeiros do serviço de urgência na formação realizada;

- Análise da estatística obtida no preenchimento da avaliação da sessão pelos formandos;

**Objetivo específico 5: Criar protocolo de cuidados ao grande queimado admitido no serviço de urgência do HLA EPE;**

➤ Atividades a desenvolver

- Consulta de guidelines internacionais sobre cuidados ao grande queimado em contexto de sala de emergência;
- Elaboração de protocolo;
- Reunir com peritos na área de forma a obter o seu parecer sobre o mesmo;
- Envio de protocolo ao conselho de administração para homologação;
- Elaboração de check list de procedimentos;

➤ Critérios de avaliação

- Check list de procedimentos de atuação ao grande queimado;
- Homologação de protocolo;
- Dossier temático existente na sala de emergência do SU do HLA EPE;
- Questionar aleatoriamente 10 % dos enfermeiros com 5 questões acerca do protocolo em questão e que saibam responder a pelo menos 3 das questões;
- Avaliação do questionário aplicado no final da sessão de formação;

## **Objetivo específico 6: Implementar protocolo de cuidados ao grande queimado no serviço de urgência do HLA EPE**

### ➤ Atividades a desenvolver:

- Divulgação do protocolo através de sessão de formação á equipa de enfermagem (já realizada);
- Disponibilização de protocolo no dossier temático na sala de emergência;
- Afixação de póster na sala de emergência;
- Disponibilização de check list de procedimentos em dossier junto ao protocolo, de forma a minimizar eventuais falhas na execução do protocolo;
- Prestação de cuidados ao grande queimado de acordo com o instituído em protocolo;

### ➤ Critérios de avaliação

- Avaliação do preenchimento de check list aquando da admissão de grandes queimados na SE;
- Avaliação do questionário aplicado no final da sessão de formação.
- Questionar aleatoriamente 10 % dos enfermeiros com 5 questões acerca do protocolo em questão e que saibam responder a pelo menos 3 das questões

Ainda na fase de planeamento, foram elaborados cronograma, previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar que se encontram descritos no mapa de planeamento.

### **2.2.1- Cronograma de atividades**

Um cronograma de actividades, auxilia-nos enquanto orientação em termos de tempo, para cumprir os “timings” estipulados. O que realizámos inicialmente foi de acordo com os objectivos específicos delineados, posteriormente, sentimos necessidade de o elaborar de acordo com as actividades a desenvolver, motivo pelo qual foi alterado.

Elaborámos, um cronograma final (Apêndice 7), ao efectuar a análise do mesmo em termos de timing, podemos constatar que as actividades cujos tempos não foram cumpridos de acordo com o estipulado, foram:

- ✓ Criar protocolo, de acordo com o tempo estipulado, tinha sido prevista a sua realização nos meses de Março e Abril de 2012 e prolongou-se até Maio;
- ✓ Planeamento e Divulgação da sessão de formação, previstos para Abril e Maio, tendo os mesmos sido realizados em Junho de 2012;
- ✓ Reunir com peritos, planeada para Abril e foi realizada no decorrer do mês de Maio;

Os timings não foram cumpridos, por motivos de escassez de tempo, em virtude da carga horária escolar, que engloba o período de estágio e aulas e a carga horária laboral. No entanto, não considerámos esta situação problemática, uma vez que não impossibilitou que os objetivos fossem cumpridos. Sendo este processo dinâmico, foram efetuadas as respetivas alterações em termos de cronograma.

## 2.3- EXECUÇÃO

No estágio III, desenvolvemos o que estava planeado, ou seja na fase de execução foi materializado o planeado.

Considerámos, esta a fase mais trabalhosa, no que concerne ao nosso projeto, no entanto também a de maior interesse e gratificação. Segundo Nogueira (2005), quanto maior o interesse, maior será o processo de pesquisa, experimentação, descoberta e conseqüentemente a potencialização das diversas competências.

Passaremos em seguida a analisar de acordo com cada objectivo específico e consoante as actividades delineadas no planeamento, a efectuar a análise do executado.

### **Objectivo específico 1: Aprofundar conhecimentos sobre cuidados ao grande queimado;**

#### ➤ Actividades desenvolvidas

- Efetuamos pesquisa bibliográfica e em bases de dados sobre queimaduras;

Esta pesquisa foi efetuada em sites internacionais na área dos queimados, como american burn association, european burn association de forma a assegurar que a informação seria a mais atual e fidedigna possível. Para a pesquisa na B-on tivemos a colaboração da bibliotecária da instituição que nos efetuou pesquisa de artigos científicos, constituindo-se como um importante recurso neste processo de pesquisa.

- Elaboração de um dossier temático sobre cuidados ao grande queimado;  
Toda a informação recolhida, foi compilada e foi elaborado um dossier temático que foi colocado no serviço, para que os profissionais do serviço o possam consultar quando necessário.

➤ Critérios de avaliação

- Atualização de conhecimentos;
- Dossier temático elaborado.

**Objetivo específico 2: Conhecer a realidade do HLA EPE sobre o número de clientes admitidos no serviço de urgência por queimaduras graves;**

➤ Actividades a desenvolver:

- Consultámos o livro de registos existente na sala de emergência desde julho de 2011;  
Durante o período de execução do projeto, não houve admissão de grandes queimados no referido serviço.
- Efetuámos consulta processual através do sistema alert de clientes admitidos no serviço de urgência no ano de 2010 e primeiro semestre de 2011;

➤ Critérios de avaliação

- Apresentação de estatística do número de clientes queimados admitidos no serviço de urgência no ano de 2010 e primeiro semestre de 2011;
- Livro de registos existente na sala de emergência;

**Objetivo específico 3: Conhecer a opinião da equipa de enfermagem do serviço de urgência do HLA EPE acerca do projeto em questão;**

➤ Actividades a desenvolver:

- Efetuámos reunião com a Enfermeira responsável do SU;

Na fase de execução, a enfermeira responsável, foi informada e consultada sempre que necessário no decorrer de todo o processo;

- Efetuámos reunião com o Enfermeiro diretor para apresentação do projeto;
- Reunião com o diretor do serviço de urgência;

O mesmo foi consultado no âmbito do protocolo realizado, e deu os seus contributos e sugestões para o mesmo.

- Pedido de autorização ao conselho de administração para aplicação de questionários;
- Elaboração de questionários para aplicação á Equipa de Enfermagem do su do HLA;
- Aplicação de questionários à equipa de enfermagem do serviço de urgência do HLA EPE;

➤ Critérios de avaliação

- Parecer positivo dos Enfermeiro diretor e Enfermeira responsável do SU;
- Autorização do conselho de administração para aplicação de questionários (Anexo I);
- Apresentação estatística dos dados obtidos nos questionários aplicados na fase de diagnóstico da situação;

**No que respeita ao objectivo 4: Envolver a equipa de enfermagem do serviço de urgência do HLA EPE no projecto em questão;**

➤ Atividades a desenvolver:

- Reuniões informais com a equipa para divulgação do projeto;

Estas reuniões ocorreram em momentos informais, foram dadas sugestões pelos elementos da equipa, para a elaboração quer do protocolo quer relativamente a outros aspetos relacionados com o projeto.

- Aplicação de questionários à equipa de enfermagem do serviço de urgência do HLA EPE (já efetuado);
- Disponibilização de um dossier temático na sala de emergência que contenha toda a informação recolhida;

Foi colocado dossier temático (com a compilação de todo o material recolhido em pesquisa bibliográfica, artigos, guidelines consultadas) no serviço, de forma a possibilitar a consulta por todos os elementos do serviço.

- Elaboração de póster que contemple protocolo de cuidados ao grande queimado; (Apêndice 10)

Foi elaborado este póster, no entanto não foi afixado na sala de emergência, tal como tínhamos planeado, uma vez que o espaço não permitia, a sala encontra-se já com muitos pósters afixados na mesma. Por sugestão da enfermeira responsável e de alguns colegas do serviço, o póster ficou em formato A4 e colocado junto ao protocolo, de forma a permitir uma consulta rápida em situação de emergência.

- Planeamento da sessão de formação;

Para o planeamento da mesma, foram escolhidos o dia e o horário, em função das disponibilidades dos elementos da equipa, uma vez que se encontram muitos colegas em formação e também de acordo com a disponibilidade da enfermeira responsável do serviço. Foi efectuado o respetivo plano da sessão (Apêndice 11), e a apresentação da mesma (Apêndice 12) e enviados á professora orientadora.

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 sessão de formação;

A divulgação foi efectuada através de panfleto informativo (Apêndice 13), colocado na sala de pausa.

- Sessão de formação sobre cuidados ao grande queimado e divulgação do projeto com apresentação do protocolo; (Anexo 4)

Consideramos que através da sessão de formação realizada foram atingidos os objectivos a que nos tínhamos proposto, nomeadamente foi apresentado o protocolo de cuidados ao grande queimado, os colegas presentes foram bastante participativos, esclareceram dúvidas, tendo a formação constituído um momento de partilha e de aprendizagem para todos os participantes.

Na sessão, divulgámos ainda os resultados dos questionários aplicados, pois consideramos importante que os resultados dos mesmos sejam divulgados á equipa.

A formação em serviço, assume um papel preponderante em Enfermagem. O referido na legislação no Decreto Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, que designa que *“A natureza da profissão de enfermagem e as características do seu exercício fazem com que se deva privilegiar a formação em serviço como forma de manter actualizados, aprofundar e desenvolver os conhecimentos adquiridos nos cursos básicos e pós-básicos de enfermagem, prevendo-se nesta carreira mecanismos que favoreçam e permitam concretizar este tipo de formação contínua.”* Na qual o enfermeiro especialista assume um papel fundamental na área da formação em serviço, pelo que mobilizámos a competência comum, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

- Avaliação da sessão de formação;

Foram elaborados questionários com questões relativas aos conteúdos da sessão para cada formando preencher no final da sessão, de forma a avaliar se os conteúdos foram adquiridos. (Apêndice 14)

Para efetuar uma análise sobre a sessão realizada, os dados foram tratados, e serão apresentados com recurso a gráficos.

Como podemos observar no gráfico nº2 responderam ao questionário aplicado, os 16 formandos presentes na sessão. Das questões colocadas no questionário apenas 1 formando errou 1 questão.

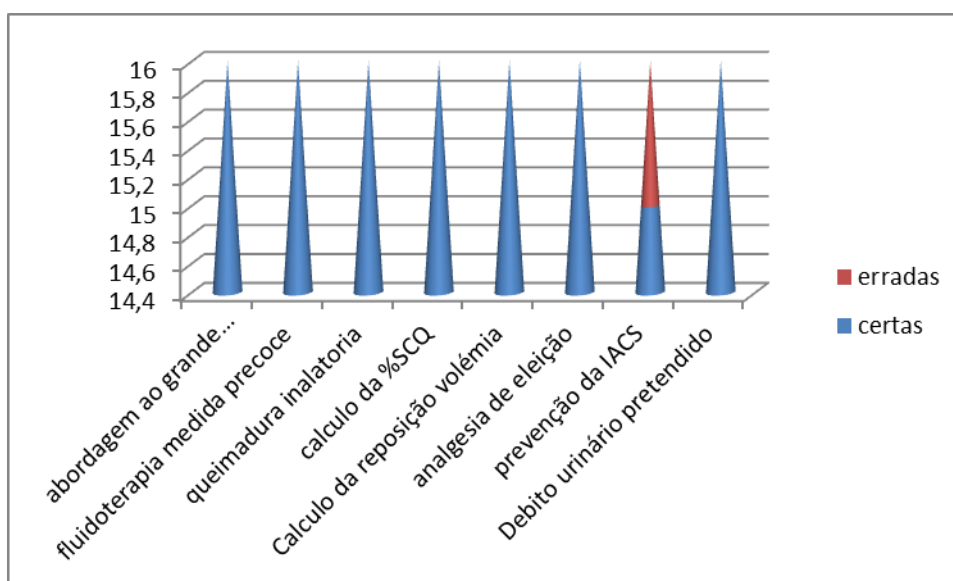


Gráfico nº2 - Avaliação dos conteúdos da sessão de formação

No final da sessão, os formandos efetuaram uma avaliação da sessão pelo preenchimento do questionário institucional, facultado pelo centro de formação. (Anexo V)

Como podemos observar no gráfico seguinte, nesta sessão de formação, estiveram presentes 14 enfermeiros e 2 alunas de licenciatura em enfermagem, que se encontravam a realizar estágio no serviço, à data da formação. Esta sessão de formação foi dirigida também para médicos, no entanto apenas compareceram na mesma enfermeiros, o que consideramos como uma lacuna, uma vez que o protocolo é multidisciplinar, como estratégia utilizada, temos efetuado divulgação do protocolo a título informal.

Quanto ao sexo dos formandos, maioritariamente eram do sexo feminino (90%), o que vai ao encontro à Enfermagem ser uma profissão maioritariamente deste sexo, e a faixa etária dominante com idades compreendidas entre 20-30 anos (60 %) tal como podemos observar no gráfico seguinte destacado pela cor azul, uma vez que se trata de uma equipa jovem.

Podemos ainda verificar no gráfico seguinte quanto a habilitações académicas, que 14 dos formandos, ou seja cerca de 90 % são licenciados em Enfermagem e 2 (10%) dos formandos são alunos de licenciatura em Enfermagem, a realizar estágio no serviço em questão.

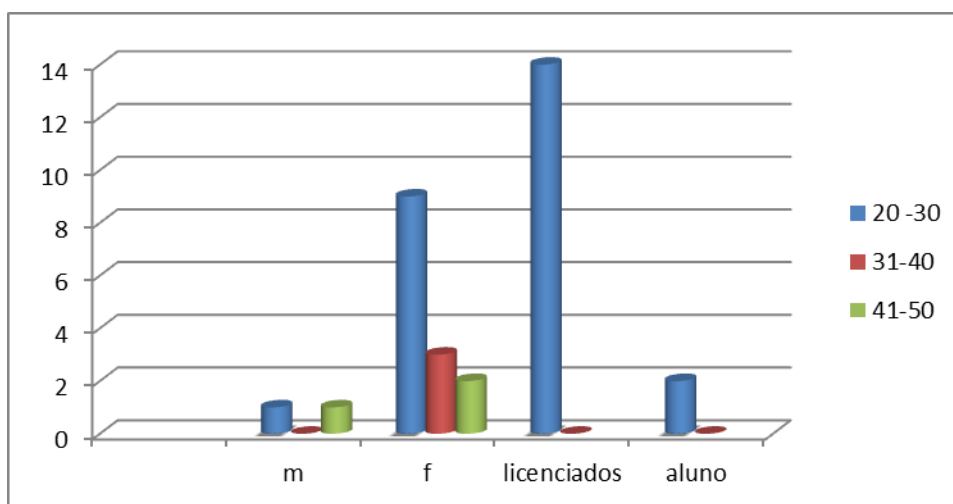


Gráfico nº3 -Caraterização dos formandos quanto ao sexo, idade e habilitações académicas.

Ainda no mesmo questionário, foi avaliado em termos gerais se a sessão correspondeu às expetativas, o próximo gráfico evidencia, a opinião dos formandos quanto á sessão.

Sendo que 13 formandos ou seja, cerca de 80%, consideraram que os objetivos do programa responderam totalmente às expetativas e 2 dos formandos, cerca de 10% consideraram que correspondeu muito ás expetativas, 1 dos formandos não respondeu.

LEGENDA:

Nada	Em parte	Muito	Totalmente	Sem resposta
1	2	3	4	

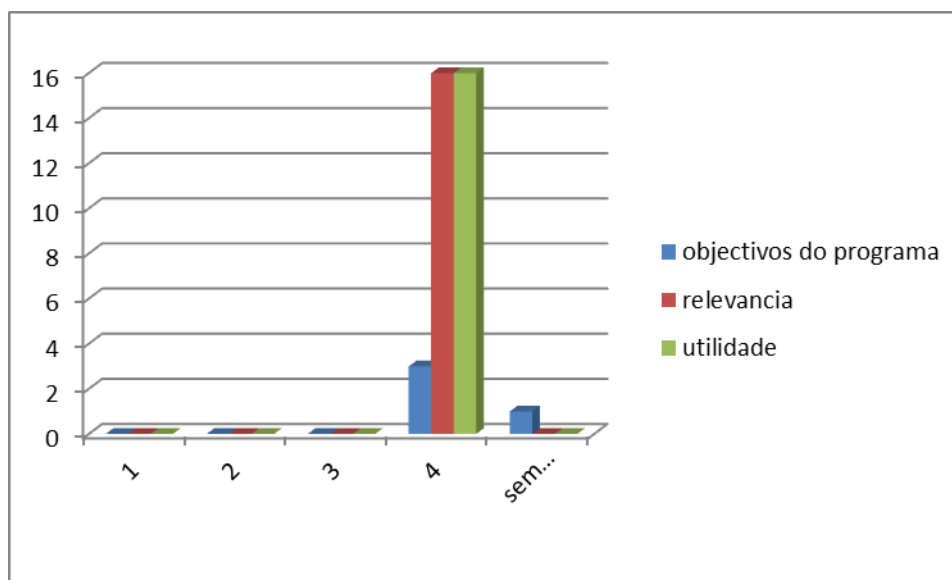


Gráfico nº 4 - Opinião dos formandos quanto ao Interesse da sessão

O gráfico seguinte expõe, a opinião dos formandos sobre a sessão, sendo de salientar o desempenho global do formador considerada como tendo correspondido totalmente às expectativas por 16 (100 %) dos formandos.

O relacionamento entre participantes foi considerado como tendo correspondido totalmente às expectativas por 15 formandos ou seja, cerca de 95%. Quanto aos equipamentos de apoio, ao conteúdo do curso e às instalações e ao espaço de formação, 80% referiram como tendo correspondido totalmente às expectativas.

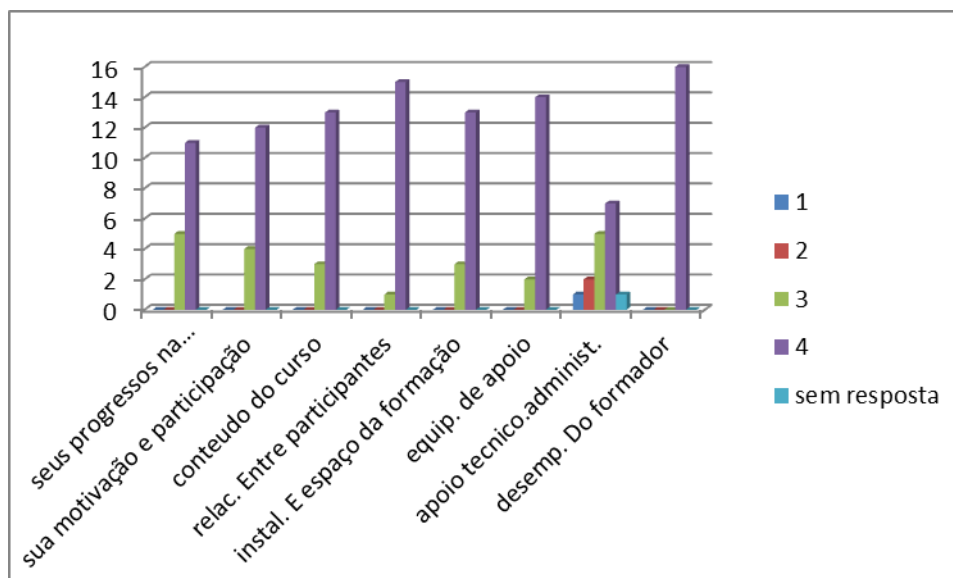


Gráfico n.º 5 - Avaliação da sessão de acordo com a opinião dos formandos

➤ Critérios de avaliação

- Que pelo menos 80 % dos enfermeiros tenham conhecimento da sessão de formação a realizar;

Este critério de avaliação foi atingido, uma vez que apenas dois enfermeiros da equipa se encontravam de férias no decorrer da sessão, logo 92 % dos enfermeiros tiveram conhecimento da sessão de formação.

- Presença de pelo menos 15% dos enfermeiros do serviço de urgência na formação realizada;

Estiveram presentes na sessão de formação, 14 enfermeiros e 2 alunas de licenciatura em enfermagem. A equipa é constituída por 30 enfermeiros, sendo que 40 % assistiram á formação.

- Análise da estatística obtida no preenchimento da avaliação da sessão pelos formandos;

Dos formandos presentes, todos efectuaram o preenchimento da avaliação da sessão.

## **Objetivo específico 5: Criar protocolo de cuidados ao grande queimado admitido no serviço de urgência do HLA EPE;**

### ➤ Atividades a desenvolver

- Consultámos guidelines internacionais sobre cuidados ao grande queimado em contexto de sala de emergência;

Esta pesquisa foi efectuada em sites internacionais na área dos queimados, como american burn association, de forma a assegurar que a informação seria a mais atual e fidedigna possível.

Enviámos e-mail para a associação americana de queimados, de forma a solicitar informação, como resposta, foram sugeridos links de pesquisa, que já tínhamos consultado.

- Elaboração de protocolo; (Apêndice 8)

O protocolo elaborado, foi de acordo com o modelo que contém regras para elaboração de normas de procedimentos e normas regulamentares em vigor na instituição. (Anexo II)

No protocolo, começamos por fundamentar o tema, para o qual referenciamos estudos e bibliografia consultada.

Em seguida, é constituído por uma parte mais teórica, na qual se enquadram algumas definições que considerámos pertinentes, para as quais nos baseámos em bibliografia, como o livro PHTLS, que enquadra conteúdos científicos, certificados pelo American College of Surgeons e a National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). Do protocolo consta ainda uma componente mais descritiva em que fundamentamos a abordagem ao grande queimado no Su, baseada em estudos, bibliografia e guidelines internacionais.

Um dos aspetos referidos no protocolo é o método para cálculo da ASCQ, sendo o método de eleição a regra dos nove, referida em todas as guidelines consultadas.

A fluidoterapia constitui-se como fulcral na abordagem ao grande queimado, pelo que após a pesquisa efetuada, concluímos que a fórmula de parkland é o método de eleição a utilizar referenciado pelo Burn Resource Manual (2010), ABA (American Burn Association) referenciado em (Ahrenholz [et al], 2001), Guidelines for Early Care and Transfer of Burn Patients (2003), European Practice Guidelines for Burn Care (2011), a última guideline refere que existe evidência em vários estudos no que refere á fluidoterapia na ressuscitação do grande queimado, onde refere a regra dos nove para cálculo de ASCQ e a fórmula de parkland para cálculo de reposição hidrica, no entanto não refere qual o grau de evidência.

No que concerne ao tratamento das queimaduras, de acordo com a guideline do grupo da nova zelândia, que se intitula Management of Burns and Scalds in Primary Care, existe grau de evidência C de que não se devem aplicar cremes tópicos, pois podem interferir com a avaliação posterior. O mesmo é referenciado pela guideline, NSW Severe Burn Injury Service (2008), onde é referido que pode aplicar-se material não aderente como a gaze gorda.

Na guideline European Practice Guidelines for Burn Care (2011), é referida evidência, no que consiste em lavar as queimaduras com solução salina ou água estéril, referem ainda que o uso de desinfetantes podem provocar reações alérgicas. Pelo que optámos por referir no protocolo que as queimaduras devem lavar se com soro fisiológico.

No protocolo, fazemos referência a especificidades de tratamento, uma vez que abordamos as queimaduras térmicas, químicas e eléctricas.

No que concerne às queimaduras químicas, referimos a abordagem geral para tratamento de queimaduras químicas e com especificidade de tratamento, referimos a queimadura por ácido fluorídrico, por ser a que é referida na maioria das guidelines consultadas e artigos. Na guideline do grupo da nova zelândia é

feita referência á evidência de lavagem abundante com água e aplicação de gel de gluconato de cálcio a 2,5 % ou injeção subcutânea no local da queimadura. Uma vez que não existe este preparado no serviço de urgência, justificámos à responsável do serviço a necessidade de existir este preparado. Pelo que ficou acordado com a Enfermeira responsável e responsável dos serviços farmacêuticos que quando ocorresse uma situação de queimadura com ácido fluorídrico, após solicitação à farmácia, seria efetuada a preparação já referida.

Ainda referente a queimaduras químicas oculares, existe evidência grau C, que todas as queimaduras químicas oculares significativas devem ser referenciadas para oftalmologia.

No que se refere aos cuidados à pessoa vítima de queimadura elétrica, existe evidência grau C para monitorização cardíaca. (Management of Burns and Scalds in Primary Care,2007)

Outro aspeto de grande relevância abordado no protocolo, reporta-se à avaliação e controlo da dor.

Baseámo-nos na guideline, European Practice Guidelines for Burn Care (2011), que refere a pertinência da utilização de escalas de dor já validadas e também na opinião da perita que consultámos. A escala que optámos por utilizar é a escala já utilizada no serviço, a EVA (Escala Visual Analógica). Para o controle da dor como medidas farmacológicas referidas no protocolo, considerámos como analgesia :

- Administração de analgesia
- Paracetamol ev e anti-inflamatórios não esteróides
- Morfina 2 mg ev, repetir se necessário de 5 em 5 minutos até 0,2 mg /Kg

A mesma é referida na guideline do grupo da nova zelândia, classificada com grau de evidência C.

Considerámos ainda importante, abordar medidas não farmacológicas também com evidência baseada na opinião de peritos, descrito ainda na guideline acima referida, tais como arrefecer a queimadura.

Outro aspeto referido no protocolo, bastante relevante sugerido pela perita consultada, é o aspeto do acolhimento da pessoa queimada e família.

Ao nível de guidelines e de consulta de artigos, não existe muita referência a este aspeto no entanto, considerámos que o mesmo é fulcral.

Na guideline European Practice Guidelines for Burn Care (2011), é feita alusão á necessidade de cuidados de enfermagem de forma holística. Referimos a comunicação como instrumento fundamental para uma abordagem holística na relação enfermeiro/cliente.

A construção do protocolo de cuidados ao grande queimado teve com base uma pesquisa bibliográfica exaustiva, em bases de dados e uma consulta de guidelines internacionais sobre a temática, opinião dos pares e peritos. Pelo que temos como atividade:

- Reunir com peritos na área de forma a obter o seu parecer sobre o mesmo;

Foram efectuadas reuniões com uma perita na área (enfermeira com experiência profissional de 10 anos numa unidade de queimados). Enquanto perita na área deu o seu contributo através de sugestões de melhoria.

Sendo perita, aquela que não se baseia, apenas em regras e indicações. A perita baseia as suas acções na experiência, gere situações complexas de uma forma admirável. Obtém reconhecimento dos colegas e dos doentes. A perita descreve situações clínicas, nas quais a sua intervenção foi notória, dando visibilidade e reconhecimento da sua perícia. (Benner, 2001)

Do protocolo elaborado, consta no final a abordagem ao grande queimado de forma mais sucinta de acordo com o pesquisado em guidelines internacionais de forma a ser mais fácil a sua consulta em situação de emergência. As sugestões referidas pela perita consultada foram as seguintes:

- ❖ Correções de algumas terminologias;
- ❖ Incluir queimadura inalatória na abordagem da via aérea;

- ❖ Inclusão de avaliação e registo da dor;
- ❖ Inclusão de aspetos relativos ao controlo de infeção;
- ❖ Realização do penso do grande queimado (lavagem das feridas com soro fisiológico e penso gordo, uma vez que a aplicação de tópicos nas queimaduras, irá dificultar a correta avaliação das mesmas pelo cirurgião plástico na unidade de queimados);
- ❖ Importância de referir o acolhimento do grande queimado na sala de emergência;

As sugestões referidas foram incorporadas no protocolo.

- Elaboração de check list de procedimentos;

Foi elaborada uma check list de procedimentos que contempla os principais aspectos do protocolo de cuidados ao grande queimado. (Apêndice 9) de forma a assegurar que os aspectos mais relevantes, são cumpridos. Sendo a utilização de uma check-list uma forma de aumentar a segurança e minimizar o erro.

- Envio de protocolo ao coordenador do serviço de urgência, enfermeira responsável do mesmo e colegas através de e-mail de forma a darem as suas sugestões;

Após a sua elaboração, o mesmo foi enviado por mail a todos os colegas do serviço de urgência, conselho de administração, enfermeira responsável e director do serviço de urgência, de forma, a que fossem dados contributos de melhoria no protocolo e de forma a obter validação pelos pares. As alterações sugeridas pelos colegas, foram apenas em relação ao objectivo geral, não se encontrava bem explicita a fase do ciclo vital, a qual se reporta á fase adulta, uma vez que no serviço, também existe serviço de urgência pediátrico. Alteração que foi incluída no protocolo.

Para a construção do referido protocolo, tivemos ainda a colaboração do director do serviço de urgência, uma vez que este protocolo é multidisciplinar.

O protocolo foi revisto pelo enfermeiro e professora orientadores e incorporadas as respectivas sugestões e correções no mesmo.

- Envio de protocolo ao Conselho de Administração para Homologação

Foi enviado ao conselho de administração para homologação, esta constituiu uma etapa de grande constrangimento, uma vez que a presidente do conselho de administração nos enviou e-mail a referir que considerava que o protocolo não era pertinente, uma vez que os grandes queimados ou eram helitransportados ou eram trazidos pela vmer e que não existia unidade de queimados no nosso hospital, que apenas poderíamos necessitar de protocolo para a prestação de cuidados até á transferência. Pelo que enviámos e-mail a esclarecer que o intuito do protocolo será no que respeita aos cuidados aos grandes queimados na sala de emergência até ao transporte para a unidade de queimados, de forma a garantir a qualidade dos cuidados, assim como a segurança destes clientes. Tendo sido a resposta ao e-mail favorável e o protocolo foi homologado pelo conselho de administração.(Anexo III)

Consideramos, face a esta ocorrência, termos tido a capacidade de mobilizar a competência de mestre” *Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos*”, e assim mobilizar outros pares.

➤ Critérios de avaliação

- Check list que engloba os cuidados ao grande queimado;

A mesma foi disponibilizada, junto ao protocolo de cuidados.

- Homologação de protocolo;

O protocolo foi homologado em Junho de 2012.

Dossier temático existente na sala de emergência do SU do HLA EPE;

O mesmo foi colocado no serviço de forma a permitir consulta de todos os documentos reunidos ao longo do projeto.

### **Objetivo específico 6: Implementar protocolo de cuidados ao grande queimado no serviço de urgência do HLA EPE**

➤ Atividades a desenvolver:

- Divulgação do protocolo através de sessão de formação à equipa de enfermagem (já realizada);

A divulgação do protocolo foi efetuada através da sessão de formação à equipa de enfermagem, já referida anteriormente.

- Disponibilização de protocolo no dossier temático na sala de emergência;

O protocolo foi colocado em formato de papel em dossier existente na sala de emergência que contempla os protocolos existentes no serviço e encontra-se também disponível na intranet do hospital.

- Afixação de póster na sala de emergência;

O póster foi realizado em formato A4 e colocado junto ao protocolo, de forma a permitir uma consulta rápida em situação de emergência, não sendo afixado na sala devido ao pouco espaço existente na mesma.

- Disponibilização de check list de procedimentos em dossier junto ao protocolo, de forma a minimizar eventuais falhas na execução do protocolo;
- Foi colocada a check list de procedimentos já realizada, que contempla os principais aspectos do protocolo de cuidados ao grande queimado. (Apêndice 9) Cujo objetivo será assegurar o cumprimento do protocolo. Sendo a utilização de uma check-list uma forma de aumentar a segurança e minimizar o erro.

- Prestação de cuidados ao grande queimado de acordo com o instituído em protocolo;

Não ocorreram admissões de grandes queimados no período de estágios e de desenvolvimento do projeto, no entanto consideramos de extrema importância a realização deste projeto. Pela raridade destas situações, é importante a existência de documentos orientadores assim como a formação atual dos enfermeiros de forma a assegurar uma prestação de cuidados de qualidade.

➤ Critérios de avaliação

- Avaliação do preenchimento de check list aquando da admissão de grandes queimados na SE; (Este critério não foi possível avaliar, uma vez que não houve admissão de grandes queimados no período de desenvolvimento do projeto)
- Avaliação do questionário aplicado no final da sessão de formação.(Já foi referido anteriormente)
- Questionar aleatoriamente 10 % dos enfermeiros com 5 questões acerca do protocolo em questão e que saibam responder a pelo menos 3 das questões.

Foram questionados os colegas de forma aleatória e souberam responder de forma correta às questões colocadas.

## 2.4- AVALIAÇÃO

Um projecto integra um processo dinâmico, logo não sendo estático, é passível de alterar.

A avaliação de um projeto deve integrar dois momentos, a avaliação intermédia que decorre em simultâneo com a execução do projeto e a avaliação final do mesmo, em que ocorre a avaliação do processo e produto do projeto. (Estudantes do 7º curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010)

A avaliação deve facultar os elementos necessários para intervir de forma a melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios tendo em conta os objectivos) e a eficácia (relação entre a acção e os resultados). (Estudantes do 7º curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010)

Para avaliar o projeto e tendo em conta a importância do recurso a instrumentos de avaliação de forma a efetuar uma avaliação mais objectiva do projeto, baseamo-nos nos seguintes parâmetros:

- Resultados da avaliação da sessão de formação realizada pelos colegas presentes positivos;
- Resultados do questionário preenchido pelos colegas acerca dos conteúdos da sessão positivos;
- Feed-back, contributos e sugestões dos colegas para integrar no projeto;
- Check list de procedimentos, para preencher, após a prestação de cuidados ao grande queimado de forma a verificar se ocorreram algumas falhas;

Avaliar um projeto, implica verificar a consecução dos objectivos traçados inicialmente. (Estudantes do 7º curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010)

De acordo com os objectivos específicos delineados, constatamos que os mesmos foram atingidos.

Ao refletirmos sobre os resultados deste projeto, cujo produto final foi a produção e homologação do protocolo de cuidados ao grande queimado, consideramos que o maior ganho foi em termos de aquisição de conhecimentos e partilha de aprendizagens, que nos possibilitaram o desenvolver de competências quer comuns, específicas e de mestre, cujos outcomes incidem na melhoria da qualidade e na segurança dos cuidados prestados. Sendo que a segurança e gestão do risco assume extrema importância nos cuidados de Enfermagem.

A segurança do cliente, como parte integrante da qualidade dos cuidados de saúde, tem sido motivo de preocupação, quer para os clientes/famílias que têm vindo a assumir um papel mais ativo na sua saúde, quer para os enfermeiros e gestores das instituições. A promoção de uma utilização eficaz, eficiente e equitativa dos recursos na prevenção e controlo dos riscos, assume como principal objectivo a manutenção de um ambiente seguro quer para os clientes quer para os profissionais. Perante isto é fulcral adoptar medidas para uma cultura de segurança, constituindo-se como um papel do Enfermeiro Especialista.

Com a realização deste projeto, consideramos ir ao encontro ao referido pela Ordem dos Enfermeiros, na tomada de posição sobre segurança do doente, onde refere que a segurança é fulcral à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem. Refere ainda que algumas medidas como gestão do risco, de segurança ambiental, que englobam uma prática clínica segura, manutenção de um ambiente de cuidados seguros associadas a um corpo de conhecimento científico centrado na segurança da pessoa e nas infra estruturas necessárias para o garantir. (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

## 2.5- DIVULGAÇÃO

A divulgação dos resultados surge como o culminar de todas as etapas. Após a implementação de um projeto, é importante divulgar o mesmo.” *Acreditamos que na área da saúde, a implementação da metodologia de projeto como meio de resolução de um problema ou suprimento de uma necessidade, da instituição (...) assume um papel fulcral para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados aos clientes.*” (Estudantes do 7º curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010, p.31)

A investigação é fulcral para o desenvolvimento contínuo da profissão e para a tomada de decisões adequadas de forma a prestar os melhores cuidados de enfermagem aos clientes. A investigação contribui para o alicerçar e consolidar de saberes e da ciência, que possibilita demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a prática, permitindo uma maior visibilidade social. (Martins, 2008)

A divulgação constitui um dever ético do investigador. (Estudantes do 7º curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010) Posto isto, para divulgação do projeto na instituição, realizámos a sessão de formação, o protocolo realizado encontra-se disponível na intranet do hospital, acessível a todos os profissionais do mesmo.

Também, como forma de divulgação, elaborámos um artigo científico (Apêndice 15), de forma a divulgar e dar a conhecer á comunidade científica os resultados do trabalho realizado. Indo ao encontro do recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (2006), que refere que todos os enfermeiros nas várias áreas de actuação tenham espírito investigador assim como pensamento crítico e adoptem uma postura de aprendizagem ao longo da vida.

Enquanto forma de divulgação temos ainda a referir, o convite que nos foi dirigido para participar como formadora no II Curso de Prevenção e Tratamento de Feridas que decorreu nos dias 22 e 23 de novembro no hospital onde desempenhamos funções, cuja temática foi ” a abordagem ao doente queimado”

Efetuámos uma apresentação no dia 23 de Novembro (a aguardar certificado), que se reportou á apresentação do protocolo elaborado, constituindo – se esta mais uma oportunidade para divulgação do mesmo.

### **3-AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

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 concepção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efectivo 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:

#### **✓ 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 de encontro ao definido pelos princípios éticos e deontológicos, definidos no REPE (Regulamento exercício profissional do enfermeiro).

Para o desenvolvimento desta competência contribuíram grandemente os aportes lecionados em sala de aula em ética em enfermagem e ética em investigação. Como módulo opcional tivemos ainda, análise do código deontológico do enfermeiro, esta é uma área na qual sentimos muita necessidade de aprofundar conhecimentos. O código deontológico do enfermeiro, publicado em anexo ao Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro assim como o REPE enquadram os princípios éticos e deontológicos a cumprir no exercício da Enfermagem. A deontologia tem como objetivo proteger os direitos das pessoas e fundamentar as nossas ações enquanto profissionais. No código deontológico estão descritos princípios

profissionais de natureza ética orientadores da nossa prática, valores que servem de critério na tomada de decisão e deveres correspondentes às normas e condutas do agir. Consideramos que se os enfermeiros conhecerem o seu código deontológico conseguem mudar comportamentos e obter maior reconhecimento pelos seus pares.

No âmbito do PIS, foram mobilizados os aportes leccionados nos módulos ética em enfermagem e ética em investigação, através do pedido de autorização, elaboração e aplicação de questionário para conhecer a opinião da equipa de enfermagem sobre a pertinência do tema a abordar.

A ética em Enfermagem engloba o desenvolvimento do enfermeiro cujo valor crucial da prática é o cuidar da pessoa humana. Possui uma dimensão ética que engloba o respeito por si como pessoa e pelos outros enquanto pessoas. Integra o respeito pela dignidade, liberdade e escolha humana. Comporta uma dimensão moral, que resulta do que os outros esperam de nós enquanto profissionais, como o respeito, o serviço, a competência e a justiça. (Lopes e Nunes, 1995)

A ética em enfermagem reflete o que devemos ser enquanto enfermeiros na relação com os clientes, respeitando sempre os princípios éticos, dignidade humana, autonomia, beneficência, não malificência, justiça e vulnerabilidade de forma a orientar a práxis clínica.

Pelo exposto, consideramos ter adquirido esta competência.

✓ Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

O desenvolvimento do projeto de intervenção em serviço, já descrito anteriormente, fundamentado em conhecimentos científicos, pertinentes e válidos, visa a melhoria contínua dos cuidados prestados, assim como contribuir para a segurança do cliente. Contribuíram também para o desenvolvimento desta competência os aportes leccionados em sala de aula, nomeadamente ferramentas da gestão como FMEA, análise swot, stream analysis.

A qualidade em saúde é um atributo reconhecido como uma necessidade e exigência na perspectiva de vários intervenientes; utentes, prestadores de cuidados, gestores e políticos. (Ordem dos enfermeiros, 2002)

Desenvolvemos em grupo, aquando da frequência teórica em ambiente de escola, um projeto de intervenção organizacional (Criação de uma equipa de Enfermagem para transportes inter-hospitalares), que contempla a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Não foi ainda implementado pela instituição devido às contingências financeiras, uma vez que a inexistência de uma equipa de transporte inter-hospitalar constitui uma necessidade do hospital.

✓ Competências do domínio da gestão dos cuidados

No âmbito do PIS, realizámos a gestão de recursos humanos no decorrer do projeto, quer a um nível macro, pedido de autorização para desenvolver o projeto e a um nível micro, que se prende pelo facto de envolver toda a equipa de enfermagem no mesmo. Consideramos ter esta competência adquirida, desempenhamos funções de chefe de equipa, sendo o elemento de referência da equipa, onde consideramos exercer uma liderança democrática, em que julgamos pertinente, promover a responsabilidade e envolvimento dos elementos da equipa, no entanto estando sempre presente para aconselhar e orientar.

Sendo liderança democrática, aquela em que os membros da equipa participam e são consultados no processo de decisão. Os problemas são debatidos em grupo. O líder sugere duas ou mais alternativas. Este tenta ser um elemento normal do grupo, sendo objetivo e restringe-se aos factos nas críticas e elogios. (Lourenço, 2000)

Em nossa opinião é imprescindível que exista liderança para o bom funcionamento de um serviço. Sendo liderança a capacidade de um indivíduo para influenciar um determinado grupo de indivíduos atendendo aos objetivos da organização. (Ferreira, Neves e Caetano, 2001)

Ainda de acordo com o mesmo autor, a liderança promove a participação e apoia o desenvolvimento do potencial humano, assim como o envolvimento dos indivíduos, incentivando o trabalho em grupo. (Ferreira e Caetano, 2001)

Efetuamos a gestão de recursos humanos (equipa de enfermagem e de assistentes operacionais) e gestão do serviço na ausência da enfermeira responsável pelo mesmo. No entanto, consideramos que o leccionado em sala de aula, contribuiu para consolidar a competência, através dos aportes sobre gestão de recursos humanos, com enfoque na gestão das equipas, o que nos permitiu refletir sobre a nossa realidade institucional assim como os aspetos passíveis de melhoria no seio das equipas.

✓ Competências do domínio das aprendizagens profissionais

Consideramos que a formação contínua deve estar sempre presente no nosso percurso profissional. A experiência isoladamente, não produz conhecimento, deve sim aliar-se á atualização de conhecimentos técnicos, científicos e humanísticos.

A formação contínua deve fomentar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de algumas técnicas, no entanto um aspeto de grande relevância é que o profissional com base na sua experiência, tente enriquecê-la e conceptualizá-la de forma a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática refletida mais aperfeiçoada e portadora de sentido. (Hesbeen, 2001)

Ainda de acordo com o mesmo autor, Hesbeen (2001) a formação constitui um elemento determinante da qualidade.

Para uma prestação de cuidados de qualidade é imprescindível o papel da formação, *“ela desempenha um papel determinante em relação á evolução dos cuidados de enfermagem no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes.”* (Collière,1999, p.339) Desta forma a formação contribui para que cada um de nós construa o seu próprio caminho e vá adquirindo determinadas competências.

Competências, enquadram um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes e revela-se nos níveis de desempenho adequados às circunstâncias. (Alarcão, 2001)

Estas assumem características multidimensionais, em que as expectativas vão se modificando de acordo com as experiências que cada um vivência e reflecte. (Nunes, 2002)

O trabalho desenvolvido no âmbito do PIS permitiu o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, com os conhecimentos adquiridos e consolidados na nossa esfera de acção a somar á nossa práxis que tem sido bastante enriquecedora.

## 4- PROJETO DE APRENDIZAGEM CLINICA

O projeto de aprendizagem clínica, foi elaborado tendo como referencial orientador as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, definidas pela Ordem dos Enfermeiros. O mesmo foi desenvolvido no serviço onde desempenhamos funções e no qual realizámos o conjunto de estágios (I, II e III). O serviço de urgência é um serviço que permite consolidar todas as competências do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crítica.

Para o desenvolvimento do projeto de aprendizagem clínica (PAC), desenvolvemos atividades que estão referenciadas no planeamento do nosso projeto de intervenção, que nos permitiram a aquisição e consolidação das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

**“K1- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.”**

Nesta competência temos várias unidades de competência:

“K.1.1 - Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica “

O cliente /pessoa a vivenciar processos de doença crítica ou falência orgânica carece de cuidados altamente qualificados para dar resposta às necessidades afetadas de forma a manter e restabelecer as funções básicas de vida.

Sendo que, para esta prestação de cuidados de enfermagem é essencial a atualização constante de conhecimentos, dada a exigência da complexidade dos cuidados e dos muitos procedimentos invasivos, que em situação de emergência podem constituir a diferença entre a vida e a morte.

No decorrer da nossa práxis clínica, no serviço de urgência onde desempenhamos funções, é comum prestar cuidados de enfermagem ao cliente urgente e emergente. É primordial estarmos despertas de forma a detetar sinais e sintomas que permitam identificar eventuais focos de instabilidade para responder atempadamente aos mesmos.

Para o desenvolvimento desta competência, contribuíram grandemente os aportes leccionados, que permitiram consolidar conhecimentos sobre, fisiopatologia da sépsis, desenvolvimento de órgãos e sistemas; tipos de falência de órgãos e sistemas; critérios de gravidade; choque (definição, epidemiologia, fisiologia. tipos de choque, apresentação clínica, terapêutica),

Na abordagem ao doente crítico é importante identificar se o doente está em falência de órgão, tendo sido também leccionado em sala de aula quais os tipos de falência de órgãos e sistemas assim como os critérios de gravidade.

Consideramos, que a elaboração do protocolo de cuidados ao grande queimado, permitiu a aquisição desta competência, na medida em que requereu pesquisa aprofundada sobre esta temática de forma a adquirir conhecimentos profundos na área do grande queimado, constituindo-nos desta forma elemento de referência na equipa.

#### “K.1.2-Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos”

No nosso contexto de trabalho e de estágio, no serviço de urgência do hospital onde desempenhamos funções, existem vários protocolos complexos, nas situações, via verde coronária, via verde AVC, e em clientes com traumatismos vértebro medulares. Após a sua triagem, os clientes são encaminhados para a sala de emergência, são ativadas as vias verdes, são cumpridos os protocolos instituídos. Apesar de já gerirmos protocolos terapêuticos complexos, consideramos que o projeto de intervenção desenvolvido no serviço “uniformização dos cuidados ao grande queimado” situação que requer cuidados

urgentes, permitiu nos consolidar esta competência. O primeiro atendimento ao grande queimado necessita de cuidados complexos, requer competências e atualização de acordo com as guidelines actuais. Com a realização do protocolo de cuidados ao grande queimado, adquirimos a competência de gerir e administrar protocolos terapêuticos complexos, assim como implementar respostas de enfermagem adequadas às complicações que possam surgir.

Como atividades realizadas para a aquisição desta unidade de competência temos a referir:

- Elaboração de protocolo de cuidados ao grande queimado;
- Elaboração de póster que contemple protocolo de cuidados, embora o planeado fosse a afixação do mesmo na sala de emergência. No entanto em consenso com a Enfermeira responsável do serviço e os colegas, devido ao pouco espaço físico para o mesmo ser afixado, ficou acordado que o mesmo ficaria em formato A4 juntamente com o protocolo, de forma a possibilitar uma consulta rápida;
- Sessão de formação sobre cuidados ao grande queimado e divulgação do projeto, com apresentação do protocolo;

A existência de um protocolo de cuidados, que englobe conhecimentos científicos atuais, baseados na evidência de forma a fundamentar e uniformizar os cuidados, irá contribuir para uma prestação de cuidados de enfermagem com qualidade e segurança.

A tomada de decisão baseada na evidência constitui-se como um elemento importante na qualidade dos cuidados em todos os domínios da intervenção de enfermagem. (Nunes, 2007)

“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”

A dor constitui uma das principais razões da procura de cuidados de saúde, as suas causas são de etiologia variada, traumatismos, cirurgias, parto, isquémia, doença crónica.

*“A dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado a Dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial.”* (DGS, 2003, p.3)

Pode classificar-se em dor aguda ou crónica dependendo da sua causa ou duração.

A dor afeta o indivíduo na sua globalidade, pelo que a abordagem deverá ser multidimensional, tendo em conta não apenas os aspetos sensoriais mas também as repercussões a nível psicológico, social, cultural associados à patologia dolorosa. (DGS, 2008)

O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes com dor e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde (DGS, 2003)

O controlo da dor engloba as intervenções dirigidas à sua prevenção e tratamento. Perante uma pessoa com dor, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados para eliminar a dor ou reduzir os níveis de forma a serem considerados aceitáveis pela pessoa. (Ordem dos Enfermeiros, 2008)

*“O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão a Direcção Geral da Saúde institui a dor como 5º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes.”* (Ordem dos enfermeiros, 2008, p.9)

Ainda de acordo com o referido no plano nacional de saúde de 2004, a adopção da dor como 5º sinal vital, como previsto em normativo legal, vai de encontro à definição de metas de implementação e resultados de eficiência, que

se referem ao estado de saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas e à qualidade dos serviços de saúde que são prestados. (DGS, 2004)

O cliente com dor é uma realidade constante no serviço de urgência onde desempenhamos funções, sendo imprescindível que os enfermeiros não a desvalorizem e a considerem premente como 5º sinal vital de forma a não ser desvalorizada e avaliada utilizando sempre que possível escalas de dor.

Os vários instrumentos de avaliação da dor, encontram se descritos no guia orientador de boa prática sobre a dor, publicado pela ordem dos enfermeiros que são, nomeadamente:

- Escala visual analógica (EVA), considerada como escala de referência na avaliação da dor;
- Escala de avaliação numérica. Poderá ser utilizada sem instrumento físico;
- Escala qualitativa. Poderá ser usada sem instrumento físico. Sensível ao efeito de memória. Não existe consenso nos adjetivos a utilizar;
- Escala de Faces Wong Baker. Poderá avaliar maioritariamente a dimensão emocional à dimensão sensorial da dor;
- Escala de faces revista;
- Escala EDIN; Escala de avaliação comportamental (utilizada em recém nascidos superior ou igual a 25 semanas de gestação até 1 ano de idade;
- Escala NIPS, utilizada em situações de dor aguda em recém-nascidos excepto se tiverem entubação traqueal;
- Escala NFCS reduzida, para a sua utilização requer treino por parte dos profissionais de saúde para a sua utilização;
- Escala OPS, de fácil aplicação, de referência na validação de outras escalas;
- Escala FLACC, De fácil aplicabilidade;

- DOLOPLUS2, Utilizada em pessoas com idade superior a 65 anos, sendo uma escala multidimensional que avalia as repercussões somáticas, psicomotoras e psicossociais. Está validada para a população portuguesa;
- Escala PAINAD, aplica-se em idosos com demência, escala simples e fiável que permite medir a dor em doentes que não comunicam;
- Escala DESS, aplica-se em crianças com deficiência motora, requer o preenchimento de um dossier de base;
- Questionário MPQ, utilizado a partir dos 10 anos de idade em situações de dor aguda e crónica identifica facilmente a dor neuropática, no entanto é de difícil compreensão e requer pessoal treinado;
- Inventário BPI, aplica-se a partir dos 10 anos em situações de dor crónica, é simples e de fácil interpretação;

Para a aquisição desta unidade de competência:

- Aprofundámos conhecimentos na área da dor através da pesquisa de instrumentos, para avaliação da dor que desconhecíamos;
- Pesquisámos de forma a tomarmos conhecimento do programa nacional de controlo da dor publicado pela DGS (Direcção Geral de Saúde, 2008);
- Identificamos sinais, sintomas e características da dor;
- Avaliamos a dor, utilizando a escala visual analógica na triagem de Manchester e a escala de fâcies na pediatria;
- Utilizamos medidas farmacológicas e não farmacológicas (aplicação de calor e frio, massagem) para controlo da dor, de forma a promover o bem-estar dos clientes assim como a sua qualidade de vida;
- Avaliamos a eficácia das medidas de controlo da dor;
- No âmbito do nosso projeto de intervenção e do protocolo realizado, para uma melhor gestão da dor e para o bem-estar do grande queimado serão

contempladas medidas farmacológicas e não farmacológicas, para alívio da dor. Será efetuada a avaliação e registo da dor, com recurso á escala utilizada no serviço a escala visual analógica.

Para uma melhor compreensão e orientação para as intervenções de enfermagem perante a pessoa com dor, contribuiram grandemente os aportes leccionados em sala de aula.

*“As boas práticas advêm da aplicação de linhas orientadoras baseadas na evidência científica disponível e na opinião de peritos.”* (Ordem dos enfermeiros, 2008, p.9)

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

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.

O papel do enfermeiro na relação enfermeiro/cliente/família perante a situação crítica de doença é primordial. O leccionado em sala de aula, trouxe aportes importantes para desenvolvermos esta unidade de competência. Assim como a reflexão sobre os conceitos de pessoa e família e a forma como cada pessoa e família irá gerir o seu processo de doença. O enfermeiro deverá ter um papel ativo em parceria com os mesmos. Nos processos de doença quer seja aguda ou crónica, os comportamentos diferem de pessoa para pessoa, de acordo com a fase do ciclo vital em que se encontram.

Num processo de doença é inevitável que ocorra stress, poderá ser positivo, encarado como um desafio que proporciona crescimento ao nível pessoal, ou negativo que traz angústia inevitavelmente. Perante estas situações o enfermeiro deverá desenvolver intervenções com o intuito de reduzir o stress. No nosso contexto de trabalho e de estágio é comum prestarmos cuidados de enfermagem ao cliente em situação crítica, em situação de doença aguda e

crónica. 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 acções realizadas junto do cliente como informar, colheita de dados, apoiar, procedimentos invasivos ou não invasivos, relação de ajuda.

Perante uma situação de doença inesperada ou não, o cliente e família deverão ter um papel ativo em parceria com os profissionais de saúde, cabe nos a nós, o papel de apoio, informar quais os recursos disponíveis e avaliar em termos de suporte familiar. Numa prática dos cuidados de enfermagem centrados no cliente como sujeito, numa perspectiva holística, onde se dá ênfase ao cuidar, a relação de ajuda entre enfermeiro-cliente assume-se como pilar dos cuidados de enfermagem, na qual é fundamental que o profissional seja dotado de conhecimentos, aptidões e atitudes para responder às necessidades específicas do outro. É indispensável que o profissional tenha conhecimentos acerca dos princípios teóricos que sustentam a sua prática, conhecimentos de si e do seu papel, para melhor definir a sua própria concepção de relação de ajuda profissional, que se irá revelar na sua forma de estar e fazer ao longo das suas intervenções. O enfermeiro deverá possuir habilidades para tornar a sua acção eficaz. Sendo que a relação se exprime no reconhecimento do outro como pessoa, como um todo é manifestada através de atitudes do interveniente como: compreensão empática, autenticidade e respeito caloroso, compaixão e esperança. (Chalifour, 2008) Só através desta panóplia de competências do enfermeiro é possível caminhar com a pessoa. O enfermeiro irá acompanhar o outro, ajudar a identificar e escolher o caminho mais desejável para o outro, no qual possa desenvolver-se. O prestador de cuidados assume o papel de conselheiro, uma vez que ao acompanhar, esclarecer sobre as oportunidades e riscos associados aos vários caminhos possíveis e ajudar a escolher o que é melhor para a pessoa. Em enfermagem a comunicação assume-se como uma ferramenta essencial na relação enfermeiro/cliente/família, quer seja verbal ou não verbal. A comunicação é a pedra basilar das nossas acções, é através da mesma que conseguimos avaliar o cliente de forma holística. Através da

comunicação terapêutica, é possível identificar os seus problemas de saúde e utilizar estratégias tendo em conta a complexidade do seu estado de saúde.

No âmbito do nosso projeto de intervenção temos a salientar o apoio emocional, uma vez que as pessoas queimadas sofrem grandes danos no seu corpo e perante a sua auto-imagem. São inúmeros os seus receios, temem pela sua sobrevivência. Pelo que intervenções como apresentar-se, orientar a pessoa no ambiente que a rodeia, descrever os sintomas físicos básicos, explicar todos os procedimentos a efetuar e mostrar-se disponível, podem contribuir grandemente para minimizar a sua ansiedade. (Phipps [et al], 1997)

## **K.2-Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção**

Nesta competência temos como unidades de competência:

K.2.1-Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência

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

Os planos de emergência da protecção civil existentes são regionais, municipais, distritais ou nacionais. Estes planos são documentos concebidos para dar resposta a situações como acidentes industriais graves, incêndios florestais, sismos. Sendo um dos objetivos do mesmo *“Assegurar a criação de condições favoráveis ao empenhamento rápido, eficiente e coordenado de todos os meios e recursos disponíveis num determinado território sempre que a gravidade e dimensão das ocorrências atinja níveis considerados críticos.”* (Autoridade Nacional de Protecção Civil, 2010)

O referido Hospital da região sul, dispõe de um plano de Emergência interno, atualmente em fase de implementação, foi divulgado apenas recentemente através da intranet a todos os funcionários. O mesmo implica a

criação de uma estrutura adequada, de forma a uma actuação o mais eficaz e ordenada possível, em situação de emergência interna ou seja perante vários tipos de sinistro que possam ocorrer tais como, incêndio, explosão, sismo, ameaça de bomba.

Irão decorrer de forma faseada, formações para todos os funcionários no âmbito do plano de emergência interna, que aborda a sua constituição e como atuar, o número de emergência interno (1115) e como evacuar os respetivos serviços. Realizámos esta formação a 13/01/2012 (Anexo VI), no âmbito do estágio, que consideramos ter sido bastante pertinente, uma vez que as situações de catástrofe felizmente são raras, mas quando ocorrem a sua gravidade é extrema, pelo que toda a equipa deve estar preparada e para tal necessita de estar informada e formada para agir em consonância com o estipulado no plano de emergência interno em articulação com a segurança e os restantes profissionais, de forma a minimizar eventuais falhas. Esta formação teve também uma componente prática em colaboração com a corporação de bombeiros com uma simulação prática com a utilização de extintores.

Em situação de catástrofe com vista a salvar o máximo número de vidas, tanto quanto possível e prestar cuidados atendendo aos recursos existentes, a triagem é feita de forma diferente do habitual, são triados primeiro os doentes menos graves e posteriormente os mais graves, são utilizados discriminadores mais simples em vez de gerais e específicos. Selecciona-se os doentes que andam (pulseira verde) e os doentes em maca categorizados de acordo com as respetivas cores de pulseiras nomeadamente, vermelhas, amarelas ou pretas, tendo em conta os critérios estabelecidos, não se deve demorar mais de 15 segundos por cada doente. Existem no serviço de urgência onde desempenhamos funções 50 kits de catástrofe dos quais constam 4 pulseiras em cada kit, com as respectivas cores preto, vermelho, amarelo e verde. Consta ainda do processo do doente etiquetas para identificação, envelope e saco para espólio de roupa e valores, de acordo com o estipulado e descrito pela triagem de Manchester, procede-se inicialmente à avaliação primária, onde é atribuída a respectiva cor da pulseira.

De forma a atualizar conhecimentos na área da catástrofe, em estágio assistimos às jornadas do serviço de urgência do hospital de são bernardo no dia 21/10/11 (Anexo VII), onde foram abordadas as temáticas emergência e catástrofe, com debate sobre os planos de emergência e catástrofe no pré hospitalar e em meio hospitalar, assim como a articulação com a protecção civil.

Para consolidar esta competência conhecemos o plano de emergência do Hospital onde desempenhamos funções, sendo esta consulta fundamental, aquando de uma situação de catástrofe é primordial que toda a equipa conheça o plano previamente, pois não será certamente numa situação de catástrofe que se irá conhecer.

Os aportes leccionados em sala de aula sobre esta temática, foram fulcrais para o aprofundamento de conhecimentos nesta área. Onde foi evidenciada a pertinência dos profissionais conhecerem os planos de emergência internos e os riscos específicos existentes nas suas regiões.

**K.3-Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção 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.**

Nesta competência temos como unidades de competência:

K.3.1-Concebe um plano de prevenção e controlo da infecção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica

K.3.2-Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infecção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à prestação de cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica

A IACS (Infecção Associada aos Cuidados de Saúde), tem vindo a assumir uma preocupação cada vez maior na medida em que, com o aumento da esperança média de vida e com as novas tecnologias, assim como o aumento do número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco

de infecção. De acordo com estudos internacionais, cerca de um terço das infecções adquiridas em contexto da prestação de cuidados são preveníveis. (DGS, 2007)

*“A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade.”* (DGS, 2007, p.4)

Por considerarmos de extrema importância o nosso papel assim como o de todos os profissionais de saúde na prevenção da IACS, efetuámos algumas formações nesta área, nomeadamente no decorrer do estágio I, realizámos um curso de prevenção e controlo de infecção nos dias 17 e 18 de Outubro de 2011 (anexo VIII). Colaboramos, enquanto chefe de equipa com o elemento de elo de ligação da CCI que desempenha funções no serviço de urgência, esclarecendo dúvidas que surjam na equipa, assim como divulgar normas e procedimentos após estarem homologadas junto da restante equipa. Assim como cumprir e supervisionar se os procedimentos realizados quer pelos assistentes operacionais quer pela equipa de enfermagem são cumpridos de acordo com o preconizado pelas normas de boas práticas preconizadas pela CCI e de acordo com o plano nacional de prevenção e controlo da IACs.

É primordial o envolvimento de todos os profissionais de saúde, que consideramos passar pelo conhecimento das medidas a tomar assim como mudar comportamentos e adoptar as medidas necessárias na prestação de cuidados diariamente. Não devemos responsabilizar apenas os elementos das comissões de controlo hospitalar, já que de forma isolada não é possível reduzir a taxa de IACs, mas sim devemos trabalhar em parceria. Se todos nós, cumprirmos de forma consciente e correcta todos os procedimentos, desde o procedimento mais básico mas não menos importante como a higienização das mãos, conseguiremos seguramente reduzir a IACs. Sendo que as infecções causadas por agentes resistentes, 30 a 40 % resultam da colonização e infecção cruzada, em que o principal veículo de transmissão são as mãos dos profissionais de saúde. (DGS, 2007)

A existência e o cumprimento de normas de procedimento nas instituições contribuem para diminuir as IACS.

Uma das problemáticas frequentes no serviço, era a inexistência de um isolamento para clientes com necessidade do mesmo, tendo sido informada a chefia do serviço e o elo de ligação, pelo que atualmente, foi homologada uma norma em que está prevista esta situação.

As normas existentes no âmbito do controle de infecção hospitalar no serviço são: algaliação, cateterização venosa periférica, norma de procedimento na prevenção da transmissão nosocomial do *Clostridium difficile* que requer que seja efetuado isolamento de contacto, proceder á respectiva sinalização com dístico informativo de forma a alertar todos os profissionais de que precauções deverão ter, assim como educar quer o cliente quer a família sobre a necessidade da restrição de visitas , a necessidade de higienização das mãos com sabão e com antiséptico, utilização dos equipamentos de protecção individual, descontaminação de objectos pessoais.

Na Infecção hospitalar, considera-se o hospedeiro o elo da cadeia epidemiológica mais importante uma vez que aloja os principais microorganismos que na grande maioria dos casos desencadeiam processos infecciosos. A patologia de base pode favorecer a ocorrência de infecção hospitalar, uma vez que os mecanismos de defesa se encontram afetados como é o caso do grande queimado. (Pereira [et al], 2005)

Na prestação de cuidados ao grande queimado, o enfermeiro tem um papel crucial na prevenção e redução do risco associada á IACS. Os procedimentos efetuados devem respeitar medidas, como a higienização das mãos, utilização dos equipamentos de protecção individual, utilização da técnica asséptica em todos os procedimentos que assim a justifiquem, tais como procedimentos invasivos, punção venosa, algaliação e na realização dos pensos, sendo a queimadura um meio propício para o crescimento e proliferação bacteriana.

Para o desenvolvimento desta competência, contribuíram também os aportes lecionados em sala de aula.

Elaborámos ainda em grupo, um póster intitulado, higienização das mãos, dada a importância desta temática, enquanto medida primordial para a redução de IACs. (Apêndice 16)

O melhorar a higiene das mãos para prevenir infeções associadas aos cuidados de saúde, constitui-se como uma das soluções para a segurança do doente, definida pelo programa de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007)

A relevância da higienização das mãos enquanto precaução básica para reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde, tem vindo a ser alertada e divulgada ao nível das instituições, através de formação e da campanha de higienização das mãos desenvolvida pelas comissões de controlo de infecção hospitalar.

Por tudo o que foi referido, consideramos ter adquirido a competência.

## 5- ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O decreto-lei 74/2006 de 24 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, referido pelo artigo 18º, nº4. Visando os objetivos legalmente fixados e tendo em conta a vinculação ao perfil do enfermeiro especialista, as competências a desenvolver enquanto Mestre em enfermagem, que se encontram descritas no guia de curso do 3º Semestre do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal são:

### **1-Demonstre competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem;**

Ao longo da nossa prática clínica tivemos oportunidade de orientar alunos em estágio o que nos concebeu a oportunidade de realizar supervisão clínica dos cuidados de enfermagem. Paralelamente a uma formação teórica ajustada ao estadió de aprendizagem do estudante, a supervisão clínica em ambiente de ensino clínico ou estágio, assume uma abordagem pedagógica frequente na formação de enfermeiros. (Deodato, 2010)

Consideramos o papel do supervisor, um papel de extrema importância, mas também de grande responsabilidade. O estudante é detentor de um conjunto de saberes teóricos, em que em contexto de estágio poderá ter alguma dificuldade em coadunar a teoria com a prática, pelo que o enfermeiro orientador deverá “assegurar a *dinâmica da estruturação de tais saberes.*” (Carvalho, 2003, p.15)

Enquanto enfermeiros tutores, consideramos um privilégio participar no processo de aprendizagem do estudante, futuro profissional. Sendo que “ *A supervisão implica uma visão de qualidade, inteligente, responsável, livre, acolhedora, serena e envolvente de quem vê o que se passou antes, o que se passa durante e o que se passará depois, ou seja, de quem entra no processo*

*para o compreender por dentro e por fora, para o atravessar com o seu olhar e ver para além dele numa visão prospectiva baseada num pensamento estratégico.” (Alarcão e Tavares, 2003, p.45)*

Supervisão de cuidados reporta-se a uma estratégia possível de acompanhamento de competências clínicas, pelo enfermeiro em formação, permite um espaço de reflexão sobre as decisões tomadas e os atos praticados ou omitidos a par da supervisão clínica de acompanhamento contínuo, o que irá contribuir para o desenvolvimento de competências que é pretendido. (Deodato, 2010)

Em sala de aula realizámos em grupo, um trabalho no âmbito da supervisão de cuidados (apêndice 17), cuja realização se constituiu um momento enriquecedor de aprendizagem e de partilha de experiências e principalmente permitiu a concepção, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem. Foi identificada uma situação problemática e em seguida emergiram os diagnósticos de Enfermagem identificados, foram planeadas as intervenções assim como os resultados esperados, foi efetuada a respetiva avaliação e fundamentação. Para a tomada de decisão numa situação complexa, foram mobilizados todos os aspetos que considerámos pertinentes, nomeadamente questões éticas, deontológicas e referentes á qualidade dos cuidados assim como os conteúdos lecionados em espiritualidade. Sendo que para prestar cuidados de uma forma holística, temos de considerar também as necessidades espirituais da pessoa que estamos a cuidar. Para prestar estes cuidados, o enfermeiro detém uma ferramenta basilar, a relação de ajuda, na qual a escuta se assume como um instrumento poderoso. Segundo Lazure (1994), a escuta é uma capacidade, um instrumento essencial, que a enfermeira deve desenvolver, uma vez que se constitui como a única forma de compreensão dos clientes.

A relação de ajuda tem início com o outro em que este produz um pedido de ajuda, que pode ser implícito ou explícito, recebido pelo enfermeiro, que compreende o pedido. A relação de ajuda implica reciprocidade entre os dois intervenientes, *“uma abertura mútua onde cada um aceita influenciar e ser influenciado, dar e receber...consiste numa interacção particular entre duas*

*peessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adopta um modo de estar e de fazer e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objectivos a alcançar. Os objectivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade.”* (Chalifour, 2008, p.33)

Consideramos que para o enfermeiro estabelecer relação de ajuda é necessário que ele próprio seja dotado de conhecimentos, aptidões e atitudes para responder às necessidades específicas do outro. De forma a garantir que *“Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue.”* (OE, 2002, p.8). Neste sentido, não podemos ficar indiferentes ao facto de que uma pessoa é um ser único, com uma singularidade própria, com uma história de vida, uma cultura e uma religiosidade própria, pelo que temos de a respeitar como tal. Neste sentido, temos de ter sempre presente enquanto enfermeiros, que bons cuidados denotam, coisas diferentes para pessoas diferentes. (OE, 2002)

Sendo dever do enfermeiro *“cuidar da pessoa sem discriminação económica, ideológica e religiosa e fazer respeitar as opções culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer nestas áreas os seus direitos.”* (Código deontológico dos enfermeiros, Decreto-Lei nº 111/2009, p. 6548)

Perante a importância da continuidade dos cuidados, esta constitui-se como um direito do doente. (DGS, carta dos direitos do doente internado, 2005)

Na elaboração do trabalho já referido de supervisão de cuidados, foi tida em conta a continuidade dos cuidados (feita referenciação para os colegas de centro de saúde).

O trabalho referido, foi elaborado de acordo com a linguagem CIPE (versão 1.0, 2006), uma vez que esta é a versão utilizada no hospital em que o número maioritário de elementos do grupo exerce funções. Existe uma grande necessidade na obtenção de dados de enfermagem, sendo essencial haver

padrões para a representação desta prática nos sistemas de informação de saúde, para uma melhor compreensão do trabalho de enfermagem baseada no conhecimento de acordo com os cuidados de saúde globais. (OE, 2009)

*“ A Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE), um programa do ICN, foi concebida para ser uma parte integral da infra-estrutura global de informação, que informa a prática e as políticas de cuidados de saúde para melhorar os cuidados prestados aos clientes em todo o mundo”. (OE, 2009, p.7)*

A CIPE fornece as prioridades de gestão de dados críticos que permitem documentar as práticas de enfermagem e assim compreender o trabalho de enfermagem, no contexto de cuidados de saúde global sustentada no conhecimento. (CIPE, v.1.0.,2006)

A linguagem CIPE contribui para estabelecer uma terminologia comum que possibilita identificar os fenómenos, as intervenções específicas e os resultados obtidos para os clientes. Assim como reconhecer o papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar de cuidados de saúde e diferenciar as práticas dos enfermeiros peritos de outros prestadores de cuidados de saúde, tornando-se um contributo essencial também para a investigação. Através da partilha dos dados e informações de enfermagem é possível promover cuidados de saúde responsáveis, baseados na evidência, obtendo melhores resultados em saúde para as pessoas, a nível mundial. (CIPE, v.1.0.,2006)

O nosso olhar sobre a CIPE, permite nos considerar a mesma uma forma de dar visibilidade aos cuidados de enfermagem sendo uma ferramenta que permite uniformizar e categorizar registos.

Os dados resultantes da utilização da CIPE, contribuem para sustentar a tomada de decisão, melhorando a segurança e a qualidade dos cuidados para os doentes e famílias. (OE, 2009)

Também no que se consigna ao desenvolvimento do PIS, Consideramos ter mobilizado esta competência de mestre. Ao identificar um problema, uma

necessidade de serviço, ao realizar o diagnóstico da situação e posteriormente a fase de planeamento, em que para os processos de tomada de decisão segura, foram considerados os aspectos éticos e deontológicos, de forma a assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.

Consideramos que os conhecimentos, princípios e deveres que orientam as nossas tomadas de decisão devem ser alicerçados na ética profissional assim como no nosso código deontológico. Os Enfermeiros têm o direito e o dever de orientar e justificar os seus actos em fundamentação jurídica e conforme o descrito no código deontológico do enfermeiro. A excelência do cuidar passa impreterivelmente por cuidados de enfermagem que contemplem uma reflexão ética e deontológica á luz dos princípios e deveres explícitos no código deontológico e nunca descurando os valores pessoais e profissionais do enfermeiro. Só com base nestes alicerces é possível dar maior visibilidade aos cuidados de enfermagem e contribuir para o progresso da profissão de enfermagem.

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

Vivemos numa sociedade onde o conhecimento se desenvolve rapidamente e nos é exigida uma atualização permanente dos conhecimentos.

*”Os profissionais de Enfermagem conscientes dos contextos actuais, apostam na formação, na aquisição e desenvolvimento das suas competências, considerando-as essenciais para a qualidade do seu exercício, dado que os cuidados prestados se dirigem ao ser humano-complexo e único. Os enfermeiros, cuidadores por excelência, necessitam possuir competências de ordem técnico-científicas, como também competências de relação de ajuda, empatia, assertividade e criatividade.”* (Mendonça, 2009, p.5.)

No decorrer do nosso percurso profissional a formação como investimento pessoal e profissional tem assumido uma preocupação constante. Neste patamar

de aprendizagem, consideramos fulcral aprofundar conhecimentos, em complemento aos já adquiridos, na nossa área de ação, a somar à nossa praxis. Nomeadamente a aquisição de competências, motivo pelo qual ingressámos neste mestrado.

Para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade é imprescindível o papel da formação, o enfermeiro inicia a sua formação, com o curso de base, complemento de formação, formação em serviço e continua a fazer formação ao longo da vida, *"ela desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes"* (Colliére, 1999, p.339). Desta forma a formação contínua contribui para que cada um de nós construa o seu próprio caminho e vá adquirindo determinadas competências, nomeadamente profissionais. Estas assumem características multidimensionais, em que as expectativas de cada um vão se modificando de acordo com as experiências que cada um vivência e reflecte. (Nunes, 2002).

A Andragogia, formação de adultos tem as suas raízes na pedagogia, segundo NovaK, as pessoas deverão ser valorizadas no sentido de elas próprias se encarregarem de interpretar as experiências que vivem, sendo fulcral que cada pessoa aprenda a aprender de forma significativa. (NovaK, 1984) Em andragogia a principal fonte de aprendizagem é sem dúvida a experiência, as situações de vida que cada um já vivenciou tendo um papel primordial neste processo. O ensino reporta-se essencialmente no uso de ferramentas direccionadas para ser o próprio aluno a refletir sobre as suas experiências e aprender a partir destas, de forma conducente ao empowerment. Sendo este um processo contínuo, em que indivíduos ou comunidades adquirem e ganham confiança, auto-estima, compreensão e poder de forma a gerir os seus interesses. (WHO, 1999)

Desempenhamos funções num serviço de urgência há cerca de 16 anos, sendo a prática clínica uma área de investigação, que é considerada uma fonte de desenvolvimento do conhecimento. Pelo que consideramos estar ao nível de perita, nesta área, de acordo com o definido por Patricia Benner (2001), que descreve cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências que são,

iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Sendo perita aquela que não se baseia, apenas em regras e indicações. A perita baseia as suas ações na experiência, gere situações complexas de uma forma admirável. Obtém reconhecimento dos colegas e dos doentes. A perita descreve situações clínicas, nas quais a sua intervenção foi notória, dando visibilidade e reconhecimento da sua perícia.

O desenvolvimento do conhecimento numa disciplina prática requer aumento dos conhecimentos práticos, o saber como (Know-how), através de investigações científicas com base na teoria e no “saber fazer”, desenvolvido durante a experiência clínica vivida de prática dessa disciplina. (Benner, 2001)

A sua prestação de cuidados é intuitiva, de rápida atuação, prevê e antecipa os fenómenos, quando no seu contexto de ação demonstra segurança e perícia. A mesma autora, defende que o conhecimento prático pode enriquecer a teoria ou ser desenvolvido de acordo com fórmulas científicas, considera que as situações clínicas são sempre mais complexas e variadas do que as explicações teóricas. Sendo a prática clínica uma área de investigação é considerada uma fonte de desenvolvimento do conhecimento. (Benner, 2001)

A profissão de enfermagem, enquanto contexto técnico-científico em contínuo desenvolvimento e maturação, exige a si mesma e aos seus profissionais, dimensões diferenciadas de competências no sentido de se assumirem como um exemplo vivo, quer na capacidade para dar resposta a situações de diagnóstico, prognóstico e tratamento de doentes, quer, como exemplificadores dessa mesma capacidade. (Mendonça, 2009)

Enquanto enfermeiros temos o dever de acordo com a alínea c do artigo 88º do Estatuto da OE, de “*Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.*” (Ordem dos Enfermeiros, Estatuto, 2009, p.77)

### **3- Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva.**

A multi-profissionalidade perante a complexidade de respostas a problemas de saúde e a imprescindibilidade dos cuidados de enfermagem exigem a resposta de um profissional competente. Sabemos que a interdisciplinaridade numa equipa de saúde não exclui nem a independência, e a autonomia de cada profissional, nem um referencial próprio que necessite da contribuição específica no vasto domínio da saúde. (Serrano [et al], 2011)

É importante que os enfermeiros assumam um papel ativo no seio das equipas. Estamos de acordo com o referenciado pela ordem dos enfermeiros”...*nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.4)

Como fruto do nosso projeto de intervenção em serviço resultou um protocolo de cuidados ao grande queimado, em que para a sua elaboração, sentimos necessidade de aprofundar conhecimentos científicos na área, envolvemos a equipa, desde o início do projeto, pois consideramos que se a equipa estiver envolvida, o seu empenho é certamente maior. A motivação da equipa infere os resultados obtidos. Sendo motivação, a vontade de exercer níveis elevados de esforço para que a organização alcance os seus objectivos, esforço esse que é condicionado pela forma como a mesma satisfaz alguma das necessidades dos indivíduos. (Bilhim, 2001)

Para além do envolvimento dos pares, do director do serviço de urgência, foi pedido o parecer de uma perita e foram incorporadas as suas sugestões no protocolo.

Efetuámos pesquisa e acedemos a guidelines internacionais sobre o grande queimado, como a associação americana de queimados, associação europeia de queimados, guidelines do grupo da nova Zelândia, guidelines acerca do transporte precoce de pacientes queimados. A última guideline referida não tinha disponível a data de elaboração, pelo que de forma a efectuar a sua

referência foi feito contato com a entidade indicada, que responderam com a respectiva data. Efectuámos ainda via e-mail, contato com a associação americana de queimados, a solicitar informação disponível sobre a temática em questão, como resposta apenas foi indicado um link para consulta, pelo que voltámos a enviar novo mail, mas que não obtivemos resposta.

Para divulgação do projeto e apresentação do protocolo elaborado, realizámos uma sessão de formação direccionada para a equipa de enfermagem.

Consideramos, que nesta área nos constituímos elemento de referência, ou seja tido como consultor para outros profissionais de saúde.

#### **4-Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos:**

A tomada de decisão em enfermagem, requer bases sólidas de conhecimentos, técnico, científicos, humanos, éticos e deontológicos.

De forma a desenvolver o projeto, alicerçado em sólidas bases de conhecimento, efectuámos uma pesquisa exaustiva, bibliográfica, em bases de dados científicas, guidelines internacionais, na área do grande queimado, de forma a garantirmos que a informação obtida seria a mais fidedigna e actual possível.

Para prestar cuidados de qualidade, os enfermeiros devem reflectir e avaliar as suas ações, tendo como fundamento os conhecimentos clínicos baseados na evidência. (Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010)

A atual complexidade e dinâmica da enfermagem, causada pelos constantes avanços científicos e tecnológicos no campo da saúde e pelos dilemas éticos e morais permanentes que se colocam, requerem que os enfermeiros sejam capazes de tomar decisões complexas de forma autónoma. (Ribeiro, 2011)

De acordo com Neves (2002), uma profissão só é autónoma, quando tem capacidade para decidir e se responsabilizar sobre as decisões que toma e os resultados que daí advêm.

Para uma tomada de decisão, consciente, e refletida, em nossa opinião, devemos ter conhecimentos sólidos assim como, ter sempre presente os aspectos éticos e deontológicos que regem a nossa profissão.

O REPE, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, e o Código Deontológico do Enfermeiro, publicado no Decreto-lei 104/98 de 21 de Abril, são ferramentas que definem a Enfermagem, afirmam as regras de exercício, configuram as formas e as áreas de actuação, prescrevem os deveres e afirmam, aos cidadãos, o mandato social da profissão, num cenário de fundo que é a auto-regulação dos enfermeiros pelos enfermeiros. (Nunes, 2008,b)

#### **5- Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.**

A investigação reveste-se de grande relevância, para o desenvolvimento contínuo da profissão de Enfermagem, assim como para a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes, constitui-se um alicerce e permite o consolidar ao nível do conhecimento e da ciência e permite ainda demonstrar aos outros o porquê da prática, permitindo um forte contributo para a sua visibilidade social. (Martins, 2008)

O desenvolvimento deste trabalho de mestrado, foi ancorado na metodologia de projeto, sendo a mesma uma metodologia que envolve reflexão, baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que pretende identificar problemas e resolvê-los através de ações práticas. (Estudantes do 7º curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010) Esta metodologia aproxima-se bastante da investigação-ação. Pelo exposto neste relatório, temos a realçar a aquisição de novos conhecimentos, a consolidação dos já existentes, o processo de tomada de decisão necessária baseada na evidência, de acordo com a pesquisa efectuada em bases de dados, em

guidelines, sustentada na opinião de peritos e dos pares, o que contribuiu para o desenvolvimento desta competência.

A prática de Enfermagem baseada na evidência constitui-se como a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), aliada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos clientes, no âmbito dos recursos disponíveis (Ordem Dos Enfermeiros, 2006)

Posto isto, com a elaboração deste projeto de um modo proactivo, suportado pela evidência, aquando da realização do protocolo, baseámo-nos em guidelines, na opinião de peritos alicerçada em experiência e saberes científicos, em nossa opinião consideramos ter contribuído para uma prestação de cuidados seguros, dando resposta ao objectivo geral delineado neste projeto, “ *Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao grande queimado na sala de emergência do su do referido hospital*”.

Ainda com enfoque nesta matéria, uma prática baseada na evidência é indispensável para a excelência e a segurança dos cuidados e similarmente para a optimização de resultados de enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

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

Consideramos através do trabalho desenvolvido, baseado na metodologia de projeto, com a realização de todas etapas inerentes à mesma, termos integrado a formação dos pares, a investigação, sendo esta metodologia um processo reflexivo de investigação acção. Na fase de diagnóstico da situação, realizámos entrevista á enfermeira responsável, ao enfermeiro director, aos enfermeiros do serviço e ao director clinico do mesmo, posteriormente aplicámos questionários aos colegas com o intuito de conhecer a opinião acerca da pertinência do tema e envolver os mesmos no projeto. Consideramos que nesta

fase, realizámos análise diagnóstica. Posteriormente, na fase de planeamento, para dar resposta ao problema identificado, indo ao encontro do objectivo Geral e de forma a dar resposta a cada objectivo específico, foram planeadas várias atividades assim como critérios de avaliação.

Na fase de execução, desenvolvemos o que estava planeado, ou seja nesta fase, foi materializado o planeado, tendo como produto final, o protocolo de cuidados ao grande queimado, construído de acordo com os níveis de evidência e contributos dos pares e peritos na área. Na fase de execução do projeto, realizámos uma sessão de formação para divulgação do trabalho realizado e para realizar formação dos pares, para a qual realizámos o respectivo planeamento da sessão, elaboração do plano da sessão e posteriormente a avaliação da mesma. De acordo com a Lei de bases da saúde, Base XVI, “*A formação e o aperfeiçoamento profissional, incluindo a formação permanente, do pessoal de saúde constituem um objectivo fundamental a prosseguir.*” (Ministério da saúde, 2002)

Os recursos humanos devem ser considerados como os recursos mais importantes no seio de uma organização, pelo que os profissionais devem ser detentores de um bom nível de informação adequada às funções, formação continua e empowerment.(Brissos, 2004)

Consideramos, com a realização deste trabalho ir ao encontro de um dos eixos prioritários de investigação definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2006), designado por Formação em Enfermagem no desenvolvimento de competências. A mesma preconiza o desenvolvimento de Estudos na área da Formação e Educação em Enfermagem, assim como a aquisição de competências, quer na formação inicial, quer no contexto da aprendizagem ao longo da vida, com especial incidência na área do desenvolvimento curricular e estratégias de supervisão clínica.

Enquanto promotoras deste projeto, consideramos uma mais-valia os ganhos de aprendizagem quer em termos individuais, quer em grupo e principalmente para o cliente, que pretendemos ser o principal beneficiário, ou seja que sejam prestados cuidados de enfermagem com qualidade e segurança.

Indo ao encontro ao referido pela Ordem dos Enfermeiros (2006), quando enumera que a Investigação em Enfermagem contribui para cuidados seguros.

Considerando o descrito pelo artº 64º da Constituição da República Portuguesa que consagra o direito de todos os cidadãos á protecção da saúde, assim como o dever de a defender e promover. (Constituição da Republica Portuguesa, 2001)

As discrepâncias existentes na qualidade dos cuidados hospitalares entre regiões ou grupos populacionais constituem-se como injustas e devem ser evitadas. Como tal, a definição de protocolos de tratamento e referenciação são fulcrais para assegurar a equidade na qualidade do tratamento. (Pereira e Furtado, 2010) Neste sentido, elaborámos o protocolo de cuidados ao grande queimado. A distância geográfica entre o hospital onde desempenhamos funções e unidades de queimados é significativa, pelo que os primeiros cuidados assumem extrema importância. Pelo relatado, consideramos ter articulado saberes e experiência, pelo que mobilizamos a competência de mestre supra citada.

## 6- CONCLUSÃO

Findo, este relatório apraz nos elaborar uma síntese das principais ideias contidas no mesmo.

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, 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.

Desenvolvemos um projeto de intervenção em serviço (PIS) que teve como alicerce fundamental a metodologia de projeto, com todas as etapas inerentes à mesma, diagnóstico da situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados.

Consideramos esta metodologia, bastante útil, a mesma permite identificar no terreno, uma situação problemática, passível de intervenção. Sendo a fase inicial da mesma, a fase de diagnóstico da situação, onde foi identificada uma situação problemática e por sua vez uma necessidade do serviço, onde foi realizada uma análise da situação e um aprofundamento sobre o tema identificado.

Considerámos pertinente a aplicação de instrumentos de diagnóstico como o questionário, que considerámos de grande utilidade, uma vez que nos permitiu conhecer a opinião da equipa, sendo que 100 % dos enfermeiros aos quais foi aplicado questionário, consideraram o tema pertinente. Utilizámos ainda uma ferramenta da gestão a análise FMEA, de forma a conseguirmos acautelar possíveis falhas. Ainda nesta fase formulámos o objectivo geral, específicos e determinámos prioridades.

Na fase de planeamento, para dar resposta ao problema identificado, indo ao encontro do objectivo Geral e de forma a dar resposta a cada objectivo específico, foram planeadas várias atividades, assim como critérios de avaliação.

Na fase de execução, desenvolvemos o que estava planeado, ou seja nesta fase, foi materializado o planeado, tendo como produto final, o protocolo de cuidados ao grande queimado, construído de acordo com os níveis de evidência (através de pesquisa em bases de dados e consulta em guidelines internacionais na área do grande queimado) e através de contributos dos pares, do diretor do serviço de urgência e perita na área.

No que se refere à avaliação do projeto, de acordo com os objetivos delineados, aludimos que os mesmos foram atingidos.

Como forma de divulgação do projeto na instituição, realizámos uma sessão de formação, o protocolo realizado encontra-se disponível na intranet do hospital, acessível a todos os profissionais do mesmo, elaborámos um artigo científico e apresentámos o referido protocolo num curso de feridas na instituição onde desempenhamos funções.

Com a elaboração deste projeto de um modo proactivo, suportado pela evidência, aquando da realização do protocolo, 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, p.8)

Em nossa opinião consideramos ter contribuído para uma prestação de cuidados seguros, dando resposta ao objectivo geral delineado neste projeto, “ *Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao grande queimado na sala de emergência do su do referido hospital*”.

Consideramos desta forma ir ao encontro do referido pela Ordem dos Enfermeiros, na tomada de posição sobre segurança do doente, onde refere que a segurança é fulcral à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem.

Enquanto enfermeiras, não poderíamos deixar de referenciar uma teórica de enfermagem sendo a teórica de Enfermagem com a qual nos identificamos, descrita neste relatório, Jean Watson, que consigna o cuidar como alicerce primordial para os cuidados de enfermagem.

Do trabalho desenvolvido, consta também um projeto de aprendizagem de competências/clínicas (PAC), que permitiu a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica definidas pela Ordem dos Enfermeiros, que se constituiu como enriquecedor, por nos ter possibilitado o sermos detentoras de um conhecimento profundo nesta área de especialidade.

Elaborámos ainda uma reflexão á luz das competências de mestre, que transparece a forma como as mesmas foram mobilizadas e adquiridas.

Este percurso, não foi de todo fácil, as limitações em termos de tempo não são fáceis de superar, ocorreram também alguns momentos de desmotivação, em que nos deparamos com alguns obstáculos, como o facto da presidente do CA, ter considerado que o projeto não era pertinente, incorrendo em risco da não homologação do protocolo. No entanto, conseguimos ultrapassar este obstáculo e esclarecer o intuito do projeto, tendo o mesmo sido homologado.

Através da elaboração deste relatório consideramos ter atingido os objetivos traçados para o mesmo:

- ✓ Enquadrar de forma concetual o trabalho desenvolvido em contexto de estágio;
- ✓ Refletir de forma crítica a prática desenvolvida em estágio, á luz das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica;
- ✓ Efetuar a análise das aprendizagens realizadas de acordo com as competências do Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica;

Ao refletirmos sobre todo o trajeto percorrido, consideramos uma mais-valia o carácter teórico - prático do projeto, uma vez que nos permitiu a implementação de um projeto, que consideramos trazer ganhos em saúde, com ênfase na qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica. Constituindo-se todo o trabalho desenvolvido uma oportunidade de sermos o elemento de referência nesta área, ou seja tido como consultor para outros profissionais de saúde.

É importante que os enfermeiros assumam um papel ativo no seio das equipas. Estamos de acordo com o referenciado pela ordem dos enfermeiros "...nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde." (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.4)

Consideramos com a realização deste projeto, ter obtido grandes ganhos em termos de aquisição de conhecimentos e partilha de aprendizagens, que nos possibilitaram o desenvolver de competências quer comuns, específicas e de mestre, cujos outcomes incidem na melhoria da qualidade e na segurança dos cuidados prestados. Sendo que a segurança e gestão do risco assumem extrema importância nos cuidados de Enfermagem, na qual os enfermeiros assumem um papel fundamental em função da qualidade e da segurança dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes, visando sempre como expoente máximo a excelência do exercício.

Como projetos futuros, decorrente do processo formativo realizado e com a apresentação deste trabalho é nossa intenção darmos continuidade ao projeto da seguinte forma, colocando na prática os saberes adquiridos ao longos de todo este processo, mantendo a atualização de conhecimentos no que concerne ao grande queimado, de forma a constituirmo-nos como referência para os nossos pares. Com a convicção de que iremos contribuir para a evolução e sedimentação de cuidados de enfermagem especializados.

## BIBLIOGRAFIA

- ✓ AHRENHOLZ ET AL- Practice Guidelines for burn care. *Journal of burn care & rehabilitation*, 2001, nº22, p.275-285.
- ✓ ALARCÃO, Isabel -Formação Reflexiva.*Referência*, Maio, 2001, nº6.
- ✓ ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José -*Supervisão da Prática Pedagógica – Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Almedina.2003.
- ✓ AMERICAN BURN ASSOCIATION – *Burn Referral Criteria-Emergency Management Alert*. 2007. Disponível em: <http://www.hcpro.com/SAF-66811-877/ABA-burn-referral-c1-> [10 de Maio de 2012]
- ✓ ARIZONA BURN CENTER – *Guidelines for Early Care and Transfer of Burn Patients*.2003.
- ✓ AUTORIDADE NACIONAL DE PROTECÇÃO CIVIL: PLANO DISTRITAL DE EMERGÊNCIA DE PROTECÇÃO CIVIL. SETÚBAL: Governo Civil, 2010. Disponível em: [http://www.gov-civil-setubal.pt/PDEPC/PDEPC\\_Final.pdf](http://www.gov-civil-setubal.pt/PDEPC/PDEPC_Final.pdf). [10 de Janeiro de 2012]
- ✓ BENNER, Patricia - *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora., 2001.ISBN: 972-8535-97-x.
- ✓ BILHIM, João- *TEORIA ORGANIZACIONAL-ESTRUTURAS E PESSOAS*.Lisboa:Artes Gráficas,Lda.,2001.ISBN:972-93-7.
- ✓ BRISSOS, Adelaide- O Planeamento no contexto da imprevisibilidade. *Revista portuguesa de Saúde Pública*. Janeiro-Julho, 2004, Vol.22.Nº1.p.43-55.
- ✓ CARPER, Barbara. Fundamental patterns of Know- *Nursing*. *Advances in Nursing Science*. 1978, p.13-23.

- ✓ CARVALHAL, Rosa - *Parcerias na formação- Papel dos Orientadores Clínicos: Perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência. 2003. ISBN: 978-972-83-83-40-4.
- ✓ CHALIFOUR, Jacques-A *Intervenção Terapêutica -os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-05-5.
- ✓ CHIOZZA, M. L e Ponzetti, C- *Femea: A model for reducing medical errors*. Clinica. 2009.
- ✓ CHINN, P. e KRAMER, M. *Theory and Nursing: A Systematic Approach*. St Louis: Mosby, 1998.
- ✓ COLLIÉRE, Marie-Françoise- *Promover a Vida*. Lisboa: Lidel, 1999. ISBN: 972-757-109-3.
- ✓ CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. *Classificação Internacional para a prática de enfermagem – CIPE versão 1.0*. 2006: Lisboa. Ordem dos Enfermeiros
- ✓ CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. *Classificação Internacional para a prática de enfermagem – CIPE versão 2.0*. 2011: Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- ✓ CONSTITUIÇÃO DA RÉPUBLICA PORTUGUESA. Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa-Saúde. Aprovado pela Lei Constitucional nº1/2001, de 12 de Dezembro.
- ✓ DEODATO, Sérgio - *Supervisão de Cuidados: Uma estratégia curricular em Enfermagem. Percursos*. Outubro-Dezembro, 2010, nº18. p.3-7.
- ✓ DIÁRIO DA REPÚBLICA. Código Deontológico Do Enfermeiro. *Diário da República*. Lisboa: Diário da República, 2009. Vol. 1ª Série, Nº 180. P. 6547-6549.

- ✓ DIÁRIO DA REPÚBLICA. Decreto- Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, art.18º, nº 4.Ciclo de estudos conducente ao grau de mestre. Lisboa:Diário da República, 2006.p. 2247.
- ✓ DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE- A Dor como 5º Sinal Vital.Registo Sistemático da Dor. *Direcção Geral da Saúde*. 2003. Disponível em :  
<http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf> [6 de Janeiro de 2012]
- ✓ DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE- Carta dos direitos do doente internado. *Direcção Geral da Saúde*. 2005. Disponível em :  
<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf> [20 de Julho de 2012.]
- ✓ DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE- Orientação de Boa Prática para a Higiene das mãos nas Unidades de Saúde. *Direcção Geral da Saúde*. Junho de 2010. Disponível em :  
<http://www.rncci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/i0130>. [28 de Agosto de 2012.]
- ✓ DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - PLANO NACIONAL DE SAÚDE- ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS. *Direcção Geral da saúde*. 2004. Disponível em : <http://www.dgsaúde.min-saúde.pt/pns/media/pnsvol2.pdf>. [21 de Setembro de 2012.]
- ✓ DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE-Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde. *Direcção Geral da Saúde*. Março de 2007. Disponível em : <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012016/files/2010/07/PNCI-2007.pdf>. (Saúde, 2003) [12 de Janeiro de 2012
- ✓ DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE -Programa Nacional de Controlo da Dor. *Ministério da Saúde*. 2008. Disponível em : <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316COCF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>. [20 de Dezembro de 2011]

- ✓ ELSHERBINY ET AL- *Quality of life of adults patients with severe burns.* Journal of the international society for burn injuries, 2011, Vol. 37.
- ✓ EMERGENCY MEDICAL SERVICES AGENCY – *Burn Resource Manual.* Los Angeles. 2010.
- ✓ EMERGENCY NURSES ASSOCIATION - *Trauma Nursing Care Course Provider Manual.* 6ªed. 2007.
- ✓ ESTRAN, Neide. *Sala de emergência-Emergências Clínicas e Traumáticas.* Porto Alegre: 2003.ISBN 85-7025-710-4.
- ✓ ESTUDANTES DO 7º CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM. METODOLOGIA DE PROJECTO:COLECTÂNEA DESCRITIVA DE ETAPAS. *Percursos.* Janeiro-Março, 2010, Vol. 15.
- ✓ FERREIRA, José Maria Carvalho; NEVES, José Gonçalves; CAETANO, António- *Manual de PSICOSSOCIOLOGIA das organizações.* Lisboa : Mcgraw-Hill, 2001. ISBN: 972-773-105-8.
- ✓ FORTIN, Marie-Fabienne. *O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO: da concepção á realização.* Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda., 1999. ISBN: 972-8383-10-x.
- ✓ GAMEIRO, Manuel Gonçalves Henriques- *A Enfermagem Ciência e Arte...e a Investigação.Referência.nº 10.Maio, 2003,Vol.10.*
- ✓ HESBEEN, Walter -*QUALIDADE EM ENFERMAGEM, PENSAMENTO E ACÇÃO NA PERSPECTIVA DO CUIDAR.*Loures: Lusociência-Edições Técnicas e científicas, Lda.,2001.ISBN: 972-8383-20-7.
- ✓ HETTIARATCHY, Shehan e DZIEWULSKI, Peter – *ABC of burns, Pathophysiology and types of burns.* Clinical review.BMJ. Vol.328. 2004. B.on.
- ✓ Hospital do Litoral Alentejano-Visão e Missão [acedido a 24/10/11] e disponível em : <http://www.hlalentejano.min-saude.pt/>.

- ✓ INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA.-*Manual da Vmer. Tomo II PROCEDIMENTOS CLÍNICOS*. 3ª Edição. Lisboa:Instituto Nacional de Emergência Médica, 2000. (Henriques, 2004)
- ✓ INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL.ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SETÚBAL- Guia de Curso de 3º Semestre.Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica. Ano letivo de 2011/2012.
- ✓ JESUS, Élvio Henriques - *Padrões de Habilidade cognitiva e processo de decisão clínica em enfermagem*.Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem. 2004. Disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/9768> [10 de Agosto de 2012]
- ✓ KLEIN [et al] - *The association between fluid administration and outcome following major burn: a multicenter study*. 2007 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17414612> [2 de Fevereiro de 2012]
- ✓ LAZURE, Hélène - *VIVER A RELAÇÃO DE AJUDA.:abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*.Lisboa:Lusodidacta.Qualigrafe, 1994.ISBN: 972-95399-5-2.
- ✓ LOURENÇO,P - Liderança e eficácia:Uma relação revisitada:*Revista Psychologica*.2000.
- ✓ LOPES, Armandina e NUNES, Lucília- Enquadramento da ética na enfermagem. *Servir*. 1995, vol. nº 43, p.297-301.
- ✓ MAGNETTE, A; BRYCHTA, P- *European Practice Guidelines for Burn Care (minimum Level of Burn Care Provision in Europe)*.Netherlands, 2011.
- ✓ MARTINHO, Ana- *Balneoterapia. Um estudo realizado na unidade funcional de queimados da universidade de Coimbra*. Dissertação de Mestrado na área de Saúde pública. Coimbra. 2008.
- ✓ MARTINS, José Carlos Amado - *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Pensar Enfermagem*.2008.vol.12,Nº2.

Disponível em :  
[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008\\_12\\_2\\_62\\_66.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62_66.pdf) [21 de  
Setembro de 2012 ]

- ✓ MENDONÇA, Susana Sobral- *COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS Á EXCELÊNCIA DO CUIDAR*.2009.ISBN: 978-989-8136-34-3.
- ✓ MEZOMO, João - *Gestão da qualidade na saúde, Princípios básicos*.Brasil.Copyright.2001.ISBN:85-204-1263-7.
- ✓ MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE Dr.Ricardo Jorge- *Prevenção de infecções Adquiridas no hospital-Um guia prático*.2ª Ed. 2002.

Disponível em: [http://www.busde.paho.org/busacd/cd49/man\\_oms.pdf](http://www.busde.paho.org/busacd/cd49/man_oms.pdf) [2  
de Setembro de 2012]

- ✓ MINISTÉRIO DA SAÚDE-Decreto Lei nº 437/91 de 8 de Novembro.
- ✓ MINISTÉRIO DA SAÚDE- Lei de Bases da Saúde. Aprovada pela Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro. Disponível em: <http://www.min-saude.Pt/portal/conteúdos/a+saude> [1 de Outubro de 2012]
- ✓ MITRA, Biswadev ;FITZGERALD, Mark;CAMERON,Peter ;CLELANDS Heather - *FLUID RESSUSCITATION IN MAJOR BURNS*.v.76.p.35-38.2006.b-on.
- ✓ MORGADO, P ZÊZERE, J.L; PEREIRA, A.R; -*Perigos Naturais e Tecnológicos no Território de Portugal Continental-Centro de Estudos Geográficos*.Lisboa.
- ✓ MOZINGO ET AL- *Critical Care Current Diagnosis &Treatment* .Copyright.2008.

- ✓ NEIL, M. Ruth- Filosofia e Ciência do Cuidar. [autor do livro] Martha Allgood Ann Tomey. *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra*.5ªed. Loures : Lusociência, 2004.ISBN:972-8383-74-6.
- ✓ NEVES, Maria Ajuda – A tomada de decisão em enfermagem. *Pensar Enfermagem*. Vol. 6, nº 2, p. 25-34.2002.
- ✓ NEW ZEALAND GUIDELINES GROUP - EVIDENCE-BASED BEST PRACTICE GUIDELINE SUMMARY. Management of Burns and Scalds in Primary Care.2007.ISBN: 978-0-478-27977-4.
- ✓ NOVAK, Joseph - *Aprender a Aprender*. 1ªed. Lisboa:Plátano Edições Técnicas,1984. ISBN 972-707-137-6.
- ✓ NOGUEIRA,Nogueira, Nilbo Ribeiro- *Pedagogia dos Projectos. Etapas, papéis e atores*.1ªEdição.São Paulo: Editora Erica, 2005. ISBN:85-365-0078-6.
- ✓ NSW Severe Burn Injury Service - *Burn Transfer Guidelines*. NSWHEALTH. Second Edition.SD. Disponível em:[www.health.nsw.gov.au/.../gl/.../GL2008\\_012.ht...](http://www.health.nsw.gov.au/.../gl/.../GL2008_012.ht...) [15 de Abril de 2012]
- ✓ NUNES, Lucília - «cinco estrelas» cerca das competências morais no exercício de Enfermagem.*Nursing*.2002.Novembro.nº 171.p.8-11.
- ✓ NUNES, Lucilia - Enfermagem, desafios da Disciplina e da Profissão.*Revista Percursos*.Janeiro-Março.2008.p.4-17.(a)
- ✓ NUNES, Lucilia – *Um Olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal. (1881-1998)*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-30-4.
- ✓ NUNES, Fernandes Manuel Ferreira - Tomada de decisão de enfermagem"Agir rapidamente, pensar lentamente".*Nursing*.Lisboa.Março de 2007.p.7-11. ISBN:0871-619-17.

- ✓ NUNES, Lucília - Responsabilidade Profissional. VIII Seminário de Ética. Nunes, Lucilia. Palavras de Apresentação: Dos símbolos e contextos do VIII Seminário. *Ordem dos enfermeiros*. 2008. Número 29. Disponível em : [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicação/Revistas/ROE\\_2](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicação/Revistas/ROE_2) [21 de Setembro de 2012] (b)
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS - Estatuto. Lei nº 111/2009 publicada a 16 de Setembro de 2009 em Diário da República.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Programa da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA A ELABORAÇÃO DE CATÁLOGOS CIPE*. Ordem dos Enfermeiros. 2009. ISBN: 978-989-96021-6-8.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*, Lisboa: Grafinter, 2002, p.2-16.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1996). disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/RI> . [12 de Julho de 2012)
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Dor Guia Orientador De Boa Prática*. 2008. ISBN:978-972-99646-9-5.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Investigação em Enfermagem-Tomada de posição*. Lisboa. 2006. p1-4. Disponível em : <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/> [10 de Setembro de 2012]
- ✓ PALAO.R; MONGE.I; RUIZ, M; BARRET,J.-Chemical burns: Pathophysiology and treatment. *Journal Burns*. 2010. p.295-304
- ✓ PAPINI, Remo e HETTIARATCY, Shehan - *ABC of burns-Initial management of a major burns -assessment and resuscitation*. Copyright. 2004. p.101-103.

- ✓ PEREIRA et al - *A Infecção Hospitalar e suas implicações para o cuidar da Enfermagem*.2005.Abril-Junho.nº14. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/> [12 de Janeiro de 2012]
- ✓ PEREIRA, João e FURTADO , Cláudia - *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*.Lisboa. 2010.
- ✓ PHIPPS,W.J.[et al] - *Enfermagem Médico-Cirúrgica-conceitos e prática clínica*.Lisboa:Lusodidacta, 1997.
- ✓ PIRES, A - *Inovação e desenvolvimento de novos produto*. Lisboa : Edições Silabo, Lda , 1999.
- ✓ POLIT, Denise e HUNGLER, Bernardette – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*.3ªed. Porto Alegre:Artes Médicas.1995.
- ✓ PREHOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT- *Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado Básico e Avançado*.6ªEdição.Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda,2007.ISBN:978-85-352-2145-9.
- ✓ RIBEIRO, Jorge – *Autonomia profissional dos enfermeiros. Referência. III Série – nº 5- Dezembro. 2011. p.27-36.*
- ✓ REGULAMENTO nº124/2011-Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em situação Crítica,D.R.2ªSérie,Nº35 (de 18 de Fevereiro de 2011)8656-8657.
- ✓ REGULAMENTO nº 122/2011-Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica,D.R.2ªSérie,Nº35 (de 18 de Fevereiro de 2011)8648-8653.
- ✓ ROBERTS et al-*What is the effect of giving human albumin compared to saline to replace lost blood in critically ill injured people*. 2011.Disponível em : <http://summaries.cochrane.org/CD001208/what-is-the-> [2 de Agosto de 2012]

- ✓ SERRANO, Maria Teresa Pereira; COSTA, Arminda da Silva Mendes Carneiro; COSTA, Nilza Maria Vilhena Nunes- Cuidar em Enfermagem: Como desenvolver a(s) competências(s). *Referência*. III Série-nº3. Março 2011. pp 15-23.
- ✓ SHEEHY, Susan. *Enfermagem de Urgência. Da teoria à prática*. Lusociência - 6ª Ed. 2011. ISBN: 978-972-8930-63-9.
- ✓ SILVA, P, Natividade; Amarante, J ; COSTA Ferreira A; Silva, A; REIS, J- Burns Patients in Portugal: analysis of 14,797 cases during 1993-1999. *Journal of the International Society for Burn Injuries*. Burns. 2003, May. Disponível em : [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12706620. [20 de Setembro de 2012]
- ✓ SOARES, Maria L. C - O QUE É O CONHECIMENTO?- INTRODUÇÃO À EPISTOMOLOGIA. Porto: Campos das Letras- Editores SA., 2004. ISBN: 972-610-857-8.
- ✓ STANDERS, Melanie e WALLIS, A.L - *The Emergency Management and Treatment of Severe Burns*. Emergency Medicine Internacional. Copyright. South África. 2011. May. Disponível em: <http://web.ebsco.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?i=1> [ 10 de Abril de 2012]
- ✓ SUMMERS, Anthony - *TREATING BURNS CAUSED BY HYDROFLUORIC ACID*. EMERGENCY NURSE. Queensland. nº3. V.19. 2011. June. p.12-15.
- ✓ SMELTZER, Suzanne, C, & BARE, Brenda- *TRATADO DA ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA*. Editora Guanabara Kougan. S.A. 1993.
- ✓ SMELTZER, Suzanne, C, & BARE, Brenda - *TRATADO DA ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA*. Editora Guanabara Kougan. S.A- 9ª ed. 2002.
- ✓ THELAN, A, Lynne; DAVIE, K, Joseph; URDEN, D, Linda; LOUGH, E, Mary - *Enfermagem em Cuidados Intensivos, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa : Copyright, 1996. ISBN 972-96610-2-2.

- ✓ URDEN, Linda; STACY, Kathleen; LOUGH, Mary- *Thelan's, ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS, Diagnóstico e Intervenção*.5ªed. Lisboa: Lusodidacta.2008.
- ✓ TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile-*Teóricas de Enfermagem e Sua Obra. (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed. Loures:Lusociência, 2004.ISBN:972-8383-74-6.
- ✓ TORRES, M e RODRIGUES, E -*ATENDIMENTO DO GRANDE QUEIMADO NO SU*.Servir.Lisboa.nº50,2002.Março-Abril.p.75.83.
- ✓ VICTORIAN BURNS UNIT - *Burns Management Guidelines*.SD Disponível em:<http://www.vicburns.org.au/initial-management/primary-survey.html>. [01 de Maio de 2012.]
- ✓ WATSON, Jean-*CIÊNCIA HUMANA E CUIDAR UMA TEORIA DE ENFERMAGEM*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2002.ISBN:972-8383-33-9.
- ✓ WEBER, Joan e MCMANUS, Albert- *Infection Control in Burn Patients. Burns*. 2004. [http://www.uscplasticsurgery.net/downloads/burn/32\\_icbp.pdf](http://www.uscplasticsurgery.net/downloads/burn/32_icbp.pdf) [5 de Agosto de 2012.]
- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Community participation in local health and sustainable development : a working document on approaches and techniques*.European Sustainable Development and Health. 1999.Series : 4.
- ✓ WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Nine patient safety solutions*. Washington/Geneva.2007. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/p122/e> [9 de Novembro de 2012 ]

- ✓ ZALETEL, L. Cynthia -Factors Affecting Fluid Ressuscitation in the Burn Patient:The collaborative Role of the APN.*Advanced Emergency Nursing Journal*.2009.Vol.31.nº4-October/December.p.309-320.Disponivel em [:http://www.nursingcenter.com/library/journalArticle.asp?ArticleID=942593](http://www.nursingcenter.com/library/journalArticle.asp?ArticleID=942593)  
[10 de Janeiro de 2012]

## **ANEXOS**

## ANEXO I

Autorização do Conselho de administração para aplicação de questionários

**De:** Ada Cristina Mateus Cortes Lopes

**Enviada:** segunda-feira, 10 de Outubro de 2011 11:45

**Para:** Ana Cristina Duarte Pereira

**Cc:** Ana Margarida Pidwell Varela Judice da Costa Cardoso; Luisa António da Silva Fernandes Canhão

**Assunto:** Aplicação de Questionário - Mestrado em enfermagem Médico -Cirurgica

Sra. Enf<sup>a</sup> Ana Cristina Pereira,

No seguimento do solicitado, serve o presente para informar que foi autorizado a aplicação do questionário.

Com os melhores cumprimentos,

O Secretariado do Conselho de Administração

Ada Lopes

## ANEXO II


Modelo para Elaboração de Normas de Procedimentos e Normas  
Regulamentares

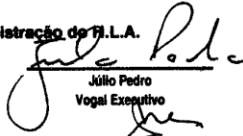
REGRAS PARA ELABORAÇÃO DE NORMAS DE PROCEDIMENTOS E NORMAS REGULAMENTARES	NR-HLA- 5 08-03-07 <b>Revisão1</b>
---	--


**NORMA REGULAMENTAR**


**HOMOLOGAÇÃO**

Conselho de Administração, em 29.03.2007

  
O Conselho de Administração do H.L.A.  
Adelaide Belo  
Presidente

  
Júlio Pedro  
Vogal Executivo

  
Conceição Vilão  
Directora Clínica

  
Inácio Neves  
Enfermeiro Director

**COORDENADO POR**  
Domingas Cardadeiro  
Liliana Guerra

## ANEXO III

### Homologação do Protocolo

**De:** Ada Cristina Mateus Cortes Lopes  
**Enviada:** segunda-feira, 4 de Junho de 2012 15:54  
**Para:** Ana Cristina Duarte Pereira; Amaro Silva Pinto  
**Cc:** Ana Margarida Pidwell Varela Judice da Costa Cardoso  
**Assunto:** Protocolo de cuidados ao grande queimado

Exmo.(s). Senhores,

Serve o presente para informar que foi homologado pelo Conselho de Administração o documento supra citado e já está disponível na INTRANET.

Com os melhores cumprimentos,

O Secretariado do Conselho de Administração  
Ada Lopes

## ANEXO IV

Apresentação do Protocolo de Cuidados ao Grande Queimado na Sala de  
Emergência do Hospital

## **Declaração**

Para os devidos efeitos se declara que, **Ana Cristina Duarte Pereira**, participou como Formadora da acção:

### **Apresentação do Protocolo de Cuidados ao Grande Queimado na sala de Emergência**

Esta sessão lectiva realizou-se no dia 27 de Junho de 2012, e teve a duração total de 60 minutos.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta Instituição.

Santiago do Cacém, 25 de Setembro de 2012

Enfermeiro Diretor



---

Inácio Neves

## ANEXO V

Questionário para a avaliação da sessão de formação

Candidatura n.º	Tipologia n.º	Curso n.º	Acção n.º

**Formação:**

**Avaliação Final da Acção**

**1. Dados Pessoais do/a Formando/a:**

1.1. Idade:  1.2. Sexo: Mas.  Fem.  1.3. Habilitações Académicas:

**2. Em termos gerais, esta acção de formação correspondeu às suas expectativas:**

Nada	Em parte	Muito	Totalmente
1	2	3	4

**3. Interesse da Acção**

No decorrer da Acção, qual foi a sua opinião relativamente:

	Negativa		Positiva	
	1	2	3	4
3.1. Aos objectivos do programa	1	2	3	4
3.2. À relevância dos temas	1	2	3	4
3.3. À utilidade para a realização da função	1	2	3	4

**4. Avaliação da Acção:**

De um modo geral, qual a sua opinião relativamente:

	Negativa		Positiva	
	1	2	3	4
4.1. Aos seus progressos na aprendizagem	1	2	3	4
4.2. À sua motivação e participação	1	2	3	4
4.3. Conteúdo do Curso	1	2	3	4
4.4. Ao relacionamento entre participantes	1	2	3	4
4.5. Às instalações e ao espaço de formação	1	2	3	4
4.6. Aos equipamentos de apoio	1	2	3	4
4.7. À documentação recebida	1	2	3	4
4.8. Ao apoio técnico-administrativo	1	2	3	4
4.9. Ao desempenho global dos/as formadores/as	1	2	3	4

**5. Comentários/Sugestões**

---



---



---



Agradecemos a sua Colaboração!



Acção co-financiada pelo FSE

## ANEXO VI

### Formação sobre o plano de emergência interna

## **Declaração**

Para os devidos efeitos se declara que, **Ana Cristina Duarte Pereira**, assistiu, como Formanda, à acção:

### **Plano de Emergência Interno**

- Introdução
- Funções das equipas de evacuação
- Estrutura de segurança em emergência
- Procedimentos de atuação
- Formação pratica com extintores

Esta sessão lectiva realizou-se no dia 13 de Janeiro de 2012, e teve a duração total de 2 horas.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta Instituição.

Santiago do Cacém, 28 de Fevereiro de 2012

Enfermeiro Diretor



---

Inácio Neves

## ANEXO VII

V jornadas de Enfermagem do serviço de urgência do centro hospitalar de  
Setúbal

# V JORNADAS DE ENFERMAGEM

SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL  
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.

## Certificado

Para os devidos efeitos declara-se que a(o) Ex.<sup>(o)</sup> Sr.<sup>a</sup> (o)

*Ana Cristina Duarte Pereira,*

participou nas V Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal, subordinadas ao tema: “Ver, Ouvir e Sentir – Um Olhar Sobre o Cuidar”, que decorreram nos dias 20 e 21 de Outubro de 2011.

A Comissão Organizadora das V Jornadas em 21 de Outubro de 2011

COMISSÃO ORGANIZADORA DAS JORNADAS  
DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE  
URGÊNCIA GERAL  
HOSPITAL SÃO BERNARDO SETÚBAL  
NIPC/901-330-906

20 - 21

## ANEXO VIII

### Curso de Prevenção e Controlo de Infeção

## **Declaração**

Para os devidos efeitos se declara que, **Ana Cristina Duarte Pereira**, assistiu, como Formanda, à acção:

### **Curso de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**

Esta sessão lectiva realizou-se no dia 17 e 18 de Outubro de 2011, e teve a duração total de 12 horas.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta Instituição.

Santiago do Cacém, 28 de Fevereiro de 2012

Enfermeiro Diretor



---

Inácio Neves

## APÊNDICES

## APÊNDICE 1

### Caraterização do serviço de urgência do Hospital

## CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL

O Hospital iniciou funções em Junho de 2004, abrange 5 concelhos, tendo aumentado a população estimada para 110.000 habitantes, distribuídos por uma área geográfica de 5255,8 Km<sup>2</sup>. A esta população acresce ainda a população de carácter sazonal associada aos setores do turismo e indústria existente na região.

O serviço de urgência do Hospital, classificado como urgência médico-cirúrgica, atende clientes em situação não urgente, urgente e emergente durante 24 horas diárias sem o qual a evolução da patologia poderia colocar em risco as suas vidas. Dispõe de um conjunto de recursos físicos e humanos que proporcionam o atendimento aos clientes que recorrem ao mesmo, prestam os cuidados necessários a cada situação.

## ESTRUTURA FISICA

O referido serviço pode dividir-se em três áreas:

- Ambulatório;
- Internamento;
- Pediatria

A área de ambulatório é constituída por:

-Uma sala de emergência, que visa a receção de clientes vindos do exterior ou do próprio serviço, sempre que se trate de uma situação emergente. Da sala constam duas unidades equipadas com monitores cardíacos, seringa e bomba infusora, rampa de oxigénio e de ar respirável, sistema de vácuo com aspirador montado. A sala foi recentemente reestruturada de forma a se tornar mais funcional, existiam dois ventiladores, passou a estar na sala apenas 1 ventilador fixo, (testado diariamente pelo enfermeiro responsável pela sala) o outro ventilador portátil foi colocado numa sala próxima do SO, foram criados Kits de entubação nasogástrica, algaliação, cateter central, drenagem torácica e de parto.

Existe ainda um carro de emergência, com monitor desfibrilhador, com ambu e todo o material de consumo clínico e farmacológico necessário para situações de emergência. Em situação de emergência, quando existe necessidade de reforço da equipa é accionado um botão existente na sala cujo som é audível em todo o serviço.

-Uma sala de triagem de Manchester, na qual é realizada a triagem de todos os clientes que recorrem ao SU, sendo a mesma assegurada pela equipa de enfermagem do serviço.

-Três salas de espera, uma para clientes e familiares enquanto aguardam a triagem, uma para os clientes já triados com a prioridade amarela , outra para os clientes já triados com a prioridade verde e azul.

-Quatro gabinetes para observação médica dos clientes, dois dos gabinetes destinados aos médicos de clínica geral, outro gabinete para o atendimento de medicina interna e outro gabinete para o atendimento de cirurgia.

-Um gabinete para realização de eletrocardiogramas.

-Uma sala aberta , onde o enfermeiro responsável por esse posto de trabalho realiza a primeira abordagem ao cliente ,após a triagem, identifica necessidades e estabelece prioridades. Sendo ainda necessário a observação, vigilância dos clientes antes, durante e após o tratamento.

-Uma sala de tratamentos onde são realizados vários procedimentos invasivos e não invasivos, de forma a manter o respeito e a privacidade do cliente.

-Uma sala de ortopedia,onde são prestados cuidados ao cliente do foro ortopédico em colaboração com a equipa multidisciplinar.

-Uma sala de pequena cirurgia, onde são prestados cuidados específicos a clientes do foro cirúrgico em colaboração com a equipa multidisciplinar.

-Três casas de banho destinadas aos clientes.

-Duas casas de banho e quatro vestiários para o pessoal.

A área do internamento é constituída por:

-Duas salas de observações (SO), uma dispõe de 4 camas, em que cada unidade está equipada com monitor cardíaco ,rampa de oxigénio ,de ar respirável e rampa de vácuo com aspirador de secreções montado,seringa e bomba infusora ,comporta ainda mais 3 macas com rampas de oxigénio e de ar respirável .Em SO permanecem clientes com uma panóplia de patologias, que necessitam de cuidados diferenciados, com necessidade de vigilância permanente, assim como de monitorização dos pãmetros vitais continuamente, por vezes com instabilidade hemodinâmica. Com frequência ficam clientes internados com ventilação não invasiva e invasiva quando não existe vaga na UCI. O SO comporta um carro de urgência com monitor desfibrilhador e ambu com o

material de consumo clínico e farmacológico necessário para a prestação de cuidados em situação de emergência.

A outra sala de observações comporta 7 macas, 3 delas possibilitam monitorização cardíaca, aporte de oxigénio e de ar respirável e comportam sistema de vácuo com aspirador montado. Nestas 3 macas permanecem clientes com necessidade de maior vigilância. As restantes macas destinam-se a clientes que não carecem de uma vigilância tão apertada de acordo com a sua patologia.

-Uma casa de banho para os clientes;

-Uma sala de acondicionamento de roupa (lençóis, pijamas, cobertores, almofadas)

A área da Pediatria é constituída por:

-Uma sala de espera da pediatria para crianças / familiares /acompanhantes.

-Uma sala de tratamentos pediátrica, onde é feita a triagem da criança de acordo com o protocolo de Manchester. É feita a primeira observação da criança, colheita de dados, acolhimento da criança e familiar, identificação de necessidades e se necessário são iniciados protocolos existentes, se a criança apresentar ou hipertermia ou vómitos.

-Uma sala de observações que comporta uma cama, um berço, duas rampas de oxigénio, de ar respirável, rampa de sistema de vácuo com aspirador montado. Esta sala destina-se a crianças com necessidade de maior vigilância, monitorização de parâmetros vitais, a efectuar soroterapia ou terapêutica endovenosa durante algumas horas, uma vez que não existe internamento de pediatria.

-Um gabinete para atendimento pelo pediatra;

-Uma casa de banho para as crianças;

Existem ainda, algumas zonas de apoio como:

-Farmácia (que dispõe de stock de soros, antibióticos, balas de oxigénio e de ar comprimido, apósitos para realização de pensos e outros medicamentos)

-Sala de sujos (onde é efetuado o acondicionamento de resíduos, lavagem, secagem e acondicionamento de bacias, arrastadeiras e urinóis)

-Dois armários com material de consumo clínico, repostos pelo serviço de aprovisionamento

-Gabinete de Enfermagem;

A equipa multidisciplinar do serviço de urgência é composta por Enfermeiros, Médicos, Assistentes operacionais e Administrativos.

Sendo a equipa de enfermagem constituída por 34 enfermeiros ,dos quais 1 enfermeira responsável pelo serviço(especialista em saúde materna e obstétrica),1 enfermeira responsável pelo serviço de pediatria ,só faz manhãs, 1 Enfermeiro especialiste em reabilitação; 2 Enfermeiros especialistas em Enfermagem médico-cirúrgica. 32 Enfermeiros estão atualmente em roll man ,constituem 5 equipas com cerca de 5/6 enfermeiros cada uma .Em cada equipa existe um chefe de equipa e um segundo elemento. O número de enfermeiros por turno são :7 no turno da manhã(incluindo a chefe), 6 no turno da tarde e 5 enfermeiros no turno da noite.

O método de trabalho utilizado é por posto de trabalho, sendo a distribuição feita pela enfermeira responsável pelo serviço e reajustada se necessário pelo chefe de equipa do turno .Apesar de ser utilizada esta metologia de enfermeiro por posto de trabalho, existe uma boa colaboração entre os enfermeiros da equipa ,em que se trabalha em equipa.

Quando o cliente em situação critica necessita de acompanhamento de enfermagem para a realização de exames complementares de diagnóstico ,para a UCI (Unidade de cuidados intensivos), Unidade de cuidados intermédios ou Bloco Operatório é o enfermeiro do SU que faz o acompanhamento.

A equipa médica por turno é constituída por 2 médicos de clínica geral(para atendimento em balcões) 2 médicos de medicina interna(1 em balcões ,outro no internamento),2 cirurgiões (1 de presença física e outro de chamada) ,2 ortopedistas(1 de presença física e outro de chamada), 1 pediatra,1 gastroenterologista (escalado apenas cerca de vezes por semana), 1 otorrino e oftalmologista (de presença física na consulta ,os doentes são enviado da urgência para a consulta),1anestésista de chamada se necessário.

A equipa de assistentes operacionais é constituída por 21 elementos ,escalados no turno da manhã 4, no turno da tarde 4 e no turno da noite 3 assistentes operacionais .

A equipa de administrativos é composta por 9 elementos, escalados 2 de manhã,2 á tarde e 1 na noite. Existem ainda duas administrativas em horário das 10h-21 h cuja função é exclusivamente para dar informações aos familiares e encaminhamento dos mesmos para as visitas.

## APÊNDICE 2

Ficha diagnóstico da situação

## Definição do Problema

<b>Estudante:</b> Ana Cristina Duarte Pereira
<b>Instituição:</b> HLA
<b>Serviço:</b> Urgência
<b>Título do Projeto:</b> Uniformização dos cuidados de enfermagem ao grande queimado na sala de emergência
<p><b>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras):</b></p> <p>A gravidade da pessoa queimada advém da multiplicidade orgânica das lesões, sendo o tratamento complexo. A instabilidade hemodinâmica que ocorre nas primeiras horas nestes clientes constitui um dos factores da alta taxa de mortalidade. (Estran,2003).</p> <p>“As queimaduras são dos acidentes mais frequentes, ocorrendo em variadíssimas circunstâncias e em todas as idades. A maioria são lesões minor que decorrem sem grandes complicações. Contudo, algumas podem ser fatais ou potencialmente fatais, pelo que o seu tratamento deve ser correcto e o mais precoce possível pois dele depende não só o resultado funcional e estético como a sobrevivência imediata.” (manual da vmer, 2000)</p> <p>“As queimaduras podem ser classificadas quanto ao agente agressor, grau de profundidade e gravidade.”(Estran,2003),podendo ser são causadas por agentes térmicos ,químicos, eléctricos ou radioactivos.</p> <p>De acordo com a área total de superfície queimada, é considerado grande queimado o cliente com queimaduras de segundo grau entre 20 % e 30 % da superfície corporal no adulto e mais de 20 % da superfície corporal na criança 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 eléctrica de alta tensão.(Estran,2003)</p> <p>O percurso clínico de abordagem ao grande queimado pode dividir-se em 3 fases, ressuscitação, cuidados agudos e reabilitação. (Thelan e tal,1994) O tratamento inicial ao grande queimado como em outro politraumatizado é crucial nas primeiras 24 horas no qual a</p>

fase de ressuscitação tem início após o acidente.

Sendo de extrema importância que os primeiros cuidados prestados ao grande queimado sejam de qualidade e segurança, para tal urge a necessidade de uniformizar procedimentos.

O Hospital onde exerço funções, abrange 5 concelhos (Santiago do Cacém, Sines, Grândola, Alcácer do Sal e Odemira) com uma população estimada em 100 000 habitantes sendo uma grande referência na área da saúde da região Alentejo. (Hospital do Litoral Alentejano, 2011). O hospital do Litoral Alentejo encontra-se geograficamente muito próximo da região de Sines que constitui uma das áreas com maior risco para ocorrência de acidentes graves. Sendo que " ...os estabelecimentos do parque industrial português que têm maior potencialidade para gerar acidentes industriais graves (...) com predomínio para a localização nas regiões do litoral, particularmente nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto e nos complexos industriais de Estarreja, Barreiro e Sines." ( Morgado et al, sd) .

No referido hospital, de acordo com estatística disponível, no ano de 2010 recorreram ao serviço de urgência cerca de 73 clientes vítimas de queimaduras, e no primeiro semestre de 2011 cerca de 23 clientes. No entanto devido a especificidades informáticas, não é possível definir quais os tipos de queimaduras e a sua gravidade.

Por ser uma área do meu interesse e também em consonância com a Sra Enfermeira chefe do serviço que me sugeriu a realização do projecto com esta temática, considero importante uniformizar procedimentos de forma a contribuir para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e com maior segurança quer para os clientes quer para os enfermeiros. Pretendo abordar o grande queimado em contexto de sala de emergência no qual a etiologia da queimadura sejam agentes químicos e térmicos, devido à proximidade do hospital com a área industrial.

### **Diagnóstico de situação**

#### **Definição geral do problema**

Ausência de protocolo de cuidados ao grande queimado no serviço de urgência do H.

**Análise do problema** (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras)

“As lesões por queimaduras são, sob diversos aspectos, a pior de todas as tragédias que uma pessoa pode experimentar. Uma queimadura intensa é acompanhada de um esmagador

traumatismo no doente, tanto físico como psicológico, e é catastrófica, em custos e em sofrimento para a família envolvida.” (Phipps et al,1997)

“Nos Estados Unidos cerca de 500.000 pessoas recorrem aos serviços de urgência em consequência de queimaduras. Cerca de 70 00 a 100 000 ficam hospitalizadas e morrem por ano cerca de 10 000 a 12 000 pessoas vítimas de queimaduras.” (Thelan et al,1994,p.866)

As lesões por queimaduras integram-se no grupo de acidentes mais frequentes, ocorrendo em múltiplas circunstâncias e em qualquer faixa etária. Estas lesões podem ser marcantes para o cliente e família. (Torres, Rodrigues, 2002).

De acordo com um estudo nos EUA existe uma incidência de 4,7 %,que corresponde a 2,4 % dos casos de trauma. A incidência no sexo masculino constitui o dobro do feminino, sendo maior nas crianças com menos de 5 anos e nos adultos entre os 25 e os 34 anos. O maior número de acidentes ocorre no domicílio e no trabalho, sendo dois terços por substâncias quentes ou corrosivas e ¼ por fogo ou chamas. (manual da vmer,2000).

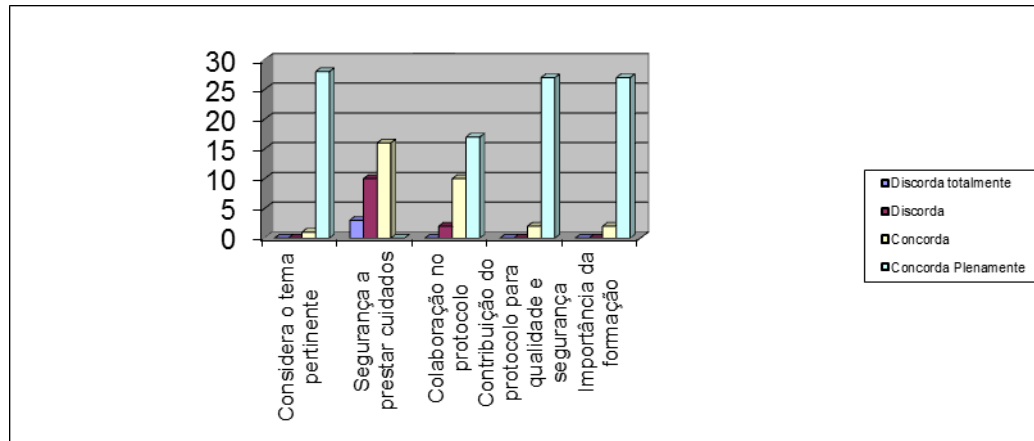
Uma prestação de cuidados de qualidade ao grande queimado em sala de emergência assume extrema importância na medida em que a primeira abordagem deve ser o mais precoce possível, pois desta depende a sobrevivência e possíveis sequelas.

A inexistência de um protocolo de cuidados ao grande queimado no serviço de urgência onde desempenho funções contribui para que a prestação de cuidados a estes clientes não esteja uniformizada. Sendo meu objectivo contribuir “...para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. (Ordem dos enfermeiros, 2002, p.15)

Para conhecer a opinião de toda a equipa acerca da pertinência deste tema, senti necessidade de recorrer a instrumentos de diagnóstico. Foram aplicados 29 questionários, no período de 05/10/11 a 21/10/11 á equipa de enfermagem do serviço de urgência do HLA, não foi possível aplicar a toda a equipa por se encontrarem 4 colegas de férias, não tendo sido também aplicado á autora do projecto.

A aplicação destes questionários teve também como objectivo não só conhecer a opinião como também envolver a equipa, pois qualquer projecto realizado, só terá sucesso se a equipa estiver motivada e envolvida no mesmo. O questionário está estruturado em 5 questões fechadas e 1 aberta (sugestões), foi utilizada uma escala de likert para as questões fechadas.

Como resultado da análise aos respectivos questionários surge o seguinte gráfico.



No que respeita á questão (considera o tema pertinente?), 29 (100 %) dos enfermeiros consideram o tema pertinente. Relativamente à questão (sente segurança a prestar cuidados ao cliente queimado em contexto de sala de emergência?) 13 enfermeiros ou seja 44,8 % referem não sentir segurança na prestação de cuidados e 55 % dos mesmos referem sentir segurança.

No que concerne á questão (Estaria disposto(a) a colaborar na elaboração de um protocolo nesta área, 27 dos enfermeiros ou seja 93 % referem que estariam dispostos a colaborar.

No que respeita á questão (Considera que a elaboração de um protocolo irá contribuir para uma prestação de cuidados com maior qualidade e segurança para o cliente queimado?) vinte e nove dos enfermeiros ou seja 100 % dos enfermeiros consideram que a elaboração de um protocolo irá contribuir para aumentar a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Na questão (Considera importante efectuar formação nesta área?) 29 enfermeiros (100%) consideram que sim.

Quanto a sugestões, apenas 4 enfermeiros sugeriram efectuar formação e realização de simulacros.

Ainda no decorrer da fase de diagnóstico, de forma a acautelar algumas falhas, foi

aplicada uma ferramenta de gestão a análise FMEA (Failure Mode and Effect Analysis))(ver anexo),é uma metodologia que possibilita avaliar e minimizar riscos através da análise de possíveis falhas (determinação da causa, efeito e risco de cada tipo de falha e planejar acções para aumentar a confiabilidade. (Pires,1999)

**Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)**

- Necessidade de aprofundar conhecimentos sobre queimaduras
- Inexistência de dados que discriminem a gravidade dos clientes admitidos no serviço de urgência no ano de 2010 e 1º semestre de 2011
- Necessidade de consultar livro de registos da sala de emergência ( com existência desde Julho de 2011) com o objetivo de avaliar o número e causa de grandes queimados admitidos desde então no serviço de urgência do HLA.
- Desconhecimento da opinião da equipa acerca da pertinência do tema do projeto
- Necessidade de envolver a equipa no projeto.
- Ausência na uniformização dos cuidados prestados ao grande queimado em Sala de Emergência.
- Inexistência de protocolo de cuidados ao grande queimado
- Necessidade de formação da equipa de enfermagem do serviço de urgência do HLA na abordagem ao grande queimado.

**Determinação de prioridades**

- Aprofundamento de conhecimentos através de pesquisa bibliográfica e pesquisa em bases de dados sobre queimaduras.
- Incentivar o registo correto pela equipa de enfermagem no livro existente na sala de emergência.
- Conhecimento do número de clientes admitidos por queimaduras (mais especificamente grande queimado) no serviço de urgência do HLA no ano de 2010 e

primeiro semestre de 2011.

-Consulta do livro de registos existente na sala de emergência (existente desde Julho de 2011), do número de clientes admitidos por queimaduras no serviço de urgência, mais especificamente grande queimado.

-Incentivo do registo correcto pela equipa de enfermagem no livro existente na sala de emergência.

-Conhecimento da opinião dos enfermeiros acerca do projecto através da aplicação de questionários.

-Envolvimento da equipa no projeto.

-Necessidade de elaboração de protocolo de cuidados ao grande queimado na sala de emergência do HLA.

-Formação à equipa de enfermagem do SU sobre cuidados ao grande queimado através de acções de formação.

**Objectivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema.** Os objectivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

### **OBJECTIVO GERAL**

Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao grande queimado na sala de emergência do serviço de urgência do HLA,EPE.

### **Objectivos Específicos:**

-Aprofundar conhecimentos sobre queimaduras e cuidados ao grande queimado;

-Conhecer a realidade do HLA sobre o número de clientes admitidos no SU por queimaduras graves, através da consulta de livro existente (desde Julho de 2011) na sala de emergência do HLA,EPE;

- Conhecer a opinião da equipa do serviço de urgência do HLA,EPE;
- Envolver a equipa de enfermagem do serviço de urgência do HLA,EPE no projeto em questão;
- Criar protocolo de cuidados ao grande queimado admitido no serviço de urgência do HLA,EPE;
- Efetuar formação á equipa sobre cuidados ao grande queimado.

**Referências Bibliográficas** (Norma Portuguesa)

Brissos, Adelaide - O Planeamento no contexto da imprevisibilidade. *In Revista portuguesa de Saúde Pública*. 2004.Vol.22.Nº1.P.43-55.Janeiro-Julho.

Estran, Neide - *Sala de emergência -Emergências Clínicas e Traumáticas*. Porto Alegre: 2003.ISBN 85-7025-710-4.

Hospital do Litoral Alentejano-Visão e Missão [acedido a 24/10/11] e disponível em : <http://www.hlalentejano.min-saude.pt/>.

Ordem dos enfermeiros-Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *In Divulgar*, Lisboa: Grafinter, 2002,p.2-16.

Pires, A. *Inovação e desenvolvimento de novos produto*. Lisboa : Edições Silabo, Lda , 1999.

Thelan,Lynnavie,Joseph;Urden,Linda;Lough,Mary -*Enfermagem em Cuidados Intensivos ,Diagnóstico e Intervenção*: Lisboa ,Copyright,1994-ISBN 972-96610-2-2.

Torres. M;Rodrigues, Eugénia - ATENDIMENTO DO GRANDE QUEIMADO NO SU. *In Servir*, nº2,Março-Abril,2002,p.75.

Zêzere, J.L;Pereira,A.R;Morgado, P-Perigos Naturais e Tecnológicos no Território de Portugal Continental-Centro de Estudos Geográficos.lisboa.

[acedido a 24/10/11] e disponível em : <http://www.hlalentejano.min-saude.pt/>

Data:

Assinatura:

## APÊNDICE 3

### Planeamento do projeto

## Planeamento do Projeto

<b>Estudante:</b> Ana Cristina Duarte Pereira	<b>Orientador:</b> Enfermeiro Amaro Pinto
<b>Instituição:</b> Hospital da região sul do país	<b>Serviço:</b> Urgência
<b>Título do Projecto:</b> Uniformização dos cuidados ao grande queimado na sala de emergência	
<b>Objectivos (geral específicos, centrados na resolução do problema.</b> Os objectivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u> ):	
<b><u>OBJECTIVO GERAL</u></b> Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao grande queimado na sala de emergência do serviço de urgência do HLA,EPE	
<b><u>OBJECTIVOS Específicos</u></b> -Aprofundar conhecimentos sobre cuidados ao grande queimado ; -Conhecer a realidade do HLA sobre o número de clientes admitidos no serviço de urgência por queimaduras graves ; -Conhecer a opinião da equipa de enfermagem do serviço de urgência do HLA,EPE ; -Envolver a equipa de enfermagem do serviço de urgência do HLA,EPE no projecto em questão; -Criar protocolo de cuidados ao grande queimado admitido no serviço de urgência do HLA,EPE; -Implementar protocolo de cuidados ao grande queimado no serviço de urgência do HLA EPE;	

**Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção** (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)

**Enfermeira Chefe** : Enf<sup>a</sup> G. F.  
**Enfermeiro Orientador**: Enf<sup>o</sup> A. P.  
**Professor Orientador**: Prof<sup>a</sup> Lurdes Martins  
**Equipa de enfermagem do serviço de urgência do HLA.EPE**  
**Diretor do serviço de urgência** : Dr C. A.  
**Presidente do Conselho de Administração**: Dra A.B.

**Data:** 10 / 01 / 2012

**Assinatura:** Cristina Pereira

Objectivos Específicos	Actividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
1- Aprofundar conhecimentos sobre cuidados ao grande queimado	-Efectuar pesquisa bibliográfica e em bases de dados sobre queimaduras; -Elaboração de um dossier temático sobre cuidados ao grande queimado;	Responsável do projecto Técnica bibliotecária da instituição  Troca de informação com colegas	Apoio Informático, Internet, Bases de dados internacionais, artigos, livros, revistas  Equipa de enfermagem	Set 2011 a Julho 2012  Set 2011 a Julho 2012	Atualização de conhecimentos

<p>2-Conhecer a realidade do HLA EPE sobre o número de clientes admitidos no serviço de urgência por queimaduras graves</p>	<p>Consulta em livro de registos existente na sala de emergência desde Julho de 2011</p> <p>Consulta processual através do sistema alert de clientes admitidos no SU(serviço de urgência) no ano de 2010 e primeiro semestre de 2011</p>	<p>Responsável do projeto</p> <p>Administrativos</p>	<p>Livro de registos</p> <p>Base de dados informática (sonho , alert )</p>	<p>Set-Nov 2011</p> <p>Set-Nov 2011</p>	<p>Livro de registos existente na sala de emergência</p> <p>Apresentação de estatística do número de clientes queimados admitidos no serviço de urgência no ano de 2010 e primeiro semestre de 2011</p>
<p>3-Conhecer a opinião da equipa de enfermagem do serviço de urgência do HLA EPE acerca do projecto em questão</p>	<p>Reunião com a Enfermeira responsável do SU</p> <p>Reunião com o Enfermeiro diretor para apresentação do projeto</p> <p>Pedido de autorização ao conselho de administração para aplicação de</p>	<p><i>Responsável do projecto</i></p> <p><i>Enfermeiro director</i></p> <p><i>Enfermeira responsável pelo serviço</i></p>	<p>Material de consumo informático e papel</p>	<p><i>Set 2011</i></p> <p><i>Set 2011</i></p> <p><i>Set 2011</i></p>	<p>Parecer positivo dos Enfermeiro diretor,diretor clínico e Enfermeira responsável do SU</p> <p>Autorização do</p>

4-Envolver a equipa de enfermagem do serviço de urgência do HLA EPE no projeto em questão	questionários				conselho de administração para aplicação de questionários
	Elaboração de questionário para aplicação á equipa de Enfermagem do su do HLA	<i>Equipa de Enfermagem</i>	Material informático e papel	Set 2011	
	Aplicação de questionários á equipa de enfermagem do serviço de urgência do HLA EPE	<i>Professora Orientadora</i> <i>Enfermeiro Orientador</i> <i>Responsável pelo projeto</i>	Material de consumo informático e papel	Out-Nov de 2011	Apresentação estatística dos dados obtidos nos questionários aplicados na fase de diagnostico da situação
	Reuniões informais com a equipa para divulgação do projeto	<i>Equipa de enfermagem</i>		Set 2011-julho 2012	Feed back positivo de pelo menos 80 % dos enfermeiros
	Aplicação de questionários á equipa de enfermagem do serviço de urgência do HLA EPE (já efetuado)	<i>Responsável pelo projeto</i>	Material de consumo informático e papel	Out-Nov de 2011	Apresentação estatística dos dados obtidos nos questionários aplicados na fase de diagnostico da situação
	Disponibilização de um dossier temático na sala de emergência que contenha toda a informação recolhida	<i>Responsável pelo projeto</i>	Dossier	julho2012	

	Elaboração de póster que contemple protocolo de cuidados ao grande queimado	Responsável pelo projeto	Material de consumo informático e papel	Junho de 2012	Consulta do dossier temático por pelo menos 10 % dos enfermeiros
	Planeamento da sessão de formação			Abril de 2012	
	Divulgação da acção de formação	Equipa de enfermagem e médica (convidada a assistir)	Plano da sessão	<i>Maio de 2012</i>	
	Sessão de formação sobre cuidados ao grande queimado e divulgação do projeto com apresentação do protocolo	Funcionários do serviço de informática	Folheto (para divulgação para afixar na sala de enfermagem)	Junho 2012	Que pelo menos 80 % dos enfermeiros tenham conhecimento da sessão de formação a realizar
	Avaliação da sessão de formação	responsável pelo projeto	Auditório da instituição	Junho 2012	Presença de pelo menos 15% dos enfermeiros do su na formação realizada
		Professora orientadora	Material multimédia		Análise da estatística obtida no preenchimento da avaliação da sessão
		Enfermeiro orientador	Suporte informático e de Papel		
		<i>Enfermeira responsável</i>	Apoio Informático, Internet, bases de dados internacionais livros, artigos, revistas		

<p>5-Criar protocolo de atuação ao grande queimado admitido no serviço de urgência do HLA EPE</p>	<p>Consulta de guidelines internacionais sobre cuidados ao grande queimado em contexto de sala de emergência</p>	<p>Responsável do projecto</p> <p>Diretor do serviço de urgência</p>	<p>Material em suporte informático e de papel</p>	<p>Jan/Fev 2012</p>	<p>Homologação de protocolo</p>
	<p>Elaboração de protocolo</p>	<p>Enfermeira responsável do SU</p>		<p>Mar/Abril 2012</p>	
	<p>Reunir com peritos na área de forma a obter o seu parecer sobre o mesmo</p>	<p>Professora Orientadora</p> <p>Enfermeiro Orientador</p>	<p>Abril 2012</p>		
	<p>Envio de protocolo ao conselho de administração, coordenador do serviço de urgência e enfermeira responsável do mesmo, para homologação</p>	<p>Perita</p>	<p>Maio 2012</p>		
	<p>Elaboração de check list de procedimentos</p>	<p>Responsável do projecto</p>	<p>Material informático e papel</p>	<p>Maio 2012</p>	<p>check list de procedimentos de cuidados ao grande queimado</p>

<p>6-Implementar protocolo de cuidados ao grande queimado no serviço de urgência do HLA EPE</p>	<p>Divulgação do protocolo através de sessão de formação á equipa de enfermagem (já realizada)</p> <p>Disponibilização de protocolo em dossier na sala de emergência</p> <p>Afixação de póster já realizado na sala de emergência</p> <p>Disponibilização de check list em dossier junto ao protocolo</p> <p>Prestação de cuidados ao grande queimado de acordo com o instituído em protocolo</p>	<p>Responsável do projecto</p> <p>Equipa de enfermagem</p> <p>Responsável pelo projeto</p>		<p>Junho/Julho 2012</p> <p>Junho/Julho2012</p> <p>Junho/Julho 2012</p> <p>Junho/Julho 2012</p> <p>Junho/Julho 2012</p>	<p>Dossier temático existente na sala de emergência</p> <p>Póster afixado na SE</p> <p>Questionar aleatoriamente 10 % dos enfermeiros com 5 questões acerca do protocolo em questão e que saibam responder a pelo menos 3 das questões</p> <p>Avaliação do preenchimento de check list aquando da admissão de clientes queimados na SE</p>
---	---	--	--	--	--

**Cronograma:**

	Setembro 2011	Outubro 2011	Novembro 2011	Dezembro 2011	Janeiro 2012	Fevereiro 2012	Março 2012	Abril 2012	Mai 2012	Junho 2012	Julho 2012
Efectuar pesquisa											
Elaboração de um dossier temático											
Consulta em livro de registos existente na SE											
Consulta processual											
Reunião com a sra enf <sup>a</sup> chefe do serviço											
Reunião com o Sr Enfermeiro Diretor											
Pedido de autorização ao CE											

Elaboração de questionários											
Aplicação de questionários											
Reuniões informais com a equipa de enfermagem											
Disponibilização de um dossier temático na SE											
Elaboração de póster											
Planeamento da formação											
Divulgação da formação											
Acção de formação											
Avaliação da formação											

Consulta de guidelines internacionais												
Elaboração de protocolo												
Reunir com peritos na área												
Envio de protocolo para homologação												
Divulgação do protocolo												
Prestação de cuidados segundo protocolo												

**Orçamento:**

Recursos Humanos: Não irá acarretar custos extras

Recursos Materiais: Os materiais de consumo clínico e farmacológicos necessários já existem na instituição

Os custos adicionais apenas se irão reportar ao valor do póster e de outros materiais (papel,dossier) ,material de consumo informático que será de um valor estimado em aproximadamente 50 Euros

**Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:**

O proposto pode sofrer alterações no decorrer do projecto sendo que:

As acções de formação específicas dependem da articulação com A enf<sup>a</sup> Chefe e o grupo responsável pela formação em serviço do SU;

Poderá ocorrer desinteresse das equipas envolvidas (Pouca adesão dos colegas do serviço à formação, devido a pouca disponibilidade temporária);

O Rácio/turno de recursos humanos é insuficiente;

Poderão surgir constrangimentos relacionados com limitação temporal para a implementação do projecto;

A forma de poder ultrapassar estes constrangimentos , no que concerne á pouca adesão dos colegas poderá ser minimizada ao divulgar a formação no serviço e através da intranet e se necessário realizar a mesma formação em dias distintos de forma a englobar o maior número possível de colegas. A apresentação do projecto será de forma detalhada e com todos os passos bem articulados e fundamentados `a direcção do serviço, para que havendo envolvimento do topo as coisas se tornem mais fáceis aos colaboradores.

**O atendimento ao cliente Vitima de queimadura é multidisciplinar e todos devem estar envolvidos para que o objectivo seja atingido!**

Data\_10\_\_/\_01\_\_\_/2012 \_\_\_\_\_

Assinatura:\_\_\_Cristina Pereira\_\_\_\_\_ Docente: Lurdes Martins\_\_\_\_\_

APÊNDICE 4  
Questionários

## QUESTIONÁRIO

Ana Cristina Duarte Pereira, Enfermeira a exercer funções no serviço de urgência do \_\_\_\_\_, aluna do 1º Mestrado em Enfermagem Médico cirúrgica a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal a realizar os estágios (I e II) no serviço de urgência \_\_\_\_\_. No âmbito dos mesmos pretende realizar de acordo com a metodologia de projecto um estudo na área do cliente queimado em contexto de sala de emergência.

Sendo de extrema importância a opinião de toda a equipa de enfermagem, solicita a vossa colaboração no preenchimento deste questionário com o intuito de avaliar a pertinência do tema.

Este questionário é anónimo, não sendo necessário identificar-se, pode desistir do seu preenchimento se assim o entender.

Assinale com X a opção que considerar correcta:

Considera o tema pertinente?

Discorda totalmente

Discorda

Concorda

Concorda Plenamente

Sente segurança a prestar cuidados ao cliente queimado em contexto de sala de emergência?

Discorda totalmente

Discorda

Concorda

Concorda Plenamente

Estaria disposto(a) a colaborar na elaboração de um protocolo nesta área?

Discorda totalmente

Discorda

Concorda

Concorda Plenamente

Considera que a elaboração de um protocolo irá contribuir para uma prestação de cuidados com maior qualidade e segurança para o cliente queimado?

Discorda totalmente

Discorda

Concorda

Concorda Plenamente

Considera importante efectuar formação nesta área?

Discorda totalmente

Discorda

Concorda

Concorda Plenamente

Sugestões:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Muito obrigado pela sua colaboração e pelo tempo dispendido.

## APÊNDICE 5

### FMEA

FMEA										
Descrição do processo	Etapas	G	Modo potencial de falhas	O	Efeitos	D	R P N	Causas	Acções a Desenvolver	Responsável
<i>Diagnóstico</i>	Pedido de autorização ao conselho de administração para aplicação de questionários e desenvolvimento do projecto	8	Desconhecimento do projecto pelo conselho de administração do HLA	8	Não autorização para aplicação de questionários e desenvolvimento do projecto	5	3 8 4	Projeto apresentado de forma pouco eficaz	Elaboração de pedido de autorização por carta ao CA explicitando o projeto  Entrevista com o Enfermeiro director para apresentação do projeto	Aluna de mestrado EMC
<i>Diagnóstico</i>	Consulta de dados acerca do nº de clientes admitidos no Su por queimaduras (por gravidade ) no ano de 2010 e 1º semestre de 2011	3	Dados obtidos não permitirem discriminar a gravidade dos clientes admitidos no su por queimaduras	4	Planeamento do projecto não contemplar nº de clientes queimados admitos no su de acordo com o grau de gravidade	6	7 2	Inexistência de dados que discriminem a gravidade dos clientes admitidos no SU no ano de 2010 e 1º semestre de 2011	Pedido ao serviço de estatística para fornecimento de dados discriminando a gravidade dos clientes admitidos no su por queimaduras no ano de 2010 e 1º semestre de 2011  Incentivar o registo correcto no livro existente na SE	Aluna de mestrado EMC

<i>Diagnóstico</i>	Aprofundamento de conhecimentos sobre queimaduras	5	Conhecimentos sobre queimaduras insuficientes e pouco actuais	5	Planeamento do projecto não contemplar informação actual	6	1 5 0	Pouca informação disponível actualizada	Pesquisa bibliográfica  Pesquisa em bases de dados	Aluna de mestrado EMC
<i>Diagnóstico</i>	Conhecer a opinião dos enfermeiros do SU sobre a pertinência do tema do projecto	6	Opinião dos enfermeiros pouco favorável ao desenvolvimento do projeto	7	Projecto não estar em consonância com opinião dos enfermeiros do SU	7	2 9 4	Inexistência do conhecimento da opinião dos enfermeiros acerca do projecto	Aplicação de questionários aos enfermeiros do SU	Aluna de mestrado EMC
<i>Diagnóstico</i>	Envolver a equipa de enfermagem no projeto	6	Pouca adesão dos enfermeiros do SU	6	Dificuldade em implementar o projecto	7	2 5 2	Divulgação pouco eficaz do projeto	Dar a conhecer o projeto em questão;entrevistas informais aos colegas;  Aplicação de questionários aos enfermeiros do su;	Aluna de mestrado EMC

## APÊNDICE 6

Pedido de autorização ao conselho de administração para a aplicação de questionários

Ao Conselho de Administração do  
Hospital do

Ana Cristina Duarte Pereira, Enfermeira a exercer funções no serviço de urgência do HLA, a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal, irei iniciar o estágio I e II no serviço de urgência no início do 2º semestre (com início em Setembro de 2011), utilizando a metodologia de projecto, no qual pretendo desenvolver um” protocolo de cuidados ao doente queimado em contexto de emergência”.

Para desenvolver este projecto, irei necessitar de aplicar questionários à equipa de enfermagem (fase de diagnóstico da situação), assim como posteriormente nas fases de planeamento e execução proceder a todas as acções que considerar fulcrais para o desenvolvimento desde projecto tais, como a elaboração de poster (para ser afixado na sala de emergência), acções de formação para toda a equipa multidisciplinar e eventual pasta com toda a informação do protocolo.

Com a elaboração deste projecto, pretendo não só cumprir os objectivos do referido estágio, mas também contribuir para um prestação de cuidados de maior qualidade e segurança ao doente queimado.

Venho desta forma, solicitar ao Conselho de Administração deste Hospital autorização para a realização deste projecto.

Santiago do Cacém ,23 de Setembro de 2011

Atenciosamente

Ana Cristina Duarte Pereira

## APÊNDICE 7

### Cronograma de atividades final

## CRONOGRAMA FINAL

	Setembro 2011	Outubro 2011	Novembro 2011	Dezembro 2011	Janeiro 2012	Fevereiro 2012	Março 2012	Abril 2012	Maió 2012	Junho 2012	Julho 2012
Efectuar pesquisa											
Elaboração de um dossier temático											
Consulta em livro de registos existente na SE											
Consulta processual											
Reunião com a sra enf <sup>a</sup> chefe do serviço											
Reunião com o Sr Enfermeiro Diretor											
Pedido de autorização ao CE											
Elaboração de questionários											

Aplicação de questionários											
Reuniões informais com a equipa de enfermagem											
Disponibilização de um dossier temático na SE											
Elaboração de póster											
Planeamento da formação											
Divulgação da formação											
Sessão de formação											
Avaliação da formação											
Consulta de guidelines internacionais											

Elaboração de protocolo												
Reunir com peritos na área												
Envio de protocolo para homologação												
Divulgação do protocolo												
Prestação de cuidados segundo protocolo												

## APÊNDICE 8

Protocolo de cuidados ao grande queimado

<b>PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO</b> SERVIÇO DE URGÊNCIA	HLA-EPE 28-05-2012
--	-----------------------

**UNIFORMIZAÇÃO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NA  
SALA DE EMERGÊNCIA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO  
EPE**

**Elaborado por:**

Ana Cristina Duarte Pereira, Enfermeira no Serviço de Urgência (SU)

Mestranda em Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior de Saúde –  
Instituto Politécnico de Setúbal (ESS.IPS)

**Com a colaboração de :** Dr (Director Clínico do Serviço de  
Urgência)

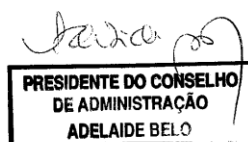
**Coordenado por:**

Professora: Lurdes Martins

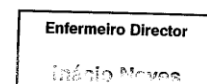
Enfermeiro



*Handwritten signature*



*Handwritten mark*



## SIGLAS

**ABA-** American Burn Association

**ASCQ-** Área de Superfície Corporal Queimada

**CA-** Conselho de Administração

**CIPE-** Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**ESS/IPS-** Escola Superior de Saúde-Instituto Politécnico de Setúbal

**ECG-** Eletrocardiograma

**ECG-** Escala de Coma de Glasgow

**EOT-**Entubação Orotraqueal

**EVA-** Escala Visual Analógica

**EV-** Endovenoso

**HBCO-** Carboxi-Hemoglobina

**HLA EPE-** H Entidade Pública Empresarial

**PVC-** Pressão Venosa Central

**RCR-** Ressuscitação Cárdio-Respiratória

**SCQ-** Superfície Corporal Queimada

**SDRA-** Síndrome Dificuldade Respiratória Aguda

**SU-** Serviço de urgência

**TA-** Tensão Arterial

**VMER-** Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## **0-INTRODUÇÃO**

As queimaduras são dos acidentes mais frequentes, ocorrendo em várias circunstâncias e em todas as idades. A maioria são lesões minor que decorrem sem grandes complicações. Contudo, algumas podem ser fatais ou potencialmente fatais, pelo que o seu tratamento deve ser correcto e efetuado o mais precocemente possível, pois dele depende não só o resultado funcional e estético, como a sobrevivência imediata. (Manual da VMER, 2000)

De acordo com um estudo realizado por Elsherbiny et al, 2011, as queimaduras são um dos problemas de saúde mais significativos em todo o mundo, levando à hospitalização prolongada e conseqüentemente a uma maior despesa para as pessoas, famílias e sociedade. Atualmente, o prognóstico das pessoas com queimaduras depende do tratamento adequado, do sistema de saúde e profissionais de saúde, o que terá impacto na sobrevivência e na qualidade de vida posterior ao acidente.

A gravidade na pessoa queimada advém da multiplicidade orgânica das lesões, sendo o tratamento complexo. A instabilidade hemodinâmica que ocorre nas primeiras horas nestas pessoas constitui um dos factores da alta taxa de mortalidade. (Estran, 2003).

A existência de um protocolo de atuação, que englobe conhecimentos científicos atuais baseados na evidência de forma a fundamentar e uniformizar os cuidados, contribuirá para uma prestação de cuidados de enfermagem com qualidade e segurança.

A qualidade em saúde é fulcral, mas, só é possível através do empenho e dedicação de todos os intervenientes. Mezomo (2001) refere que não é possível fazer sobreviver nenhuma organização se não se satisfizer as necessidades dos seus utentes, através da oferta de serviços de qualidade.

A admissão de pessoas vítimas de queimaduras no serviço de urgência (SU) do HLA EPE, mais especificamente “grande queimado”, não é muito frequente, mas quando ocorre, são situações de gravidade, que carecem de prestação de

cuidados urgentes, altamente qualificados. Os grandes queimados serão posteriormente transferidos para uma unidade de queimados.

Este protocolo contempla a prestação de cuidados ao grande queimado, na fase de reanimação, em contexto de sala de emergência independentemente da etiologia da queimadura, seja por agentes térmicos, elétricos ou químicos devido á proximidade do H com a plataforma industrial de Sines que constitui uma das áreas com maior risco para ocorrência de acidentes graves.

## **1-OBJETIVO**

Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de Enfermagem prestados ao grande queimado (Adulto) na sala de emergência do SU do HLA, EPE.

## **2-ÂMBITO**

Equipa de Enfermagem do SU do HLA, EPE.

## **3-RESPONSABILIDADES**

Conselho de Administração (CA):

- ✓ Homologar o protocolo

Enfermeira responsável pelo protocolo:

- ✓ Efetuar formação á equipa e divulgar o protocolo

Equipa de Enfermagem do SU do HLA:

- ✓ Cumprir o presente protocolo

#### 4-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahrenholz et al. *Practice Guidelines for burn care*. Journal of burn care & rehabilitation. nº22, p.275-285 de 2011.

American Burn Association - Burn Referral Criteria-Emergency Management Alert. Fevereiro de 2007..Disponível em:

<http://www.hcpro.com/SAF-66811-877/ABA-burn-referral-cr>. [10 de Maio de 2012]

American Burn Association. Shock and Fluid Resuscitation. Advanced Burn Life e support: Instructors manual.Chicago. p. 34-40. 2001

Arizona Burn Center-*Guidelines for Early Care and Transfer of Burn Patients*.2003

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem-CIPE Versão 2.0.Lisboa:Ordem dos Enfermeiros,2010.ISBN:978-92-95094-35-2.

Dowsett, Caroline.*The assessment and management of burns in the the community*. London.British Journal of Community Nursing. Maio de 2002,V.7.nº5. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12048496>. [2 de Maio de 2012]

Direcção Geral da Saúde-*A Dor como 5º Sinal Vital*. Registo Sistemático da Dor Circular normativa nº 9.2003.Lisboa.Disponível em :

<http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>. [6 de Janeiro de 2012]

Elsherbiny,E. et al. *Quality of life of adult patients with severe burns*. Journal of the international society for burn injuries. 2011 vol nº 37.

Emergency Nurses Association-*Trauma Nursing Core Course Provider Manual*.Sixt Edition, 2007.

Estran, Neide Valesque Brum- Sala de emergência -Emergências Clínicas e Traumáticas. Porto Alegre: 2003.ISBN 85-7025-710-4.

Hettiaratcy,Shehan e Dziewulski,Peter-*ABC of burns,Pathophysiology and types of burns.BMJ,v.328.P.1427-1429. JUNE. 2004.b-on.*

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÈDICA. *Manual da Vmer. Tomo II PROCEDIMENTOS CLÍNICOS.* 3ª Edição. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica, 2000.

Klein et al. *The association between fluid administration and outcome following major burn: a multicenter study.v.245.April de 2007. Pubmed- Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17414612> [2 de Fevereiro de 2012]*

Magnette, A. e Brychta, P. *European Practice Guidelines for Burn Care (minimum Level of Burn Care Provision in Europe).*Netherlands, 2011.

Mezomo, João. *Gestão da qualidade na saúde, Princípios básicos.*Brasil.Copyright.2001.ISBN:85-204-1263-7.

Mitra,Biswadev ;Fitzgerald,Mark;Cameron,Peter e Clelands Heather. *FLUID RESSUSCITATION IN MAJOR BURNS.v.76.p.35-38.2006.b-on.*

Mozingo,David.W ;Cioffi,William.G;Pruitt,Basil.A. Burns. Frederic, Bongard. Darryl, Sue.Vintch, J. *Critical Care Current Diagnosis &Treatment* .Copyright.2008.

New Zealand Guidelines Group.EVIDENCE-BASED BEST PRACTICE GUIDELINE SUMMARY.Management of Burns and Scals in Primary Care.2007.ISBN(electronic): 978-0-478-27977-4

NSW Severe Burn Injury Service. *Burn Transfer Guidelines.* NSWHEALTH. Second Edition.2008. Disponível em:

[www.health.nsw.gov.au/.../gl/.../GL2008\\_012.ht...](http://www.health.nsw.gov.au/.../gl/.../GL2008_012.ht...) [15 de Abril de 2012]

Palão,R; Monge,I; Ruiz,M; Barret,J.-*Chemical burns:Pathophysiology and treatment*.Journal Burns.p.295-304. 2010

Papini, Remo e Hettiaratchy,Shehan. *ABC of burns-Initial management of a major burns -assesment and resuscitation*.Copyright.2004.p.101-103.

<http://www.scielo.br/pdf/> [12 de Janeiro de 2012]

Phipps,W.J.et al. *Enfermagem Médico-Cirúrgica-conceitos e prática clínica*.Lisboa:Lusodidacta, 1997.

Prehospital Trauma Life Support-*Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado Básico e Avançado*.6ªEd.Rio de Janeiro: Elsevier Editora ,Lda,2007.ISBN:978-85-352-2145-9.

Sheehy,Susan. *Enfermagem de Urgência. Da teoria à prática*.Lusociência.6ªEd.2011.ISBN:978-972-8930-63-9.

Smeltzer,C,Suzanne & Bare,Brenda.TRATADO DE ENFERMAGEM-CIRÚRGICA.Editora Guanabara Kougan.S.A.1993.

Stander,Melanie e Wallis,A.L.*The Emergency Management and Treatment of Severe Burns*.Emergency Medicine Internacional.Copyright.South África.2011.May.Disponível em:

<http://web.ebsco.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?=1> [ 10 de Abril de 2012]

Summers, Anthony. *TREATING BURNS CAUSED BY HYDROFLUORIC ACID*.EMERGENCY NURSE.Queensland.nº3.V.19.2011.June.p.12-15.

Torres, M e Rodrigues, E. *ATENDIMENTO DO GRANDE QUEIMADO NO SU*.Servir.Lisboa.nº50,2002 Março-Abril.p.75.83.

Thelan,A, Lynne; Davie,K,Joseph; Urden,D, Linda; Lough, E,Mary - *Enfermagem em Cuidados Intensivos ,Diagnóstico e Intervenção*: Lisboa ,Copyright,1994-ISBN 972-96610-2-2.

Victorian Burns Unit-*Burns Management Guidelines,2007*.Disponível em

[http: www.vicburns.org.au/initial-management/primary-survey.html](http://www.vicburns.org.au/initial-management/primary-survey.html). [01 de Maio de 2012.]

Zaletel,L.Cynthia-Factors Affecting Fluid Ressuscitation in the Burn Patient:The collaborative Role of the APN.Advanced Emergency Nursing Journal.2009.Vol.31.nº4-October/December.p.309-320.Disponivel em :

[http://www.nursingcenter.com/library/journalArticle.asp?Article\\_ID=942593](http://www.nursingcenter.com/library/journalArticle.asp?Article_ID=942593). [10 de Janeiro de 2012]

## 5- DEFINIÇÕES

Uma queimadura é um trauma complexo, que necessita de cuidados contínuos e multidisciplinares. (Magnette et al,2011)

### 5.1-QUEIMADURA

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, eléctricos ou radioactivos (...).” (CIPE, 2010,p.71)

“A queimadura é uma lesão que resulta em perda ou dano dos tecidos. A danificação do tecido pode resultar da exposição a fontes térmicas, eléctricas, químicas ou a radiações. A lesão dos tecidos é determinada pela temperatura ou causticidade do agente da queimadura e pela duração do contato do tecido com a fonte. (...) O dano dos tecidos é causado pela disfunção enzimática e pela desnaturação das proteínas. A exposição prolongada ou as temperaturas mais elevadas podem levar a necrose celular e a um processo que se designa como coagulação proteica. As áreas que se estendem para fora desta área de lesão central suportam graus variados de danificação e são identificadas como zonas de lesão “(Thelan et al, 1996)

As alterações fisiopatológicas resultantes das queimaduras, na sua fase inicial aguda, incluem hipoperfusão tecidual e hipofunção orgânica secundária á diminuição do débito cardíaco. Os processos fisiopatológicos na fase aguda da queimadura envolvem mecanismos cardiovasculares, hidroeletrólitos, pulmonares e circulatórios. A ocorrência, magnitude e duração das alterações fisiopatológicas nas queimaduras são proporcionais à extensão da queimadura. As queimaduras que não excedem 25 % da área corporal queimada total produzem uma resposta local, enquanto que as queimaduras que excedem 25% da área corporal queimada podem gerar uma resposta local e sistémica, sendo consideradas queimaduras significativas. (Smeltzer&Bare,1993)

## 5.2-CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS

As queimaduras podem ser classificadas quanto ao agente agressor, grau de profundidade e gravidade. Podem ser causadas por agentes térmicos, químicos, eléctricos ou radioactivos.

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 eléctrica de alta tensão. (Estran, 2003)

### *5.2.1-Classificação das queimaduras quanto á profundidade*

As queimaduras classificam-se de acordo com a profundidade da destruição dos tecidos:

**-1º grau**, ocorre lesão superficial de espessura parcial, ocorre destruição ou lesão da epiderme. Caraterizam-se pela cor avermelhada e são dolorosas. Raramente têm significado clínico à excepção das grandes áreas de queimadura solar, em que ocorre o risco de desidratação se não houver uma hidratação oral adequada. São queimaduras que geralmente curam dentro de uma semana, sem deixar cicatriz.

**-2º grau**, lesão profunda de espessura parcial, envolve destruição da epiderme e das camadas superiores da derme. Classificam-se como superficiais ou profundas. Formam flictenas e são dolorosas. Estas queimaduras aparecem como flictenas ou como áreas queimadas sem epiderme, com um aspeto brilhante ou húmido. Geralmente cicatrizam entre 2 a 3 semanas. No entanto quando não existe o tratamento adequado, a zona de coagulação envolve toda a epiderme e parte da derme, em que a zona de estase pode evoluir para necrose e passar a uma queimadura de terceiro grau.

**-3º grau**, Lesão de espessura completa, que envolve a destruição total da epiderme e da derme e em algumas situações também dos tecidos subjacentes. Existe destruição das fibras nervosas, a queimadura é indolor, ou por vezes dolorosa porque as áreas de queimadura de terceiro grau são circundadas por queimaduras de 1º e 2º grau. As feridas têm uma aparência seca, esbranquiçada. Nos casos graves, a pele tem uma aparência carbonizada, com trombose visível dos vasos sanguíneos. As queimaduras desta profundidade podem ser incapacitantes e envolver risco de vida, necessitando de excisão cirúrgica imediata e reabilitação intensiva num centro especializado.

**-4º grau**, atingem todas as camadas da pele e também o tecido adiposo, músculos, ossos ou órgãos internos subjacentes.(Prehospital Trauma Life Support,2007)

Após uma queimadura, a temperatura elevada ou congelante, a radiação ou o agente químico fazem com que as proteínas da pele fiquem gravemente lesadas, provocando a sua desnaturação. Uma queimadura de espessura total apresenta três zonas de lesão tecidual, que são:

**-Zona de coagulação**, zona central em que ocorre a destruição tecidual máxima, é necrótica sem capacidade de reparação tecidual.

**-Zona de estase** apresenta lesão menos grave, as células estão lesadas, mas não de forma irreversível. No entanto se essas células ficarem sem aporte de oxigénio ou de fluxo sanguíneo, morrem e necrosam. Se for efetuado o tratamento correto da queimadura o fluxo sanguíneo e o aporte de oxigénio será preservado. Por vezes na tentativa de minimizar a dor é feita aplicação de gelo, o que irá provocar uma vasoconstrição, que irá impedir o restabelecimento do fluxo sanguíneo. Pelo que está contra indicada a sua aplicação.

**-Zona de hiperemia**, a mais externa, apresenta lesão celular mínima, ocorre um aumento do fluxo sanguíneo, secundário a uma reacção inflamatória

provocada pela queimadura. (Prehospital Trauma Life Support,2007)  
(Hettiaratcy,Dziewulski,2004)

### *5.2.2-Classificação das queimaduras quanto ao tipo de lesão*

As queimaduras quanto ao tipo de lesão podem classificar-se em térmicas, químicas, elétricas e por radiação.

#### ➤ **Queimaduras Térmicas**

Os acidentes por queimaduras térmicas têm como mecanismos de acção mais frequentes as chamas e o contacto com agentes quentes.

As queimaduras por chama englobam 50 % das queimaduras nos adultos, frequentemente associadas a lesão inalatória e trauma concomitante.

As queimaduras por contacto, em que houve contacto directo com agentes extremamente quentes ou por um contato anormalmente longo.  
(Hettiaratcy,Dziewulski,2004)

#### ➤ **Queimadura por frio**

A queimadura por frio, resulta da exposição a temperaturas de zero ou abaixo de zero graus. Num ambiente frio, o corpo tenta manter o calor pela vasoconstrição das veias periféricas, no entanto quanto maior for o período de exposição, mais reduzida é a circulação periférica.Os sinais e sintomas ,assim como a classificação das queimaduras por frio são similares aos das queimaduras térmicas.(Sheehy,2011)

#### ➤ **Queimaduras Químicas**

As queimaduras químicas são tanto mais graves quanto maior é a quantidade, especificidade, concentração do agente e a duração do contato com os tecidos.

Os agentes químicos são classificados como ácidos, base, orgânicos ou inorgânicos. Os ácidos são substâncias químicas com um ph entre 0 (ácido forte) e 7 (neutro).

As bases são agentes com um ph entre 7 e 14. Os ácidos provocam lesão do tecido através de um processo designado necrose de coagulação, esse tecido transforma-se numa barreira que impede que o ácido penetre mais profundamente. As queimaduras por base destroem o tecido através da necrose de liquefação, em que a base liquefaz o tecido, levando a que a base penetre mais profundamente e a lesão vai ficando mais profunda. (Prehospital Trauma Life Support,2007)

#### ➤ **Queimaduras eléctricas**

Este tipo de queimaduras divide-se em categorias de acordo com a exposição a baixa ou alta voltagem. Alta voltagem, como cabos eléctricos são todas as exposições com correntes que envolvem mais do que 1000 volts. Baixa voltagem, com corrente menor de 1000 volts. A electricidade entra no corpo no ponto de contacto e atravessa pelo trajeto de menor resistência. (Emergency Nurses Association, 2007)

A destruição dos tecidos e a necrose são bastante extensas comparativamente ao trauma aparente, uma vez que grande parte da destruição ocorre internamente, à medida que a electricidade é conduzida através do paciente. Ocorre destruição maciça de grandes massas musculares com libertação de potássio e mioglobina. A libertação do potássio dos músculos provoca um aumento significativo no nível sérico, o que pode resultar em arritmias cardíacas. A mioglobina é uma molécula existente no músculo, que auxilia o tecido muscular no transporte de oxigénio. Quando é libertada na corrente sanguínea em quantidades consideráveis, é tóxica para os rins, pode provocar insuficiência renal. (Préhospital Trauma Life Support,2007)

### ➤ **Queimaduras por radiação**

As várias formas de radiação incluem a radiação electromagnética, os raios x, os raios gama e a radiação particulada (ionizantes, não ionizantes, beta). As várias formas de radiação podem transferir vários graus de energia para os tecidos. A gravidade das queimaduras resultantes das várias formas de radiação depende da quantidade de energia absorvida pelo tecido afectado. (Préhospital Trauma Life Support, 2007)

## **6- ABORDAGEM AO GRANDE QUEIMADO NO SERVIÇO DE URGENCIA**

O percurso clínico de abordagem ao grande queimado pode dividir-se em 3 fases, ressuscitação/reanimação, cuidados agudos e reabilitação. (Thelan et al,1994) O tratamento inicial ao grande queimado como em outro politraumatizado é crucial nas primeiras 24 horas no qual a fase de ressuscitação tem início após o acidente.

A fase de ressuscitação/reanimação refere-se às primeiras horas após a queimadura, é o período desde o acidente até ao aparecimento da diurese espontânea, sinal de que os capilares recuperaram a sua integridade. As medidas imediatas têm como objectivo tratar as consequentes alterações sistémicas, lesões concomitantes e as áreas que sofreram queimadura.

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

A fase de reanimação, ou de choque de uma queimadura caracteriza-se por instabilidade cardiopulmonar, compromisso da via aérea que podem ameaçar a vida e ocorrer hipovolémia.

Na primeira abordagem no serviço de urgência a pessoa queimada deverá ser avaliada de acordo com o "ABCDE" de forma a conseguir identificar lesões que

poderão colocar em risco a sua vida. Desta forma a avaliação da pessoa queimada é efetuada atendendo a uma ordem de prioridades, para estabilizar as funções vitais, não descurando nunca em primeiro lugar a segurança dos profissionais.

A-Airway (Avaliação da via aérea com estabilização da cervical) A via aérea é prioritária na avaliação inicial da pessoa queimada. Deverá avaliar-se se a vítima tem resposta verbal, se sim a vítima terá permeabilidade das vias aéreas.

Deve avaliar se apresenta alguma obstrução da via aérea se sim deverão ser cumpridos os seguintes procedimentos:

- Elevação do queixo

- Aspiração da orofaringe, retirar próteses dentárias ou corpos estranhos se os houver;

- Utilizar adjuvantes da via aérea (tubo orofaríngeos ou nasofaríngeo);

- Estabilização manual da cabeça e cervical antes da entubação endotraqueal (se necessário);

Para avaliar a agressão da queimadura das vias aéreas é importante saber:

- As circunstâncias em que ocorreu o acidente (se houve inalação de gases, se esteve em recinto fechado, se houve perda de consciência por hipoxemia);

- Queimadura da face e pescoço;

- Queimadura dos cílios nasais ou da mucosa oral;

- Sinais como agitação, dispneia, taquipneia, broncospasmo, estridor laríngeo, rouquidão, sibilos, roncos;

Alguns destes sinais evidenciam lesão inalatória aguda e requerem cuidados imediatos e emergentes. O doente deverá ser entubado endotraquealmente o

mais precocemente possível uma vez que o risco de edema da traqueia é significativo e deverá ser colocado em ventilação assistida.

A estabilização da coluna cervical com colar cervical não deve ser ignorada e ser mantida até ao final da avaliação da pessoa queimada.

#### B-Breathing (respiração)

Em situação de incêndio, a principal causa de morte é a inalação de gases nocivos e não a lesão térmica propriamente dita. Mesmo que exista permeabilidade das vias aéreas esta pode não ser suficientemente eficaz pelo fumo já inalado anteriormente. Durante a combustão são libertados gases nocivos como o monóxido de carbono. Em presença de inalação de fumos, os sinais de alerta resultantes da intoxicação por monóxido de carbono são os seguintes:

- Dispneia, taquipneia, taquicardia, cefaleias, vertigens, náuseas, sendo que nas situações mais graves pode observar-se desorientação, fadiga, perturbações visuais, alucinações e coma.

Perante uma intoxicação com monóxido de carbono, deve administrar-se oxigénio por máscara de alto débito mesmo que a pessoa não apresente dificuldade respiratória, uma vez que reduz a semi-vida da carboxi-hemoglobina (HbCO) de 4 horas para 1 hora.

Sendo importante a realização de gasimetria arterial para obter o nível de carboxi-hemoglobina:

- Se níveis até 15%, os sintomas são pouco frequentes;

- Para níveis entre 15 % e 40 %, podem observar-se várias perturbações como cefaleias, confusão, desorientação, fadiga e perturbações visuais;

- Para níveis entre 40 e 60%, alucinações e até mesmo estado de inconsciência;

- Para níveis acima de 60%, existe risco imediato de vida;

É possível obter uma oximetria dentro dos parâmetros normais, uma vez que o oxímetro deteta a hemoglobina ligada ao O<sub>2</sub> e não ao monóxido de carbono. Caso o doente já esteja ventilado o fiO<sub>2</sub> deve ser de 100%.

A pneumopatia química é uma das complicações que pode surgir, em que um dos sinais é o aumento do pH, a descida de PACO<sub>2</sub> e aumento dos ciclos respiratórios, podendo conduzir a um Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA). O tratamento de eleição é o suporte ventilatório com pressão positiva.

As queimaduras circulares de espessura total do pescoço e tórax, podem causar insuficiência respiratória e alterações circulatório-vasculares nessa área. É importante avaliar a amplitude torácica e a frequência respiratória em que os parâmetros de frequência respiratória no adulto são 12-20 ciclos/minuto.

O tratamento preconizado da escara constrictiva consiste em efectuar uma escarotomia, caso o fluxo sanguíneo para o tecido não queimado não se restabeleça deve proceder-se a uma fasciotomia.

A escarotomia pode efectuar-se por duas técnicas:

1) Consiste em efectuar duas incisões na linha axilar anterior, bilateralmente desde a clavícula até ao rebordo costal, unidas por uma incisão perpendicular no rebordo costal, de forma a aliviar a constrição quer circulatória quer pulmonar.

2) A escarotomia denominada graduada consiste em efectuar incisões lineares na pele ou incisões em grade de forma a aliviar a constrição. Esta técnica não é dolorosa numa queimadura de espessura total, uma vez que as terminações nervosas já foram destruídas pela queimadura.

Deve ser feita avaliação de eventuais lesões que possam afetar a respiração como pneumotórax, hemotórax, pneumotórax hipertensivo e vollet costal. Que ocorrem habitualmente em consequência de acidente de viação ou explosão.

## C – Circulação

Devem colocar-se dois acessos venosos (dando cumprimento á norma de cateterização venosa existente no serviço) de grande calibre, mínimo G18, de preferência nos membros superiores (nos membros inferiores existe risco de tromboflebite) e numa área de pele não queimada (Pelo risco de infecção ao puncionar em área queimada), de forma a perfundir grandes volumes.

Se não se conseguir puncionar, acessos venosos periféricos, deve proceder-se á colocação de cateter venoso central na jugular ou subclávia.

É importante avaliar se a reposição de fluidos está a ser adequada, para tal:

-Tensão arterial e pulso devem estar de acordo com os parâmetros normais para a idade em questão

-O débito urinário esperado corresponde a 30 a 50 ml/hora no adulto. A diurese rigorosa é primordial nas primeiras horas, sendo necessário algaliar a pessoa queimada e colocar urimeter (dispositivo de avaliação horária) para obter um cálculo preciso e manter monitorização do débito urinário /hora. Se existir oligúria, este é um sinal de inadequada administração de fluidos. Está contra indicada a administração de diuréticos. Devendo ser aumentado o volume de fluidos a administrar. Sendo que na fase diurética existe reabsorção do edema.

-Pressão venosa central (PVC) deverá estar entre 3 a 8 cm de H<sub>2</sub>O

-Nível de consciência mantido

-Ausência de problemas gastrointestinais

A vigilância dos parâmetros vitais frequência cardíaca, tensão arterial, saturação de O<sub>2</sub> e monitorização de ECG é de extrema importância.

Em queimaduras de etiologia eléctrica existe grande probabilidade de alteração no equilíbrio ácido – base e consequentemente na produção de mioglobínúria, com consequente alteração da função renal. Pelo que deverão ser efectuadas precocemente análises de urina com o objectivo de determinar

o nível de mioglobinúria. Na presença de urina escura, significa que estamos na presença de mioglobinúria e de acidose, sendo urgente a fluidoterapia.

A diurese pretendida é de cerca de 100 ml /hora de forma a facilitar a eliminação de mioglobina.

Se após realização de gasimetria se constatar que existe acidose poderá proceder-se á administração de bicarbonato 8,4% de forma a restabelecer os valores normais de ph.

Deverá realizar-se ECG de forma a efectuar despiste de lesão do miocárdio.

#### D-Défice Neurológico

A avaliação neurológica da pessoa deve efectuar-se com base na escala de coma de Glasgow e na avaliação das pupilas quanto ao tamanho, simetria e reactividade.

Caso haja alteração do Glasgow, as possíveis causas são hipovolémia, hipoperfusão, hipoxemia, intoxicação por monóxido de carbono, desequilíbrio electrolítico.

Podem ocorrer lesões neurológicas periféricas na pessoa queimada por queimadura eléctrica ou térmica, no entanto só se irão manifestar alguns dias após a queimadura.

#### E-Exposição

A roupa e todos os adornos da pessoa queimada devem ser removidos. Caso a roupa esteja aderente à pele deve ser cortada e os fragmentos embebidos em soro fisiológico anteriormente á sua remoção.

A pele queimada após arrefecimento da queimadura com soro deve ser protegida com material estéril, não aderente.

De acordo com a área de superfície corporal queimada, caso esta seja de grande dimensão deve proteger-se a área queimada com lençol esterilizado

com face não aderente para a área corporal queimada e posteriormente colocar uma manta isotérmica, de forma a manter a temperatura e prevenir a contaminação.

Os grandes queimados arrefecem facilmente devido a perda da termorregulação, são extremamente susceptíveis à hipotermia. Sendo mandatório a avaliação da temperatura. Deve utilizar-se a administração de fluidos ev tépidos e manter o ambiente da sala aquecido se possível.

### **Fluidoterapia**

As queimaduras podem levar á perda de grandes quantidades de líquidos e electrólitos, conduzindo rapidamente ao choque hipovolémico.

A queimadura provoca lesão do leito capilar e de outros tecidos, levando a um aumento da permeabilidade capilar, em que o plasma passa rapidamente do compartimento vascular para o intersticial.

É de extrema importância que seja corrigida a volémia na fase de ressuscitação. A fluidoterapia deve constituir uma das medidas mais precoces nos cuidados ao grande queimado.

É necessária a administração de grandes quantidades de volume por via intravenosa para evitar o choque hipovolémico. Após uma queimadura, a vítima perde uma quantidade substancial de líquido intravascular na formação de edema corporal, além das perdas que ocorrem por evaporação no local da queimadura.

A gestão de fluidos adequada é fundamental para a sobrevivência da pessoa com queimaduras extensas. As necessidades de fluidoterapia estão relacionadas com a extensão da queimadura. Para evitar a hipovolémia e choque, a fluidoterapia deve ser iniciada o mais precoce possível. (Magnette et al,2011) (Torres, Rodrigues, 2002) (Burn Resource Manual, 2010) (The Arizona Burn Center, SD)

As perdas de fluido da lesão devem ser repostas para manter a homeostase. Todas as fórmulas fluidas são apenas directrizes, o seu sucesso depende de ajustar a quantidade necessária de fluidos. Sendo o principal objectivo da reanimação manter a perfusão de tecido da zona de estase. Se houver uma fluidoterapia insuficiente, pode ocorrer hipoperfusão dos tecidos, se em excesso poderá conduzir a edema e á hipoxia. A maior quantidade de perda de fluido ocorre nas primeiras 24 horas após a lesão. (Papini,2004)

Para reposição da volémia existem algumas fórmulas mas a mais utilizada é a **fórmula de Parkland** que orienta quanto ao tipo de reposição hídrica e volémica, podendo ser adaptada á pessoa de acordo com a sua reacção aos fluidos, ou seja apesar da orientação da fórmula a quantidade de líquidos administrada deverá basear-se sempre na sua resposta individual. O soro preconizado é um cristalóide o lactato de ringuer. A fórmula é a seguinte:

#### **4ml Lactato de Ringuer x peso (Kg) x % SCQ**

Administrado nas 24 horas após a queimadura, em que 50 % deve ser administrado nas primeiras 8 horas, e os restantes 50 % nas 16 horas seguintes.

Para Zaletel (2009),a fórmula de Parkland, quando baseada numa percentagem exata de SCQ (Superfície Corporal Queimada), pode ser uma ferramenta valiosa para o cálculo da quantidade de fluido a ser administrado durante a fase inicial de reanimação. Esta continua a ser de eleição na fluidoterapia no grande queimado. (Mitra et al,2006)

Para efectuar o cálculo de SCQ, existem vários métodos, como a regra dos nove, método de Lund –Browder e regra do um. No entanto neste protocolo o método de eleição é a regra dos nove, por ser um método de cálculo rápido e eficaz em situação de emergência.

Obtêm-se medições precisas de área de superfície corporal queimada utilizando a regra dos nove. (Magnette et al, 2011)

A regra dos nove, aplica o princípio de que as grandes regiões do corpo do adulto são consideradas como tendo 9% da área da superfície corporal total, à exceção do períneo ou área genital ,quantificado em 1 %. (Prehospital Trauma Life Support,2007) Esta é uma forma rápida e eficaz de avaliar a área de superfície corporal queimada (ASCQ).

A estimativa do tamanho da queimadura é necessária para reanimar a pessoa de forma apropriada e evitar as complicações associadas ao choque hipovolêmico decorrente da queimadura.(Prehospital Trauma life support,2007)

A ABA (American Burn Association) recomenda que em todas as queimaduras de segundo e terceiro grau superior a 15 % SCQ seja administrada a quantidade apropriada de lactato de ringuer como determinado pela fórmula de Parkland (4 ml/Kg/%SCQ) (Ahrenholz et al, 2001)

Estudos baseados em evidência sobre reposição volêmica na literatura são numerosos. (Magnette et al, 2011)

De acordo com um estudo realizado por Klein, Hayden et al (2007),as pessoas queimadas que receberam um grande volume de líquido durante a fase de reanimação eram mais propensos a sofrer de efeitos adversos como pneumonia, insuficiência de múltiplos órgãos e sistemas, infecções sanguíneas e morte. Por cada 5 l de excesso de fluido recebido, houve um aumento considerável no risco de pneumonia, SDRA, infecções da corrente sanguínea, insuficiência de múltiplos órgãos e morte. (Klein, Hayden et al, 2007)

## 6.1- QUEIMADURAS QUÍMICAS

Perante queimaduras químicas, de forma geral, devem evitar-se a utilização de agentes neutralizadores. No processo de neutralização, os agentes libertam calor, numa reacção exotérmica. Ao aplicar agentes neutralizadores se não o correto pode provocar-se uma queimadura térmica para além da queimadura química. (Prehospital Trauma Life Support, 2007)

As lesões mais extensas resultam de acidentes industriais e de laboratório. Os cuidados a prestar perante uma pessoa com queimadura química deve ser imediato. Contrariamente às queimaduras térmicas e eléctricas, nas químicas o tratamento imediato da ferida é prioritário. Deve ser removida toda a roupa imediatamente, se a substância química for um pó deve ser escovado antes da lavagem, deve efetuar-se a lavagem da ferida durante pelo menos 30 minutos. No caso de queimaduras por agentes alcalinos, o tratamento deve prolongar-se durante 1 hora. A procura de antídotos para produtos químicos específicos poderá atrasar o tratamento adequado de lavagem. (Torres,Rodrigues, 2002)

Existem no entanto algumas situações específicas, com especificidade de tratamento como a queimadura por ácido fluorídrico.

### **Ácido Fluorídrico**

Lesão por ácido fluorídrico, que constitui um alto risco para trabalhadores de refinarias, deverá ser utilizado antídoto, uma vez que o ião fluoreto continua a penetrar nos tecidos até ser inativado por formação de sais de cálcio. Após a exposição da área afetada, deve proceder-se á lavagem com água e ser aplicado tratamento tópico com um gel de gluconato de cálcio a 2,5 %, se a dor não cessar, pode administrar-se injeção de gluconato de cálcio a 10 % no local. (Mozingo et al, 2008) (Summers,2011)

Pode administrar-se gluconato de cálcio por via subcutânea na pele afetada, numa dose de 0,5 ml de gluconato de cálcio a 10 % por cm quadrado até que seja indolor. (Palao et al,2010)

As pessoas vítimas de queimaduras por ácido fluorídrico devem ser transferidas para uma unidade de queimados.

## 6.2- QUEIMADURAS ELÉTRICAS

A destruição dos tecidos e a necrose são bastante extensas comparativamente ao trauma aparente, uma vez que grande parte da destruição ocorre internamente, à medida que a electricidade é conduzida através do paciente. Ocorre destruição maciça de grandes massas musculares com libertação de potássio e mioglobina. A libertação do potássio dos músculos provoca um aumento significativo no nível sérico, o que pode resultar em arritmias cardíacas. A mioglobina é uma molécula existente no músculo, que auxilia o tecido muscular no transporte de oxigénio. Quando é libertada na corrente sanguínea em quantidades consideráveis, é tóxica para os rins, pode provocar insuficiência renal. A presença de mioglobinúria é evidente através da coloração da urina, urina cor de chá ou de coca-cola. É importante que estas pessoas tenham uma monitorização rigorosa da diurese, com um débito urinário de 100 ml/h no adulto, com a finalidade de evitar a insuficiência renal. (Préhospital Trauma Life Support,2007)

## 6.3- AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

“A dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado a Dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial.” (DGS, 2003,p.3)

A dor na pessoa queimada deve ser gerida através de uma abordagem baseada em orientação, deve ser medida através de escalas de avaliação

validadas para as diferentes faixas etárias. Escalas de dor, como EVA (escala visual analógica), são comumente utilizadas em adultos, embora actualmente não existam provas de evidência de classe 1, para apoiar o uso de qualquer uma das ferramentas de dor conhecidas, em avaliação de pessoas com queimaduras. No entanto, há evidências convincentes em outros grupos de pessoas que a EVA é uma medida confiável e válida para avaliar a dor.

Para controlo da dor na pessoa queimada é importante a analgesia, administração de morfina por via endovenosa, em doses pequenas, mas frequentes de forma a reduzir o desconforto e também a ansiedade. (Torres; Rodrigues, 2002) (Burn Resource Manual, 2010) (The Arizona Burn Center, SD) (Magnette et al, 2011)

#### 6.4-APOIO EMOCIONAL Á PESSOA QUEIMADA E FAMILIA

As pessoas com queimaduras graves sofrem danos profundos no seu corpo e na sua auto-imagem. O receio e ansiedade de ficarem desfigurados pelas cicatrizes é enorme, temem pela sua sobrevivência. O impacto e o sofrimento provocados pelo acidente, o ambiente hospitalar, tudo isso aumenta o stress emocional. O enfermeiro tem um papel preponderante para minimizar estes receios. Existem algumas intervenções que podem aliviar a ansiedade e tranquilizar a pessoa, assim como:

- ✓ Apresentar-se
  - ✓ Orientar a pessoa no ambiente que a rodeia
  - ✓ Descrever os sintomas físicos básicos (perda de pele, frio)
  - ✓ Explicar quais os procedimentos que vão ser efectuados e os equipamentos a utilizar
- (Phipps et al,1997)

A comunicação tem um papel fulcral para uma melhor prestação de cuidados á pessoa e família que vivenciam processos de doença complexos, geradores inevitáveis de stress e de sofrimento. A comunicação é essencial em todas as

acções realizadas, informar, colher dados, apoiar, nos procedimentos invasivos ou não invasivos e na relação de ajuda.

A relação de ajuda entre enfermeiro-pessoa assume-se como pilar dos cuidados de enfermagem, na qual é fundamental que o profissional seja dotado de conhecimentos, aptidões e atitudes para responder às necessidades específicas do outro. Em enfermagem a comunicação assume-se como uma ferramenta essencial na relação enfermeiro/cliente/família, quer seja verbal ou não verbal. A comunicação é a pedra basilar das nossas acções, é através da mesma que conseguimos avaliar a pessoa de forma holística e utilizar estratégias tendo em conta a complexidade do seu estado de saúde.

É importante que a família seja informada da situação clínica do seu familiar e lhe seja permitida a visita antes do mesmo ser transferido para a unidade de queimados. Deve-lhe ser explicado para que hospital será transferido e o porquê.

## 7-PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NA

### SE(Sala De Emergência)

A abordagem ao grande queimado (ASCT>20 %) após entrada na SE deverá ser de acordo com o "ABCDEF"

#### *Abordagem primária*

#### **A- Via Aérea (Airway)**

- Elevação do queixo
- Aspiração da via aérea, retirar próteses dentárias ou corpos estranhos se os houver
- Utilização de adjuvantes da via aérea (tubo orofaríngeo ou nasofaríngeo)
- Estabilização da cervical e manter imobilização se necessário

#### *Pesquisar sinais sugestivos de lesão inalatória*

- Fuligem no rosto, escarro carbonáceo
- Queimaduras faciais extensas, cílios nasais e sobrancelhas chamuscados
- Agitação, ansiedade, estupor ou outros sinais de hipoxia
- Polipneia
- Tosse, alterações na voz, ruídos respiratórios
- Eritema ou edema da orofaringe ou nasofaringe
- Grandes queimados >20 % ASCT queimada
- Valores laboratoriais, HbCO<sub>2</sub>>10 %
- Cor da pele vermelho-cereja
- Apenas o nível de HbCO<sub>2</sub> se encontra anormal
- Oximetria de pulso nem sempre precisa
- Indicações para entubação endotraqueal:
  - via aérea desprotegida

- suspeita de lesão inalatória com obstrução da via aérea
- edema do pescoço e cabeça
- presença de estridor
- ECG<9
- queimadura profunda da face e pescoço
  
- dificuldade respiratória

### **B- Respiração (Breathing)**

- Ouvir e verificar sons respiratórios
- Avaliar o tipo de respiração
- Avaliação de SATO<sub>2</sub>
- Administrar oxigênio humidificado a 100%, se grande queimado (ASCT>20 %)

### **C-Circulação(Circulation)**

- Monitorização de TA(Tensão Arterial)
- Monitorização cardíaca
- Vigiar coloração da pele
- Puncionar dois acessos ev com abocath de grande calibre (minimo 18),dando cumprimento á norma de cateterização venosa existente no serviço.

### **D- Estado Neurológico (Disability, Neurological)**

- Avaliação do estado de consciência, através da escala de coma de Glasgow. Se alterada, considerar:
  - Lesão inalatória?
  - Intoxicação por monóxido de carbono e lesão inalatória?
  - Abuso de substâncias?
  - Hipóxia?
  - Choque hipovolémico

### **E-Exposição (Exposure)**

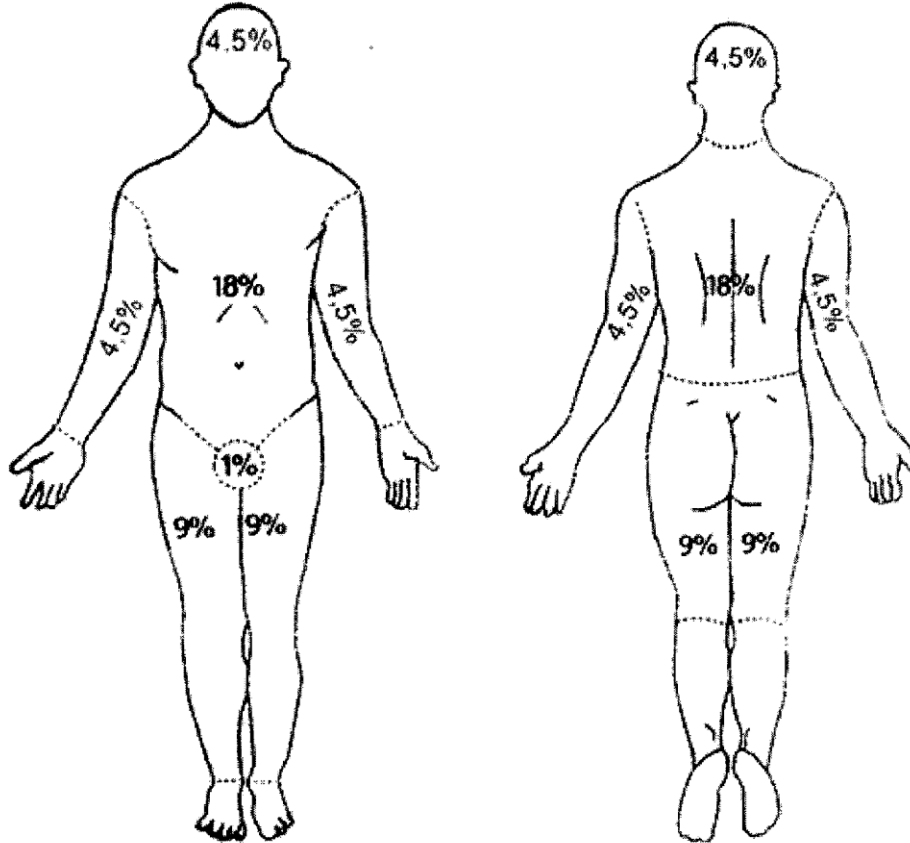
- Remover a roupa e objectos de adorno
- Manter a pessoa Tapada
- Limpeza da queimadura com soro fisiológico e envolvê-la em material estéril não aderente (prevenir contaminação)
- Colocar manta isotérmica (manter temperatura)
- Se possível manter temperatura aquecida

### **F-Fluidoterapia**

- Fórmula de parkland [4ml Lactato de Ringier x peso (Kg) x % SCQ], administrar, 50 % do volume calculado nas primeiras 8 horas e os restantes 50 % nas 16 horas seguintes, após cálculo de % SCQ através da regra dos nove.

### Determinar a severidade da queimadura

- Percentagem de área total de superfície corporal envolvida, cálculo de % de ASCT queimada através da regra dos nove de forma a avaliar a extensão da lesão



Disponível: <http://www.google.com.br/search?tbm=isch&hl=pt-PT&source>

- Avaliar a Profundidade da lesão  
-lesão superficial de espessura parcial (1º grau)

- lesão profunda de espessura parcial (2º grau)
- lesão de espessura completa (3º grau)
- Avaliar a necessidade de transferência para uma unidade de queimados

### **Controle da dor**

- Avaliação e registo da dor através da escala de avaliação da dor em vigor no serviço de urgência (EVA)
- Arrefecer a queimadura (lavar com soro tépido, 8º -15 º) e tapar, reduz a dor
- Administração de analgesia
  - Paracetamol ev e anti-inflamatórios não esteróides
  - Morfina 2 mg ev, repetir se necessário de 5 em 5 minutos até 0,2 mg /Kg
- Considerar ansiolíticos

### **Prevenção do tétano**

- Administração de imunoglobulina antitetânica se:
  - vacinação há mais de 10 anos, imunização desconhecida ou imunização duvidosa)

### *Abordagem Secundária*

#### **Realizar colheita de dados**

- ✓ mecanismo de lesão, hora e circunstâncias em que ocorreu a lesão, qual o agente, lesões concomitantes
- ✓ Alergias
- ✓ Medicação habitual
- ✓ História de gravidez

- ✓ Última refeição
- ✓ Acontecimentos relacionados com a lesão
- ✓ Doenças pré existentes
- ✓ Medicação, consumo de drogas
- ✓ Alergias
- ✓ Vacinação antitetânica (Historia da vacinação)
- ✓ Existência de suspeita de lesão não acidental

### **Cuidados a ter perante pessoas com :**

#### **Lesão Inalatória:**

- Colocar Oxigenoterapia por máscara de venturi com fio<sub>2</sub> a 100 %
- Entubação endotraqueal precoce.
- Iniciar fluidoterapia com lactato de ringuer de acordo com o cálculo da reposição hidrica
- Considerar broncodilatadores
- Avaliar necessidade de transferência para unidade de queimados

#### *Semi-vida do monóxido de carbono*

- 240-360 minutos a respirar ar ambiente
- 30-60 minutos com o<sub>2</sub> a 100 %

#### **Queimaduras térmicas:**

- Tratar de acordo com A,B,C,D,E,F
- Algaliação (de acordo com a norma em vigor na instituição)
- Registo de diurese horária (colocar urimeter),débito urinário (30 a 50 ml/h)

- Tapar com lençol esterilizado de queimados
- Nas queimaduras circulares, monitorizar os pulsos palpáveis
- Entubação nasogástrica ou orogástrica se estiver indicado em caso de vômito ou náuseas para descompressão gástrica, ou se % ASCT queimada > a 20 % e sempre que é EOT(Entubado orotraquealmente)
- Avaliar necessidade de transferência para unidade de queimados
- Na presença de edema, devem elevar-se os membros afectados
- Realização do penso, após higienização das mãos e com utilização de técnica asséptica:
  - Limpeza com soro fisiológico e aplicação de gaze gorda, em queimaduras profundas de espessura parcial (2º grau). Na presença de flitenas as mesmas devem manter-se intactas a não ser que estejam sob tensão ou localizadas em zonas que interfiram com o movimento, em que devem ser drenadas

#### **Queimaduras eléctricas:**

- Tratar de acordo com A,B,C,D,E
- Avaliar lesões ocultas
- Monitorização cardíaca
- Avaliação do estado neurológico
- Avaliar pulso nas extremidades afectadas
- Iniciar fluidoterapia com lactato de ringuer, se indicado
- Algaliação( de acordo com a norma em vigor na instituição), para controle de diurese horária (colocar urimeter),débito urinário(75 a 100 ml/h)
- Avaliar necessidade de transferência para unidade de queimados

### **Queimaduras químicas:**

- Segurança dos profissionais, utilizar EPI (Equipamento de Protecção Individual)
- Remover roupas e adornos
- Se pó seco escovar antes da lavagem com água
- Está contra indicada a neutralização á excepção de alguns produtos específicos
- Considerações especiais para alguns produtos químicos (ácido fluorídrico) deve proceder-se á lavagem com água e ser aplicado tratamento tópico com um gel de gluconato de cálcio a 2,5 %, se a dor não cessar, pode administrar-se injeção de gluconato de cálcio a 10 % no local
- Lavagem abundante com água bidestilada ou soro fisiológico
- Antes de transferir, lavar abundantemente
- Não se deve atrasar o tratamento, para identificar o agente químico
- Lesão química ocular é uma emergência, deve lavar-se continuamente com solução salina e referenciar para oftalmologia.

(Arizona Burn Center, 2003);(Burns management guidelines, 2007)  
;(Management of Burns and Scalds in Primary Care,2007); (Mozingo et al, 2008);(Burn Transfer Guidelines,2008);(Stander e Wallis,2011); (Magnette et al, 2011)

### **Registos**

Os registos de todos os cuidados prestados devem ser efectuados no sistema Alert. Há que salientar no sistema Alert a existência de um diagrama corporal onde deverá ser assinalada a ASCQ (Área de Superfície Corporal Queimada).

## 7.1- CRITÉRIOS DE TRANSFERÊNCIA PARA A UNIDADE DE QUEIMADOS

As guidelines de referência para admissão numa unidade de queimados são:

- Queimaduras de espessura parcial (2º grau) superiores a 10 % de ASCQ em pessoas com idade inferior a 10 e superior a 40 anos;
- Queimaduras de espessura parcial (2º grau) com ASCQ > a 20 % em pessoas entre os 10 e os 40 anos
- Queimaduras de espessura total (terceiro grau) com ASCQ > 5 % em qualquer faixa etária;
- Queimaduras que envolvam a face, mãos, pés, genitais, períneo ou as principais articulações;
- Queimaduras elétricas, incluindo lesão por relâmpago;
- Queimaduras químicas;
- Lesão por inalação;
- Queimaduras circulares dos membros e tronco;
- Queimaduras em pessoas com patologias pré existentes, o que poderia complicar o tratamento e prolongar a recuperação;
- Queimaduras e trauma concomitante (ex: fraturas) em que a queimadura representa maior risco de morbidade ou mortalidade. Nestes casos a pessoa deverá ser estabilizada antes de ser transferida para uma unidade de queimados;
- Queimaduras com padrões sugestivos de suspeita de abusos;

(Associação Americana do centro de queimados,2007)(Mozingo et al,2008)

## **ACOLHIMENTO DA PESSOA QUEIMADA E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

O processo de acolhimento que se estabelece no primeiro contato entre a pessoa queimada e a equipa que o recebe e lhe presta cuidados é fundamental.

Existem algumas intervenções que podem aliviar a ansiedade e tranquilizar a pessoa, assim como:

- ✓ Apresentar-se
  - ✓ Orientar a pessoa no ambiente que a rodeia
  - ✓ Descrever os sintomas físicos básicos (perda de pele, frio)
  - ✓ Explicar quais os procedimentos que vão ser efectuados e os equipamentos a utilizar
- (Phipps et al, 1997)

### **8-REVISÃO**

O protocolo será revisto de dois em dois anos, ou sempre que seja necessário a sua reformulação para actualização do conteúdo.

## ÍNDICE

<b>0-INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>1-OBJETIVO</b>	<b>4</b>
<b>2- ÂMBITO</b>	<b>4</b>
<b>3-RESPONSABILIDADES</b>	<b>4</b>
<b>4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>5</b>
<b>5-DEFINIÇÕES</b>	<b>9</b>
<b>5.1- QUEIMADURA</b>	<b>9</b>
<b>5.2- CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS</b>	<b>10</b>
<b>5.2.1- Classificação das queimaduras quanto à profundidade</b>	<b>10</b>
<b>5.2.2- Classificação das queimaduras quanto ao tipo de lesão</b>	<b>12</b>
<b>6- PRIMEIRA ABORDAGEM AO GRANDE QUEIMADO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	<b>14</b>
<b>6.1- QUEIMADURAS QUÍMICAS</b>	<b>23</b>
<b>6.2- QUEIMADURAS ELÉTRICAS</b>	<b>24</b>
<b>6.3- CONTROLE DA DOR</b>	<b>25</b>
<b>6.4-APOIO EMOCIONAL Á PESSOA QUEIMADA E FAMÍLIA</b>	<b>26</b>
<b>7-- PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO</b>	<b>28</b>
<b>7.1-CRITÉRIOS DE TRANSFERÊNCIA PARA A UNIDADE DE QUEIMADOS</b>	<b>36</b>
<b>8- REVISÃO</b>	<b>37</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>38</b>

## APÉNDICE 9

Check list de procedimientos

## Vinheta do doente

### CHECK LIST DE PROCEDIMENTOS (CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO)

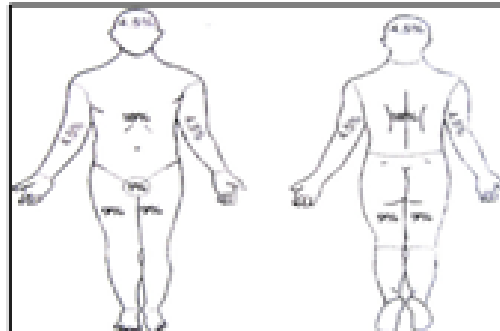
	SIM	NÃO
<i>Abordagem Primária</i>		
➤ Abordagem A,B,C,D,E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ F-Fluidoterapia		
Fórmula de Parkland após Cálculo de % ASCQ (Área de superfície corporal queimada )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puncionar 2 acessos venosos com abocath de grande calibre mínimo 18 G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Avaliar a profundidade da lesão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Controle da dor		
Avaliação da dor através da escala da dor (EVA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrefecer a queimadura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administração de analgesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Abordagem Secundária</i>		
➤ Colheita de dados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Administração de Imunoglobulina antitetânica se indicado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Entubação nasogástrica se :		
ASCQ>20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EOT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presença de vômito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## APÊNDICE 10

Póster sobre cuidados ao grande queimado

## PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NA SALA DE EMERGÊNCIA



### Abordagem Primária

A(Via Aérea)

B(Respiração)

C(Circulação)

D(Estado Neurológico)

E(Exposição)

R(Fluidoterapia-lactato de ringier-fórmula de parkland ,4ml/kgxASCC)

Controle da dor

Avaliação e registro da dor (EVA)

Antifecção a queimadura (lavar com 3F)

Administração de analgésia:

-Paracetamol cv

-Anti-inflamatórios

-Morfina(2 mg cv,se necessário repetir de 5 em 5 min)

Vacinação Antitetânica se indicado

### Abordagem Secundária

Coleta de dados

### CUIDADOS:

#### Queimaduras térmicas

Remover roupa

Lavagem abundante com 3F e pano limpo

3F e pano limpo

ENQ

Algaliação

Vigiar débito urinário/hora(50 a 80 ml/h)

#### Queimaduras químicas

Prioritário,remoção da roupa e adorno

Se existência de pó seco deve ser lavado

Lavagem abundante com 3F

Se queimadura por ácido fluorídrico:

-Lavagem com 3F

-Aplicação de gel tópico de gluconato de cálcio a 2,5 % ou injeção no local a 10 %,(0,5 ml por cm 2 até ser indolor)

Se queimadura ocular por ácido fluorídrico lavar abundantemente com 3F e encaminhar para oftalmologia

Cálculo de ASCQ-Regra dos nove para queimaduras de 2º e 3º grau

#### Queimaduras elétricas

Monitorização cardíaca

Avaliar lesões ocultas

Avaliar pulso das extremidades afetadas

Algaliação

Vigiar débito urinário/hora (75/100 ml/hora)

Vigiar parâmetros da urina

-procura de mioglobinaúria

### Crítérios de transferência para unidade de queimados

-Queimaduras de espessura parcial (2º grau) superiores a 10 % de ASCQ em gestos com idade inferior a 10 e superior a 40 anos;

- Queimaduras de espessura parcial (2º grau) com ASCQ > a 20 % em gestos entre os 10 e os 40 anos;

-Queimaduras de espessura total (terceiro grau) com ASCQ > 5 % em qualquer faixa etária;

-Queimaduras que envolvam a face, mãos, pés, genitais, perneo ou as principais articulações;

-Queimaduras circulares dos membros e tronco;

-Queimaduras em gestos com patologias pré-existentes, o que poderia complicar o tratamento e prolongar a recuperação;

-Queimaduras e trauma concomitante (ex: fraturas) em que a queimadura representa maior risco de morbidade ou mortalidade. Nestes casos a gestos deverá ser estabilizada antes de ser transferida para um unidade de queimados;

-Queimaduras com padrões sugestivos de suspeita de abuso

## APÊNDICE 11

### Plano da sessão de formação

## PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: Protocolo de cuidados ao grande queimado no serviço de urgência do HLA,EPE.

FUNDAMENTAÇÃO: Encontro-me a desenvolver no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a decorrer na escola Superior De Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal,um trabalho de acordo com a metodologia de projeto,atualmente na fase de execução e implementação,em que um dos objetivos se prendeu com a realização de um protocolo de cuidados ao grande queimado admitido no serviço de urgência do HLA,EPE.

OBJETIVOS: Divulgação do protocolo de cuidados ao grande queimado admitido na sala de emergência do su do HLA,EPE.

Conteúdos:Fundamentação do tema,fisiopatologia das queimaduras e cuidados ao grande queimado.

Destinatários:Médicos e Enfermeiros do serviço de urgência

Data: 27/06/2012

Carga horária: 60 minutos

Local: Auditório do HLA,EPE.

## APÊNDICE 12

### Apresentação da sessão de formação

Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

# PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

Trabalho Elaborado por: Ana Cristina Pereira  
Mestranda em Enfermagem Médico Cirúrgica

Coordenado por : Professora Maria Lurdes Martins  
Enfº A.P

Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

## PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

### Objetivo:

Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de Enfermagem prestados ao grande queimado (Adulto) na SE do SU do HLA.EPE

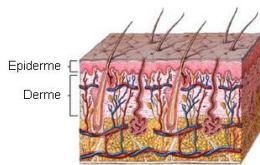


Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

## PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

### Anatomia da pele

- ✓ Epiderme
- ✓ Derme



Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

## PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

### Funções da Pele:

- Protecção
- Regulação de líquidos
- Termoregulação
- Sensibilidade
- Adaptação metabólica

(Préhospital Trauma Life Support, 2007)



Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

## PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

### DEFINIÇÕES:

- Uma queimadura é um trauma complexo, que necessita de cuidados contínuos e multidisciplinares.

(Magnette et al,2011)



Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

## PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

### DEFINIÇÕES:

- 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 a agentes térmicos, químicos, eléctricos ou radioactivos(…)”

(CIPE 2.0,2010,p.71)



Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

**PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE**

**FISIOPATOLOGIA**

Queimadura → Lesão → perda ou dano tecido

↓

Dilatação dos capilares e pequenos vasos

↓

↑ Permeabilidade capilar



(Thelan et al,1996)

Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

**PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE**

**FISIOPATOLOGIA**

Plasma → Tecido circundante → Edema

↻

Perda de líquidos

↻

Défice volume intravascular



Thelan et al,1996

Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

**PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE**

**FISIOPATOLOGIA**

Resposta fisiopatológica

↓

Hipoperfusão órgãos

↻

↓ Débito cardíaco

↑ Resistência vascular periférica



(Thelan et al,1996)

Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

**PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE**

**Queimadura de espessura total**

3 zonas de lesão tecidual:

- \* Zona de coagulação
- \* Zona de estase
- \* Zona de hiperemia



(Pré-hospital Trauma Life Support,2007)




Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

**PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE**

**CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS**

- Tipo de lesão
- Grau de profundidade
- Gravidade



Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

**PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE**

**CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS**


Térmicas

↕

Elétricas ↔ Tipos de lesão ↔ Químicas

↕

Radiação



### Classificação das Queimaduras Quanto ao tipo de lesão

➤ Térmicas

Chamas  
Contato (Agentes quentes/frios)



(Hettiaratchy,Dziewulski,2004);(Sheehy,2011)

### Classificação das Queimaduras Quanto ao tipo de lesão

➤ Química

- \* Quantidade
- \* Especificidade
- \* Concentração do agente
- \* Duração do contato com os tecidos



### Classificação das Queimaduras Quanto ao tipo de lesão

➤ Químicas

- Ácidos ,PH entre 0( ácido forte) e 7 (neutro)
- Base (PH entre 7 e 14)
- Orgânicos
- Inorgânicos



(Préhospital  
Trauma Life Support,2007)

### Classificação das Queimaduras Quanto ao tipo de lesão

➤ Queimaduras Elétricas

- ✓ Alta Voltagem(corrente > 1000 volts)
- ✓ Baixa Voltagem(corrente < 1000 volts)



(Emergency Nurses Association,2007)

### Classificação das Queimaduras Quanto ao tipo de lesão

\* Queimaduras Elétricas

- Destruição dos tecidos
- Necrose extensa comparativamente ao trauma aparente



### Classificação das Queimaduras Quanto ao tipo de lesão

\* Queimaduras Elétricas

- Destruição maciça de grandes massas musculares
- Liberação de potássio e mioglobina
- Arritmias cardíacas
- Insuficiência Renal



**PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE**

**Classificação das Queimaduras Quanto ao tipo de lesão**

○ **Queimaduras por radiação**

As várias formas de radiação:

- \* radiação electromagnética
- \* raios x
- \* raios gama
- \* radiação particulada (ionizantes, não ionizantes)



**PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE**

Profundidade queimadura	Estrutura da peleenvolvida	Caraterísticas da pele	Cicatrização
1º grau(lesão superficial)	epiderme	Cor avermelhada Dolorosas	1 semana Sem deixar cicatriz
2º grau(lesão de espessura parcial;superficial ou profunda)	Epiderme Derme	Flitenas Dolorosas Brilhante Húmido	2 a 3 semanas
3º grau(lesão de espessura total)	Epiderme Derme Tecidos subjacentes	Indolor Seca Esbranquiçada carbonizada	
4º grau	Todas as camadas da pele Tecido adiposo Músculos,ossos Órgãos internos		

**PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE**



**PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE**

**Gravidade**

**Grande queimado**

- Pessoa com queimaduras de segundo grau entre 20 % e 30 % de ASC no adulto
- Pessoa com queimaduras de terceiro grau superior a 10 % de SCQ
- Pessoa com queimadura da via aérea, genitais, mãos, pés
- Queimadura elétrica de alta tensão

(Estran,2003)



**PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE**

**Abordagem ao grande queimado no SU**

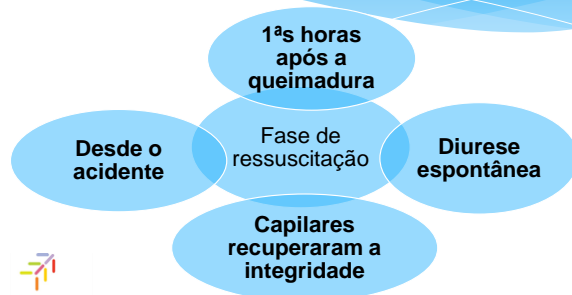
3 Fases:

- Ressuscitação/Reanimação
- Cuidados Agudos
- Reabilitação

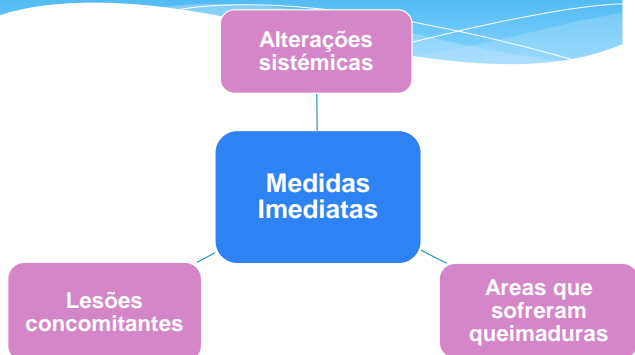
(Thelan et al, 1994)



**PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE**



**PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE**



**PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE**

**PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NA SALA DE EMERGÊNCIA**

- A-Via Aérea (Airway)
- B-Respiração (Breathing)
- C-Circulação (Circulation)
- D-Estado Neurológico (Disability)
- E-Exposição (Exposure)
- F-Fluidoterapia

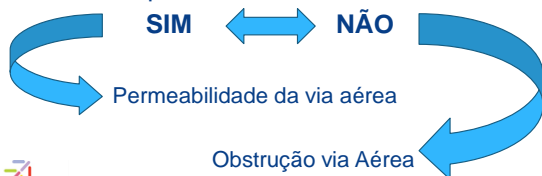


**PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE**

**Abordagem primária**

A-Via Aérea

Avaliar Resposta Verbal



**PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE**

**Abordagem primária**

A-Via Aérea

- ✓ Elevação do queixo
- ✓ Aspiração da via aérea, retirar próteses dentárias ou corpos estranhos
- ✓ Utilização de adjuvantes da via aérea
- ✓ Estabilização da cervical e manter imobilização se necessário



**PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE**

**Abordagem primária**

A-Via Aérea

Pesquisar sinais sugestivos de lesão inalatória:

- \* Fuligem no rosto
- \* Escarro carbonáceo
- \* Queimaduras faciais extensas, cílios nasais e sobrancelhas chamuscados
- \* Agitação, ansiedade, estupor
- \* Polipneia



**PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE**

**Abordagem primária**

A-Via Aérea

Pesquisar sinais sugestivos de lesão inalatória:

- \* Tosse
- \* Alteração na voz
- \* Ruidos respiratórios
- \* Cor da pele vermelho cereja
- \* Valores laboratoriais, HbCo2 > 10%



## PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

- \* Indicações para entubação endotraqueal
  - Via aérea desprotegida
  - Suspeita de lesão inalatória com obstrução da via aérea
  - Edema do pescoço e cabeça
  - Presença de estridor
  - ECG <9
  - Queimadura profunda da face e pescoço



## PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

### B-Respiração

- \* Ouvir e verificar sons respiratórios
- \* Avaliar o tipo de respiração
- \* Avaliação de SATo2
- \* Administrar oxigénio humidificado se grande queimado (ASCQ>20 %)



## PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

### C-Circulação

- \* Monitorização de TA
- \* Monitorização Cardíaca
- \* Vigiar Coloração da Pele
- \* Puncionar dois Acessos venosos com abocath de grande calibre (mínimo 18), dando cumprimento à norma de cateterização venosa existente no serviço.



## PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

### D-Estado Neurológico

- \* Avaliação do estado de consciência, através da escala de Coma de Glasgow. Se alterada considerar:
  - \* Lesão Inalatória
  - \* Intoxicação por monóxido de carbono
  - \* Abuso de substâncias
  - \* Hipóxia
  - \* Choque hipovolémico



## PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

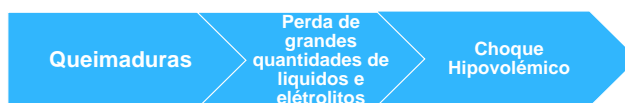
### E-Exposição

- \* Remover a roupa e objetos de adorno
- \* Manter a pessoa tapada
- \* Limpeza da queimadura com SF e envolvê-la em material estéril não aderente (prevenir contaminação)
- \* Colocar Manta térmica (manter temperatura)



## PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

### F-Fluidoterapia



### PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

#### F-Fluidoterapia

#### Fórmula de Parkland

4 ml lactato de ringuer x peso (Kg) x % SCQ



- \* 50 % deve ser administrado nas 1<sup>as</sup> 8 horas
- \* Restantes 50 % nas 16 horas seguintes



### PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

Determinar a severidade da queimadura

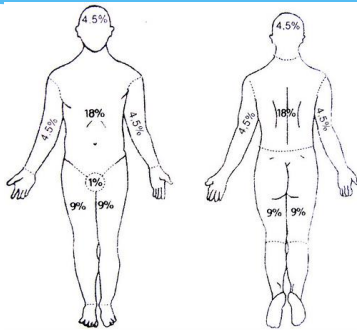
- Cálculo de % ASCQ ( avaliar a extensão da lesão)



Regra dos nove



### PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE



Fonte: <http://www.google.com.br/search?tbm=isch&hl=pt-PT&source>



### PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

Determinar a severidade da queimadura

- Avaliar a profundidade da lesão
- ❖ Lesão espessura parcial - superficiais ou profundas(2º grau)
- \* Lesão de espessura total (3º grau)



### PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

#### DOR

Avaliação ➔ Escala de avaliação da dor

Registo ➔ Alert



### PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

#### DOR

- Arrefecer a queimadura
- Administração de analgesia



Paracetamol ev  
Antinflamatórios  
Morfina 2 mg ev



PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

### Prevenção do tétano

Administração de imunoglobulina antitetânica se:

- Vacinação há mais de 10 anos
- Imunização desconhecida ou duvidosa



PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

### \* Abordagem Secundária

Colheita de dados:

- \* Mecanismo de lesão
- \* Hora e circunstâncias em que ocorreu a lesão
- \* Qual o agente
- \* Lesões concomitantes



PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

### Cuidados a ter perante pessoas com lesão Inalatória:

- \* Administrar oxigenoterapia por máscara de venturi com fio2 de 100 %
- \* Entubação endotraqueal precoce
- \* Iniciar fluidoterapia de acordo com o cálculo de reposição hídrica



PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

### Cuidados a ter perante pessoas com :

Queimaduras Térmicas

- \* A,B,C,D,E,F
- \* Algáliação-Colocar urímetro
- \* Registo de diurese horária
- \* Débito urinário (30 a 50 ml/h)
- \* Tapar com lençol esterilizado de queimados
- \* Nas queimaduras circulares, verificar pulsos palpáveis



PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

### Cuidados a ter perante pessoas com :

Queimaduras Térmicas:

- Entubação nasogástrica ou orogástrica se :
  - ✓ vômito ou náuseas –descompressão gástrica
  - ✓ Se ASCQ>20%
  - ✓ EOT
- Edema – elevar-se os membros afetados



PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

### Cuidados a ter perante pessoas com :

Queimaduras Térmicas

- Realização de penso
  - \* Higienização das mãos
  - \* Técnica asséptica
  - \* Limpeza com soro fisiológico
  - \* Penso Gordo



PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

**Cuidados a ter perante pessoas com:**

Queimaduras Eléctricas

- \* A,B,C,D,E,F
- \* Avaliar lesões ocultas
- \* Monitorização cardíaca
- \* Avaliar pulso nas extremidades afetadas
- \* Algaliação (colocar urímetro)
- \* Débito urinário (75 a 100 ml/h)



PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

**Cuidados a ter perante pessoas com:**

Queimaduras químicas

- \* Segurança dos profissionais (Utilização de EPI)
- \* Remover roupa e adornos
- \* Se pó seco escovar
- \* Lavagem abundante com SF
- \* Contra indicada a neutralização á excepção de alguns produtos químicos



PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

**Ácido Fluorídrico**

- \* Lavagem com SF
- \* Aplicação de gel de gluconato de cálcio a 2,5%
- \* Administração de injeção de gluconato de cálcio a 10 % no local



Dose: 0,5 ml de gluconato de cálcio a 10 % por cm<sup>2</sup> até que seja indolor

(Palao et al,2010)



PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

**Registo**

- \* Alert
- \* Diagrama corporal (assinalada a ASCQ)



PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

**CRITÉRIOS DE TRANSFERÊNCIA PARA A UNIDADE DE QUEIMADOS**

- \* Queimaduras de espessura parcial (2º grau) > a 10 % de ASCQ em pessoas com idade <10 e >40 anos;
- \* Queimaduras de espessura parcial (2º grau) com ASCQ > a 20 % em pessoas com idade > a 10 e <40 anos;
- \* Queimaduras de espessura total (3º grau) com ASCQ > 5% em qualquer faixa etária.



PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

**CRITÉRIOS DE TRANSFERÊNCIA PARA A UNIDADE DE QUEIMADOS**

- \* Queimaduras que envolvam a face, mãos, pés, genitais, perineo ou as principais articulações
- \* Queimaduras eléctricas, incluindo lesão por relâmpago
- \* Queimaduras químicas
- \* Lesão por inalação



## PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

- \* Queimaduras circulares dos membros e tronco
- \* Queimaduras em pessoas com patologias pré – existentes, o que poderia complicar o tratamento e prolongar a recuperação
- \* Queimaduras e trauma concomitante (ex:fraturas) em que a queimadura representa maior risco de morbidade ou mortalidade
- \* Queimaduras com padrões sugestivos de abusos



(Associação Americana do Centro de Queimados,2007);(Mozingo et al,2008)



## PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

### APOIO EMOCIONAL/ACOLHIMENTO DA PESSOA QUEIMADA E FAMILIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

- \* Apresentar-se
- \* Orientar a pessoa no ambiente que a rodeia
- \* Descrever os sintomas físicos básicos(perda de pele,frio)
- \* Explicar quais os procedimentos que vão ser efetuados e equipamentos a utilizar



(Phipps et al,1997)

## PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

### CONCLUSÃO

A existência de um protocolo de atuação, que englobe conhecimentos científicos atuais baseados na evidência de forma a fundamentar e uniformizar os cuidados, irá contribuir para uma prestação de cuidados de enfermagem com qualidade e segurança.



## PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahrenholz et al. *Practice Guidelines for burn care*. Journal of burn care & rehabilitation. nº22, p.275-285 de 2011.
- American Burn Association - Burn Referral Criteria-Emergency Management Alert. Fevereiro de 2007. Disponível em: <http://www.hcpro.com/SAF-66811-877/ABA-burn-referral-cr>. [10 de Maio de 2012]
- American Burn Association. Shock and Fluid Resuscitation. Advanced Burn Life e support: Instructors manual.Chicago. p. 34-40. 2001
- Arizona Burn Center-*Guidelines for Early Care and Transfer of Burn Patients*.2003
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem-CIPE Versão 2.0.Lisboa:Ordem dos Enfermeiros.2010.ISBN:978-92-95094-35-2.
- Dowsett, Caroline. *The assessment and management of burns in the the community*. London.British Journal of Community Nursing. Maio de 2002.V.7.nº5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12048496>. [2 de Maio de 2012]
- Direção Geral da Saúde-*A Dor como 5ºSinal Vital*. Registo Sistemático da Dor Circular normativa nº 9.2003.Lisboa.Disponível em : <http://www.mgsp.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>. [6 de Janeiro de 2012]
- Eicherthberg,E. et al. *Quality of life of adult patients with severe burns*. Journal of the international society for burn injuries. 2011 vol nº 37.
- Emergency Nurses Association-*Trauma Nursing Core Course Provider Manual*.Six Edition, 2007.
- Estran, Neide Valesque Brum- Sala de emergência -Emergências Clínicas e Traumáticas. Porto Alegre: 2003.ISBN 85-7025-710-4.
- Hettiaratny,Shehan e Dziewulski,Peter-*ABC of burns,Pathophysiology and types of burns*.BMJ,v.328.P:1427-1429. JUNE. 2004.p-09.
- INSTITUTO NACIONAL DE EMERGENCIA MÉDICA. *Manual da Vmer. Tomo II PROCEDIMENTOS CLÍNICOS*. 3ª Edição. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica, 2000.

## PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

- Klein et al. *The association between fluid administration and outcome following major burn: a multicenter study*.v.245.April de 2007. Pubmed- Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17414612> [2 de Fevereiro de 2012]
- Magnette, A. e Brychta, P. *European Practice Guidelines for Burn Care (minimum Level of Burn Care Provision in Europe)*. Netherlands, 2011.
- Mezomo, João. *Gestão da qualidade na saúde, Princípios básicos*.Brasil.Copyright.2001.ISBN:85-204-1263-7.
- Mitra,Biswadev ;Fitzgerald,Mark;Cameron,Peter e Clelands Heather. *FLUID RESSUSCITATION IN MAJOR BURNS*.v.76.p.35-38.2006.b-on.
- Mozingo.David.W ;Cioffi,William.G;Pruitt,Basil.A. Burns. Frederic, Bongard. Darryl, Sue.Vintch, J. *Critical Care Current Diagnosis & Treatment*. Copyright.2008.
- New Zealand Guidelines Group.EVIDENCE-BASED BEST PRACTICE GUIDELINE SUMMARY.Management of Burns and Scals in Primary Care.2007. ISBN(electronic): 978-0-478-27977-4
- NSW Severe Burn Injury Service. *Burn Transfer Guidelines*. NSWHEALTH. Second Edition.2008. Disponível em: [www.health.nsw.gov.au/\\_/gl/2008\\_012.ht](http://www.health.nsw.gov.au/_/gl/2008_012.ht). [15 de Abril de 2012]
- Palão R; Monge I; Ruiz M; Barret J.-*Chemical burns:Pathophysiology and treatment*.Journal Burns.p.295-304. 2010
- Papini, Remo e Hettiaratny,Shehan. *ABC of burns-Initial management of a major burns -assessment and resuscitation*.Copyright.2004.p.101-103. <http://www.scielo.br/pdf/> [12 de Janeiro de 2012]
- Phipps,W.J et al. *Enfermagem Médico-Cirúrgica-conceitos e prática clínica*.Lisboa:Lusodidacta, 1997.
- Prehospital Trauma Life Support-*Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado Básico e Avançado*.6ªEd.Rio de Janeiro: Elsevier Editora ,Lda.2007.ISBN:978-85-352-2145-9.

## PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

- Smeltzer,C.Suzanne & Bare,Brenda. TRATADO DE ENFERMAGEM-CIRÚRGICA, Editora Guanabara Kougan, S.A. 1993.
- Stander, Melanie e Wallis, A.L. *The Emergency Management and Treatment of Severe Burns*. Emergency Medicine Internacional. Copyright. South Africa. 2011. May. Disponível em:
- <http://web.ebsco.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?e1> [ 10 de Abril de 2012]
- Summers, Anthony. *TREATING BURNS CAUSED BY HYDROFLUORIC ACID*. EMERGENCY NURSE, Queensland. nº3. V.19. 2011. June. p.12-15.
- Torres, M e Rodrigues, E. *ATENDIMENTO DO GRANDE QUEIMADO NO SU*. Servir. Lisboa. nº50. 2002 Março-Abril. p.75.83.
- Thelan, A, Lynne; Davie, K, Joseph; Urden, D, Linda; Lough, E, Mary - *Enfermagem em Cuidados Intensivos ,Diagnóstico e Intervenção*: Lisboa , Copyright, 1994-ISBN 972-96610-2-2.
- Victorian Burns Unit- *Burns Management Guidelines, 2007*. Disponível em
- <http://www.vicburns.org.au/initial-management/primary-survey.html>. [01 de Maio de 2012.]
- Zaietel, L. Cynthia- *Factors Affecting Fluid Resuscitation in the Burn Patient: The collaborative Role of the APN*. Advanced Emergency Nursing Journal. 2009. Vol.31. nº4- October/December. p.309-320. Disponível em :
- [http://www.nursingcenter.com/library/journalArticle.asp?Article\\_ID=942593](http://www.nursingcenter.com/library/journalArticle.asp?Article_ID=942593) [10 de Janeiro de 2012]

## PROTOCOLO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NO SU DO HLA EPE

**FIM**

**MUITO OBRIGADO!**

## APÊNDICE 13

Divulgação da sessão de formação

## FORMAÇÃO EM SERVIÇO 2012

<b><u>Data:</u></b>	<b>27/06/2012</b>
<b><u>Tema:</u></b>	<b>Apresentação do Protocolo de Cuidados ao Grande Queimado na Sala de Emergência</b>
<b><u>Local:</u></b>	<b>Auditório</b>
<b><u>Hora:</u></b>	<b>16 Horas</b>
<b><u>Destinatários:</u></b>	<b>Enfermeiros e Médicos do SU</b>
<b><u>Formadores:</u></b>	<b>Cristina Pereira</b>

## APÊNDICE 14

Questionário para a avaliação dos conteúdos da sessão de formação

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Para melhor avaliar a compreensão dos conteúdos da sessão, agradeço a sua colaboração para responder às seguintes questões, assinale a resposta que considera correta:

- A abordagem ao grande queimado deve ser de acordo com:  
“A,B,C,D,E,F”   
“A,B,C”
- A Fluidoterapia deve constituir uma das medidas mais precoces nos cuidados ao grande queimado:  
Para prevenir o choque hipovolémico   
Para prevenir o choque cardiogénico
- Perante uma pessoa com queimadura inalatória, mesmo que não apresente dificuldade respiratória:  
Deve ser administrado  $O_2$  por máscara de alto débito   
Não deve ser administrado  $O_2$
- Para calcular a % de área de superfície corporal queimada, de forma a avaliar a extensão da lesão, uma forma de cálculo rápido e eficaz em situação de emergência é a :  
Regra dos nove   
Regra de Lund –Browder
- Para efetuar o cálculo para reposição da volémia, a fórmula a utilizar deverá ser a fórmula de Parkland, que se calcula da seguinte forma:  
 $4 \text{ ml de lactato de ringuer} \times \text{peso} \times \% \text{ SCQ}$    
 $1 \text{ ml de lactato de ringuer} \times \text{peso} \times \% \text{ SCQ}$
- Para controle da dor na pessoa queimada, um dos analgésicos de eleição é:  
Morfina   
Nolotil
- Na realização do penso ao grande queimado, é basilar para a prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde  
Antes de qualquer procedimento, higienização das mãos   
Antes de qualquer procedimento, utilização de EPI
- Perante um grande queimado, com queimadura térmica, o débito urinário horário pretendido é:  
30 a 50 ml/h   
150 ml/h

Muito obrigado, pela colaboração.

## APÊNDICE 15

Artigo científico

# UNIFORMIZAÇÃO DE CUIDADOS AO GRANDE QUEIMADO NA SALA DE EMERGÊNCIA (SE)

Autor: Pereira, Ana Cristina Duarte(1); Maria Lurdes Martins (2)

Resumo:

O plano de estudos do 1º curso de mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, preconiza a realização de um conjunto de estágios interrelacionados na prestação de cuidados na área da enfermagem médico-cirúrgica, permitindo assim o desenvolvimento de competências especializadas ao nível do processo de Enfermagem, quer no diagnóstico, no planeamento, na intervenção, na avaliação, quer na investigação. Neste âmbito, desenvolvemos um projeto de intervenção em serviço (PIS), cujo tema se reporta ao grande queimado.

(1) Estudante do 1º Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da ESS (Escola Superior de Saúde) do IPS (Instituto Politécnico de Setúbal)

(2) Orientadora: Professora Doutora Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Professora na ESS do IPS

As queimaduras são um dos problemas de saúde mais significativos em todo o mundo, levando à hospitalização prolongada e consequentemente a uma maior despesa para os clientes, famílias e sociedade. Atualmente, o prognóstico dos clientes com queimaduras depende do tratamento adequado, do sistema de saúde e profissionais de saúde, o que irá ter impacto na sobrevivência e na qualidade de vida posterior ao acidente. (Elsherbiny et al 2011)

Como produto final do projeto, emergiu um protocolo de cuidados ao grande queimado no SU da SE, de forma a dar resposta ao objectivo geral do projeto, "Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao grande queimado (Adulto) na sala de emergência do serviço de urgência do hospital onde desempenhamos funções."

Abstract:

The syllabus of the 1<sup>st</sup> Master's degree in Medical-Surgical, recommends making a set of stages interrelated in providing care in the area of medical-surgical nursing, allowing the development of expertise in terms of the nursing process, both in diagnosis, planning, intervention, evaluation or research. In this context, we developed an intervention project

in service (PIS), whose theme relates to major burn.

Burns are one of the most significant health problems in the world, leading to prolonged hospitalization and consequently to greater expense for clients, families and society. Currently, the prognosis for clients with burns depends on the proper treatment, the health system and health professionals, which will have an impact on survival and quality of life after the accident. (Elsherbiny et al 2011)

As a final product of the project emerged a protocol of care to large SU burned in the SE in order to meet the overall objective of the project "Improving quality and safety of care provided to nursing major burn (Adult) in room emergency hospital emergency department where we play functions."

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito do I Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, desenvolvemos um trabalho de projeto, desenvolvido no conjunto de estágios realizados no serviço onde desempenhamos funções.

O trabalho desenvolvido no âmbito do PIS, teve como alicerce fundamental a metodologia de projeto, com todas as etapas inerentes à mesma, diagnóstico da situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados, que passaremos a descrever.

## **DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO**

O diagnóstico da situação constitui a etapa inicial da metodologia de projeto. Nesta fase, foi identificada uma situação problemática, uma necessidade do serviço, na área do grande queimado.

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 eléctrica de alta tensão. (Estran, 2003)

A temática sobre o grande queimado, contemplada no plano de ação do serviço e por ser uma área do nosso interesse, surgiu após reflexão, entrevistas informais com

os colegas e com a enfermeira responsável, sobre as necessidades do serviço passíveis de intervenção.

Pelo que, realizámos a sua análise e aprofundámos a temática em estudo.

Em Portugal não existem ainda muitos estudos nesta área, o único estudo que tivémos acesso, realizado por Silva et al (2003) decorreu entre 1993-1999, foram incluídos no mesmo 14.797 pessoas, vítimas de queimaduras admitidas em 91 hospitais portugueses, durante o estudo faleceram 553

peças como consequência de lesões por queimaduras.

A gravidade da pessoa queimada advém da multiplicidade orgânica das lesões, sendo o tratamento complexo. A instabilidade hemodinâmica que ocorre nas primeiras horas, nestes clientes constitui um dos factores da alta taxa de mortalidade. (Estran, 2003).

Na nossa instituição, de acordo com estatística disponível, no ano de 2010 recorreram ao serviço de urgência (SU) cerca de 73 clientes com queimaduras, e no primeiro semestre de 2011 cerca de 23 clientes. No entanto devido a especificidades informáticas, não foi possível definir quais os tipos de queimaduras e a sua gravidade. A admissão de clientes queimados no serviço de urgência (SU), mais especificamente “grande queimado”, não é muito frequente, mas quando ocorre, são situações de gravidade, que carecem de prestação de cuidados urgentes, altamente qualificados.

Geograficamente, o hospital encontra-se bastante próximo de uma região industrial pelo que constitui uma das áreas com maior risco para ocorrência de acidentes graves. Pelo que considerámos pertinente, abordar os cuidados ao grande queimado em contexto de sala de emergência essencialmente cuja etiologia das queimaduras sejam agentes químicos, térmicos e elétricos.

Consideramos importante uniformizar procedimentos de forma a contribuir para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e com maior segurança à pessoa queimada. De forma a darmos resposta à problemática identificada - **“ausência de protocolo de cuidados ao grande queimado na sala de emergência do serviço de urgência do HLA”**.

### **Análise do problema**

Uma prestação de cuidados de qualidade ao grande queimado em sala de emergência assume extrema importância na medida em que a primeira abordagem deve ser a mais precoce possível, pois desta depende a sobrevivência e possíveis sequelas posteriores ao acidente.

De forma a conhecer a opinião da equipa e envolver a mesma no projeto, considerámos pertinente a aplicação de instrumentos de diagnóstico (questionários e a análise FMEA).

Pois qualquer projeto realizado, só terá sucesso se a equipa estiver motivada e envolvida no mesmo.

Foram aplicados 29 questionários, no período de 05/10/11 a 21/10/11 à equipa de enfermagem do serviço de urgência onde desempenhamos funções, não foi possível aplicar a toda a equipa por se encontrarem 4 colegas de férias, não tendo sido também aplicado à autora do projeto. O questionário

encontra-se estruturado em 5 questões fechadas e uma questão aberta. Após análise dos mesmos, concluímos que 100 % dos enfermeiros aos quais foi aplicado questionário, consideraram o tema pertinente.

Aplicámos, uma ferramenta da gestão, a análise FMEA (Failure Mode and Effect Analysis), com o intuito de acautelar algumas falhas. Sendo esta uma metodologia que possibilita avaliar e minimizar riscos através da análise de possíveis falhas (determinação da causa, efeito e risco de cada tipo de falha e planejar ações para aumentar a confiabilidade. (Pires,1999)

### **Problemas parcelares**

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 vários problemas parcelares: Déficit de conhecimentos sobre queimaduras; Inexistência de dados que discriminem a gravidade dos clientes admitidos no SU no ano de 2010 e 1º semestre de 2011; Desconhecimento da opinião da equipa acerca da pertinência do tema do projeto; Ausência na uniformização dos cuidados prestados ao grande queimado em Sala de emergência; Inexistência de protocolo de

cuidados ao grande queimado; Déficit de conhecimentos da equipa de enfermagem do su sobre cuidados ao grande queimado;

Este projeto tem como objectivo geral: **Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao grande queimado (Adulto) na sala de emergência do serviço de urgência do hospital onde desempenhamos funções.**

### **PLANEAMENTO**

Para dar resposta ao problema identificado, indo de encontro ao objectivo Geral e de forma a dar resposta a cada objectivo específico, foram planeadas várias atividades, assim como critérios de avaliação.

Ainda no âmbito do planeamento, foi elaborado um **cronograma de atividades**, que nos, orientou em termos de tempo, para cumprir os “timings” estipulados. O cronograma realizado inicialmente foi realizado de acordo com os objectivos específicos delineados, posteriormente, sentimos necessidade de o alterar de acordo as atividades a desenvolver e no final do projeto elaborámos o cronograma final. No decorrer do planeamento, foi ainda elaborada uma previsão dos constrangimentos e a forma de os ultrapassar, cujos constrangimentos previstos foram essencialmente a possibilidade de pouca

adesão dos colegas á formação e constrangimentos no que concerne á limitação temporal para a implementação do projeto. Uma das estratégias a utilizar caso o mesmo se verificasse seria a replicação da formação em dias distintos. O que não foi necessário, uma vez que o objectivo delineado foi atingido no que se refere ao número de enfermeiros presentes na sessão de formação.

## **EXECUÇÃO**

Na fase de execução, desenvolvemos o que estava planeado, ou seja nesta fase, foi materializado o planeado, tendo como produto final, o protocolo de cuidados ao grande queimado, construído de acordo com os níveis de evidência (através de pesquisa em bases de dados e consulta em guidelines internacionais na área do grande queimado) e através de contributos dos pares, do diretor do serviço de urgência e perita na área. Na fase de execução do projeto, realizámos uma sessão de formação para divulgação do trabalho realizado e de forma a efetuar formação dos pares, De acordo com a Lei de bases da saúde, Base XVI, “A formação e o aperfeiçoamento profissional, incluindo a formação permanente, do pessoal de saúde constituem um objetivo fundamental a prosseguir.” (Ministério da saúde, 2002)

Considerámos, esta a fase mais trabalhosa, no que concerne ao nosso projecto, no entanto também a de maior interesse e gratificação. Segundo Nogueira (2005), quanto maior o interesse, maior será o processo de pesquisa, experimentação, descoberta e conseqüentemente a potencialização das diversas competências.

## **AVALIAÇÃO**

Um projecto integra um processo dinâmico, logo não sendo estático, é passível de alterar.

Avaliar um projeto, implica verificar a consecução dos objetivos traçados inicialmente. (Estudantes do 7º curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010)

De acordo com os objetivos delineados, aludimos que os mesmos foram atingidos.

Para avaliar o projeto com base em instrumentos de avaliação de forma a efectuar uma avaliação mais objectiva do projeto baseamo-nos nos seguintes parâmetros: Resultados da avaliação da sessão de formação realizada pelos colegas presentes positivos; Resultados do questionário preenchido pelos colegas acerca dos conteúdos da sessão positivos; Feedback, contributos e sugestões dos colegas para integrar no projeto; Check list de procedimentos elaborada, para preencher, após a prestação de cuidados ao grande

queimado de forma a aumentar a segurança e minimizar o erro.

Enquanto agentes impulsionadoras deste projeto, consideramos uma mais-valia os ganhos de aprendizagem quer em termos individuais, quer em grupo e principalmente para o cliente, que pretendemos ser o principal beneficiário, ou seja que sejam prestados cuidados de enfermagem com qualidade e segurança. Indo de encontro ao referido pela Ordem dos Enfermeiros (2006), quando enumera que a Investigação em Enfermagem contribui para cuidados seguros.

## **DIVULGAÇÃO**

A divulgação dos resultados surge como o culminar de todas as etapas. Após a implementação de um projeto, é importante divulgar o mesmo.” Acreditamos que na área da saúde, a implementação da metodologia de projeto como meio de resolução de um problema ou suprimento de uma necessidade, da instituição (...) assume um papel fulcral para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados aos clientes.” (Estudantes do 7º curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010, p.31)

A investigação é fulcral para o desenvolvimento contínuo da profissão e para a tomada de decisões adequadas de forma a prestar os melhores cuidados de

enfermagem aos clientes. A investigação contribui para o alicerçar e consolidar de saberes e da ciência, que possibilita demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a prática, permitindo uma maior visibilidade social. (Martins, 2008)

A divulgação constitui um dever ético do investigador. (Estudantes do 7º curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010) Posto isto, para divulgação do projeto na instituição, realizámos uma sessão de formação, o protocolo realizado encontra-se disponível na intranet do hospital, acessível a todos os profissionais do mesmo.

Também, como forma de divulgação elaborámos este artigo científico, de forma a divulgar e dar a conhecer os resultados do trabalho realizado. Indo de encontro ao recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (2006), que refere que todos os enfermeiros nas várias áreas de actuação tenham espírito investigador assim como pensamento crítico e adoptem uma postura de aprendizagem ao longo da vida.

## **Conclusões:**

É importante que os enfermeiros assumam um papel activo no seio das equipas. Estamos de acordo com o referenciado pela ordem dos enfermeiros”...nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser

negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.4)

Consideramos que o nosso projeto, se enquadra num projeto de melhoria contínua da qualidade, que engloba uma abordagem multiprofissional, na qual os enfermeiros assumem um papel fundamental em função da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes, visando sempre como expoente máximo a excelência do exercício. O trabalho desenvolvido no âmbito do PIS permitiu o desenvolver de aprendizagens profissionais, através dos conhecimentos adquiridos e consolidados na nossa esfera de acção a somar á nossa práxis que tem sido bastante enriquecedora.

Ao refletirmos sobre todo o percurso, consideramos uma mais-valia o carácter teórico- prático do projeto, uma vez que nos permitiu a implementação do mesmo, que consideramos trazer ganhos em saúde, com ênfase na qualidade dos cuidados á pessoa queimada. Constituindo-se todo o trabalho desenvolvido uma oportunidade de sermos o elemento de referência nesta área, ou seja tido como consultor para outros profissionais de saúde.

## **Bibliografia**

- ✓ ELSHERBINY,E. et al- *Quality of life of adult patients with severe burns.* Journal of the international society for burn injuries. 2011 vol 37.

- ✓ ESTUDANTES do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem- METODOLOGIA DE PROJECTO: COLECTÂNEA DESCRITIVA DE ETAPAS. *Percursos.* Setúbal.Janeiro-Março, nº15, p.3-35.2010
- ✓ ESTRAN, Neide - *Sala de emergência -Emergências Clínicas e Traumáticas.* Porto Alegre: 2003.ISBN 85-7025-710-4.
- ✓ MARTINS, José Carlos Amado- *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Pensar Enfermagem.* 2008.vol.12, Nº2.  
  
Disponível em :  
[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008\\_12\\_2\\_62\\_66.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62_66.pdf) [21 de Setembro de 2012 ]
- ✓ Ministério da saúde-Lei de Bases da Saúde-Aprovada pela Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro. Disponível em: <http://www.min-saúde.Pt/portal/conteúdos/a+saude> [1 de Outubro de 2012]
- ✓ NOGUEIRA, Nilbo Ribeiro- *Pedagogia dos Projectos. Etapas, papéis e atores.*1ªEdição.São Paulo: Editora Erica, 2005. ISBN:85-365-0078-6.

- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS.  
Investigação em Enfermagem-Tomada  
de posição. Lisboa.2006.p1-4.

Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/tomad  
asposição/Documents/](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomad<br/>asposição/Documents/) [10 de

Setembro de 2012]

- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS -  
Padrões de Qualidade dos Cuidados  
de Enfermagem. *In Divulgar*, Lisboa:  
Grafinter, 2002,p.2-16.
- ✓ PIRES, A. *Inovação e  
desenvolvimento de novos produto*.  
Lisboa : Edições Silabo, Lda , 1999.

## APÊNDICE 16

Póster sobre a higienização das mãos



# HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Ana Cristina Pereira (ana.cristinapereira@live.com.pt), Ana Teresa Raposo (ana.teresaraposo@hotmail.com), João Pedro Teixeira (teixeira444@gmail.com), Helena Caria (helena.caria@ess.ips.pt)  
1º Curso de Mestrado em Enfermagem, Unidade Curricular de Investigação

## RESUMO

A infecção associada aos Cuidados de Saúde (IACS) constitui um problema de morbidade/mortalidade dos doentes, resultando em custos humanos/monetários para as instituições de saúde e clientes/família. A correcta higienização das mãos (HM) constitui o meio mais eficaz de prevenção da IACS. Foi realizado um estudo sobre a adesão à HM, no Hospital Litoral Alentejano (HLA), que pretendeu conhecer a adesão antes e após uma campanha de sensibilização e formação na HM. Foram realizados estudos descritivos mediante observações utilizando listas de controlo testadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Foram realizadas 3 avaliações da adesão à HM, a 1ª antes da campanha de HM e a 2ª após, ambas em 2009 e a 3ª em 2010 para monitorizar a adesão. Os resultados obtidos na adesão pelos profissionais de saúde foram de 47%, 66%, 58%, respectivamente nas três avaliações. Verificou-se que o grupo com maior adesão foram os Enfermeiros seguidos dos Assistentes Operacionais e depois os Médicos. Verificamos que após a campanha de HM houve um acréscimo na adesão à HM, mas após um ano verificou-se um decréscimo na mesma. Os resultados obtidos estão de acordo com a média nacional.

## INTRODUÇÃO TEÓRICA

A IACS é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados de saúde recebidos e pelos profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade, constitui uma causa importante de morbidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade (Direcção Geral de Saúde, 2007).

Portugal, no último inquérito nacional realizado em Março de 2009 identificou uma prevalência de 9,8 % de doentes com IACS (Direcção Geral de Saúde, 2009).

A HM constitui a medida mais simples e efectiva na prevenção das IACS (CIRCULAR NORMATIVA Nº: 13/DGS/DSD, Direcção Geral de Saúde, 2010).

Portugal aderiu a 8 de Outubro de 2008 à Aliança Mundial para a Segurança do Doente, um programa da OMS, nesse contexto realizaram-se campanhas de HM e estudos de âmbito nacional para promover a adesão pelos profissionais de saúde à HM (Direcção Geral de Saúde, 2011). O HLA foi uma das instituições aderente a este programa.

Este trabalho teve como objectivo conhecer a adesão antes e após uma campanha de sensibilização e formação na HM.

## RESULTADOS



Gráfico 1 – Adesão dos profissionais de saúde de amostra à campanha de HM

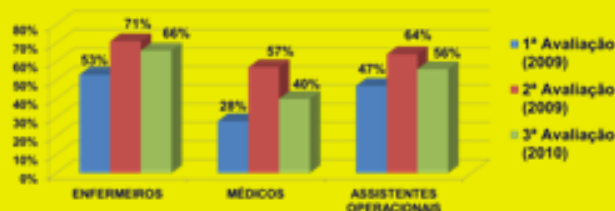


Gráfico 2 – Adesão à campanha de HM por grupo profissional dos indivíduos da amostra

### Resultados com base na bibliografia

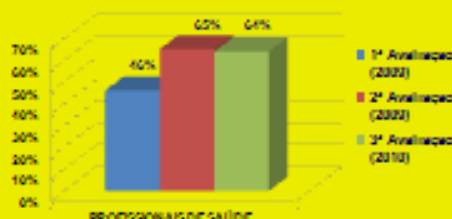


Gráfico 3 – Adesão dos profissionais de saúde à campanha de HM em Portugal (DGS, 2011)

## METODOLOGIA

Investigação quantitativa, não experimental, descritiva mediante observações de 20 minutos, aleatórias, realizadas por observadores treinados com listas de controlo fornecidas pela OMS e traduzidos pela Direcção-Geral de Saúde; realizadas no Hospital do Litoral Alentejano.

As Observações foram realizadas em 3 momentos: antes (Fevereiro-Junho 2009) da formação em HM aos Profissionais (Julho-Outubro 2009), após (Novembro-Dezembro 2009) e também um ano depois da mesma.

A Amostra, definida como probabilística por conveniência, envolveu 200 observações por grupo profissional (Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais) por cada uma das 3 avaliações da adesão à HM.

## CONCLUSÕES

- Verificou-se um aumento da adesão global dos profissionais de saúde à HM após a Campanha de HM, que diminuiu após um ano, em todos os indivíduos da amostra, pelo que se justifica a continuidade da Campanha em HM.
- Verificou-se que o grupo com maior adesão à HM foram os Enfermeiros seguidos dos Assistentes Operacionais e depois os Médicos, nas três observações realizadas.
- A adesão à HM na amostra considerada é semelhante à média nacional.
- Verificou-se que os diferentes profissionais de saúde da amostra têm uma adesão diferente à campanha de HM pelo que há que continuar a monitorizar esta situação aproximando-se das guidelines.

## BIBLIOGRAFIA

Campanha Nacional de Higiene das Mãos - Relatório 2009-2010. Direcção Geral de Saúde, MINISTÉRIO DO SAÚDE, Lisboa: DGS, 2011.  
CIRCULAR NORMATIVA Nº: 13/DGS/DSD: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2010.  
MINISTÉRIO DO SAÚDE, Direcção Geral de Saúde - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: DGS, 2007.  
Plano Nacional de Controlo de Infecção: Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção. Direcção Geral de Saúde, MINISTÉRIO DO SAÚDE, Lisboa: DGS, 2009.

## APÊNDICE 17

Trabalho de supervisão de cuidados

## Registo de Sessão de Supervisão de Cuidados

<b>Docente</b>	Professora Alice; Professora Lurdes; Professor Deodato	<b>Estudante</b>	<a href="#">Click here to enter text.</a>
<b>Grupo</b>	Ana Cristina Duarte; Ana Teresa Raposo; Filipa Alves e Sónia Miranda	<b>Data</b>	05-07-2012

### Situação problemática:

O Sr. A.G. de 59 anos de idade, sexo masculino e raça caucasiana foi internado no serviço de cirurgia do Hospital X para cirurgia electiva por neoplasia do reto. Foi submetido a uma resseção anterior do reto à 9 dias. Antes da cirurgia era uma pessoa independente nas atividades de vida diárias e com vida profissional ativa, sendo bancário de profissão. Tem uma situação económica favorável. É divorciado e vive com um filho adulto. Atualmente apresenta condições clínicas para alta, no entanto apresenta uma negação do seu estado de saúde o que o leva a recusar aprender/prestar os cuidados ao seu estoma, mesmo não apresentando qualquer tipo de limitação cognitiva ou motora. Encontra-se independente nas suas atividades de vida diárias, exceto nos cuidados ao estoma.

### Problemas/Diagnósticos de Enfermagem identificados:

#### 1 - Conhecimento sobre os cuidados ao estoma não demonstrado

Conhecimento: "Status com as características específicas: conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões adquiridas, conhecimento e reconhecimento de informação." (CIPE v. 1.0, 2006, p. 96)

#### 2 - Aceitação do estado de saúde não demonstrado

Aceitação do estado de saúde: "Aceitação com as características específica: reconciliação com as circunstâncias de saúde." (CIPE v. 1.0, 2006, p. 80)

#### 3 - Coping ineficaz

Coping: "Atitude com as características específicas: disposição para gerir o stress que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendam contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da auto-estima positiva; acompanhada por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico." (CIPE v. 1.0, p. 81)

#### 4 - Auto-imagem alterada

Auto-imagem: "Crença com as características específicas: modelo, percepções ou convicções acerca da sua pessoa." (CIPE v.1.0, 2006, p. 80)

#### 5 - Conforto diminuído

Conforto: "status com as características específicas: sensação de tranquilidade física e bem estar-corporal."  
(CIPE v.1.0, 2006, p.94)

**Resultados Esperados de Enfermagem definidos:**

- 1- Conhecimento sobre os cuidados ao estoma demonstrado
- 2- Aceitação do estado de saúde demonstrado
- 3- Coping eficaz
- 4- Auto imagem aceite
- 5- Conforto Melhorado

**Intervenções planeadas e problemas éticos Identificados:**

- 1 – Ensinar sobre os cuidados ao estoma;
- Instruir sobre os cuidados ao estoma;
- Treinar sobre os cuidados ao estoma;
- Validar conhecimentos;
- Validar capacidades;
- Ensinar sobre complicações da ostomia;
- Assegurar a continuidade dos cuidados de saúde

**Fundamentação:**

- 1- A Declaração Universal dos Direitos Humanos – Art.º 3 diz-nos que "todo o indivíduo tem direito à vida, liberdade e à segurança pessoal."

Numa fase inicial, num pós-operatório em que a pessoa vê a sua imagem corporal alterada por meio de uma ostomia, a sua liberdade está condicionada na medida em que depende de terceiros para a prestação de cuidados ao seu estoma.

Neste sentido e o mais precocemente possível, o enfermeiro deve ensinar a pessoa sobre o funcionamento da ostomia e o material existente, por exemplo. Preconiza-se que no pré-operatório a pessoa tenha as primeiras informações, ainda que muito simples, de forma a ter conhecimento da situação que o envolve.

Consideramos assim mobilizar a competência A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

No pós-operatório e assim que a pessoa esteja hemodinamicamente estável e livre de monitorizações é importante que se comece a instruir a pessoa sobre os cuidados ao estoma, nomeadamente sobre a técnica de substituição do saco/placa, a periodicidade da troca, os cuidados com a pele, etc. A validação dos conhecimentos deve ser realizada para nos permitir a avaliação da eficácia da instrução e para planear a sequência do processo.

Assim é mobilizada a competência: K 1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência multiorgânica.

É preponderante que a instrução seja realizada à medida das capacidades/necessidades da pessoa. Seria de esperar que o Sr. A. G. já fosse autónomo nos cuidados ao seu estoma, uma vez que é uma pessoa sem limitações motoras, contudo como revela não estar a aceitar o seu estado de saúde, é importante que isso seja tomado em atenção e que o processo de ensino seja adaptado. Assim, o enfermeiro promove a defesa

**Intervenções planeadas e problemas éticos identificados:**

**Fundamentação:**

da liberdade e dignidade da pessoa humana, de acordo com o art.º 78 do Código Deontológico, uma vez que está a contribuir para que a pessoa atinja a sua autonomia.

O treino de capacidades no que respeita à manutenção dos dispositivos da ostomia deve também ser realizado assim que a pessoa tenha capacidade para tal, uma vez que o enfermeiro tem de co-responsabilizar-se pelo atendimento da pessoa em tempo útil, de forma a não haver atrasos, segundo o art.º 83 (do direito ao cuidado), alínea a), do CDE. Tal como acontece com a instrução, o treino deve ser adaptado a cada pessoa e a validação de capacidades deve ser constante, o que nos permite desenvolver a competência C 2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Contribuindo para que a pessoa seja autónoma em todas as atividades de vida, nomeadamente no que respeita aos cuidados aos estoma, o enfermeiro está a participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida da pessoa. (Art.º 82 – dos direitos à vida e à qualidade de vida, alínea c) do CDE. Aquando da alta hospitalar da pessoa, devemos assegurar a continuidade dos cuidados de saúde, dando-lhe a conhecer os recursos que tem à sua disposição, elevando assim o dever do enfermeiro de informar sobre os cuidados de enfermagem e os recursos a que a pessoa pode ter acesso. (Art.º 84 do dever de informação, alíneas a) e d) do CDE)

Assim, consideramos mobilizada as competências B 3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro e C 1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Assim como a unidade de competência k.1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.

**2 – Escutar o doente;**

**Identificar com a pessoa a causa da não aceitação do estado de saúde;**

**Informar sobre tratamentos**

Na situação problemática do nosso caso existem muitos aspectos que podem ser abordados:

Numa fase inicial é fundamental identificar o estadio em que o doente se encontra. Segundo Kubler-Ross (2008) existem alguns estadios relacionados com o diagnóstico de doença incurável:

negação, raiva/revolta, negociação, depressão e aceitação.

Neste caso estamos perante um procedimento cirúrgico que acarreta alterações significativas na vida da pessoa e família envolvente.

Deve ser desenvolvido por parte da equipa um processo terapêutico que visa a recuperação total e aceitação desta nova situação de forma o mais saudável possível, isto é, “um conjunto de medidas ou ações que se

## Intervenções planeadas e problemas éticos identificados:

### Fundamentação:

desenvolvem tendo como objectivo a recuperação de todo o indivíduo doente.”(Lourenço, 2004, p. 27 in Marques et al)

É fundamental estabelecer um plano de cuidados envolvendo várias áreas de atenção de acordo com o doente e situação em causa. “As estratégias de actuação a utilizar serão adaptadas ao indivíduo, considerando não só ponto de vista da história pessoal,mas também o seu projecto vivencial, o seu sistema de valores, de motivações, cognições,sentimentos e conteúdos culturais” (Lourenço, 2004, p. 50 in Marques et al.). Os profissionais de saúde deverão estar atentos e ajudar o doente e família na aceitação da sua nova condição de vida. Tal como Marques et.al, refere citado por Lourenço (2004, p .50) é importante perceber “o modo como as doentes se posicionam face ao diagnóstico e reagem psicologicamente aos tratamentos, porque isso pode, eventualmente, influir no prognóstico”.

Assim sendo, o enfermeiro como profissional de saúde habilitado e desperto para as várias vertentes e áreas de atenção ao doente e família, tem um papel fundamental de ajuda na adaptação ao novo diagnóstico e às alterações significativas da vida da pessoa, dando resposta ao art.º 88.º do CDE - da excelência do exercício, alínea b) ao procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa, assim como ao art.º 89.º que respeita à humanização dos cuidados.

Consideramos mobilizada a competência A 2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A Espiritualidade e a atenção a cuidados espirituais podem tornar-se numa ferramenta útil nos cuidados de saúde no sentido em que esta é entendida como “algo que dá sentido á vida, que nos satisfaz e encoraja no dia a dia a encarar os contratempos e vicissitudes terrenas.” (Lourenço, 2004, p.99 in Marques et al)

Este apoio espiritual está contemplado na carta dos direitos e deveres dos doentes- artigo 2º- que diz “O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas: Cada doente é uma pessoa com as suas convicções culturais e religiosas. As instituições e os prestadores de cuidados de saúde têm assim, de respeitar esses valores e providenciar a sua satisfação; O apoio de familiares e amigos deve ser facilitado e incentivado; Do mesmo modo deve ser proporcionado o apoio espiritual requerido pelo doente ou, se necessário, por quem legitimamente o represente, de acordo com as suas convicções.”

Por parte dos profissionais de saúde deverá existir um equilíbrio entre os domínios do saber/saber, do saber/ser e do saber/fazer, ou seja no âmbito das competências científica, emocional/espiritual e técnica. Consideramos que estamos a agir de acordo com o art.º 81.º do CDE, que diz respeito aos valores humanos, nas alíneas a) cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; alínea e) abster-nos de juízos de valor sobre o

**Intervenções planeadas e problemas éticos identificados:**

**Fundamentação:**

comportamento da pessoa e não lhe impor os nossos próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida, ou seja devemos conciliar o dever de cuidar e respeitar o outro e na alínea e) respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos. Damos também resposta ao art.º 82.º do CDE, que se refere ao direito à vida e à qualidade de vida na alínea b) respeitando a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa.

Consideramos mobilizado o domínio da responsabilidade profissional, Ética e legal, como a unidade de competência B 3.1- promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos e a unidade de competência 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.

**3 – Encorajar a comunicação expressiva de emoções;**

**Ensinar a pessoa sobre estratégias de coping;**

**Escutar o cliente;**

**Facilitar suporte familiar;**

**Encorajar a pessoa a esclarecer dúvidas;**

**Promover técnicas de relaxamento**

3-A realização de uma ostomia, independentemente da sua função, é sempre sentida como uma agressão violenta à identidade do indivíduo, à sua auto-estima e à sua imagem corporal. (Simões cit in Gaspar et al, 2009) No processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia há inicialmente um confronto com a nova situação, em que irá ter de se desenvolver um trabalho de aceitação, cujo processo se inicia precocemente, com recurso a estratégias de coping centralizadas no problema. (Gaspar et al, 2009)

De acordo com um estudo, realizado por Krouse et al (2009) as estratégias de coping incluem o uso de humor, o reconhecimento de mudanças positivas resultantes do estoma e normalização da vida com uma ostomia.

O Enfermeiro para cuidar de uma forma holística, tem como principal ferramenta a relação de ajuda.

Não obstante de que a comunicação terapêutica se constitui como suporte para a relação de ajuda terapêutica. (Riley, 2004)

A relação de ajuda prestada pelos Enfermeiros é um dos principais aspectos no processo de adaptação da pessoa com ostomia.

A relação de ajuda profissional é muito complexa, pelo que o enfermeiro deve ser detentor de conhecimentos, habilidades e atitudes específicas, de forma a estabelecer relação com a pessoa e oferecer ajuda psicológica sustentada. (Chalifour, 2008)

O enfermeiro deve encorajar a pessoa a esclarecer dúvidas e facilitar também o suporte familiar. Deve informar e desmistificar dúvidas e receios não só da pessoa mas também da família.

O apoio e o estímulo das pessoas significativas, podem ajudar a pessoa a minimizar os seus sentimentos de insegurança, ansiedade, perda, negação, revolta e falta de esperança. (Gaspar, 2009).

**Intervenções planejadas e problemas éticos identificados:****Fundamentação:**

Ao dar resposta aos problemas/diagnósticos de enfermagem identificados, o Enfermeiro mobiliza os conhecimentos correspondentes às unidades de competência:

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

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

Agimos de acordo com o código deontológico dos enfermeiros segundo o Art.º 82º - dos direitos à vida e à qualidade de vida, assumindo o dever de:

c) Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida.

4 – Escutar a pessoa/família;

Apoiar a pessoa/família

Incentivar a comunicação expressiva de emoções;

Encorajar a pessoa/família a esclarecer dúvidas;

Promover adaptação à incapacidade;

Aconselhar o encontro com pessoas com adaptação positiva

4- Os cuidados de enfermagem devem basear-se na valorização da pessoa no seu todo, no enfoque das suas intervenções no âmbito das respostas humanas da pessoa às limitações provocadas pela doença, as quais exigem da pessoa a capacidade de adaptação a uma nova condição de vida. (Albuquerque et al, 2009)

A existência de uma colostomia, provoca uma alteração na imagem corporal da pessoa, à qual esta também se tem de adaptar. A alteração da imagem corporal, nestas pessoas, pode provocar diferentes reações emocionais, sendo uma das mais relevantes a relação que tem consigo e com os outros. Apesar da imagem corporal poder sofrer alterações em qualquer fase da vida, a importância atribuída pela pessoa varia, conforme essa mesma fase. Na idade adulta, pode haver ameaça nos papéis sociais até então desempenhados e à imagem que a pessoa tem de si.

A realização de uma ostomia de urgência é muito mais difícil de aceitar do que aquela que é programada. Uma pessoa quando é bem informada e preparada para o que vai ser submetido, adapta-se melhor à sua situação clínica. (Albuquerque et al, 2009; Martins, 1999)

Uma alteração na imagem corporal pode tornar-se numa experiência emocional difícil, uma vez que a pessoa tem associado à sua imagem, sentimentos e significados. E como forma de evitar a chamada de atenção para a sua aparência corporal, muitas vezes estas pessoas recorrem a atitudes de isolamento social, evitando os diálogos ou mesmo recusando uma vida social ativa. A adaptação da nova imagem corporal de forma positiva implica a integração de mudanças na anterior imagem que a pessoa tinha de si mesma. (Batista et al, 2011; Harcourt e Rumsey, 2006)

As pessoas com alteração da imagem corporal relacionadas com a estrutura ou função têm de lidar com o desconforto provocado pelo uso de sistema coletor de fezes (saco de colostomia), pelo que além da aceitação da ostomia, a pessoa também tem de integrar na sua imagem a existência de um saco coletor de fezes. Sendo de extrema importância o apoio familiar e social

**Intervenções planeadas e problemas éticos identificados:**

**Fundamentação:**

para uma melhor adaptação à sua situação de saúde atual e aceitação da nova imagem corporal. (Batista et al, 2011; Harcourt e Rumsey, 2006)

Cuidar em enfermagem é manter a dignidade e a individualidade da pessoa que é cuidada, e não focalizar a nossa atenção para as técnicas e para os atos que vão tratar a doença, respeitando a humanização dos cuidados agindo de acordo com o artigo 89.º, alínea a) do CDE que nos diz que devemos dar, quando prestamos cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade.

“ Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.” (Collière, 1999, p.235)

Na relação terapêutica o enfermeiro que ajuda deve fazê-lo no sentido de contribuir para que a pessoa que é ajudada adquira capacidades que lhe permitam lidar com os seus problemas, adaptar-se às situações, compreender a realidade dos contextos com clareza, intervir ativamente para atingir os seus objetivos. Estando aqui inerente o princípio da autonomia, este determina a capacidade que o ser humano tem de escolher e agir na tomada de decisão que diretamente lhe diz respeito. (Serrão e Nunes, 1998)

Consideramos mobilizada a unidade de competência K.1.4- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

A comunicação interpessoal é fundamental para a pessoa/família enquanto ser social e para estabelecer relação terapêutica. Comunicação é a transmissão de informação no que respeita aos cuidados de enfermagem de forma compreensível para cada pessoa. Respeitando o artigo 84.º do dever de informação do CDE.

Toda a relação de ajuda com intencionalidade terapêutica passa pela comunicação, mas que visa dar resposta aos objetivos das pessoas que vivem essa relação. Só elas têm a possibilidade de identificar, sentir, saber, escolher e decidir o que é melhor para si. (Lazure, 1994)

Como profissionais de saúde devemos ter sempre presente que a informação deve ser transmitida de forma lenta e gradual, sempre acompanhada de uma atitude de escuta, compreensão, conforto e companhia. É imprescindível tranquilizar a pessoa e informá-la que todas as decisões serão tomadas no respeito pela sua sua vontade. Salientamos aqui a pertinência do consentimento livre e esclarecido (Artigo 84.º, alínea c) do CDE), respeitante ao dever de informação, que nos

**Intervenções planejadas e problemas éticos identificados:**

**Fundamentação:**

diz que devemos atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pela pessoa no que concerne aos cuidados de enfermagem.

Consideramos " Consentimento informado a autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem." (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.1)

Assim os enfermeiros devem respeitar e fazer respeitar a pessoa no caso do consentimento/dissentimento informado (Duarte, 2008), este é de primazia na relação terapêutica, de confiança e de comunicação entre enfermeiros e pessoa, o que permite envolvê-la no seu processo, com a sua tomada de decisão, dando-lhe autonomia no poder de escolha. É então importante que o enfermeiro tome consciência dos seus valores, dos valores da pessoa, adequando-lhe os cuidados, tornando-os específicos para cuidar aquela pessoa. "... cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada a uma pessoa e aos seus familiares – com vista a ajudá-los na sua situação." (Hesbeen, 2000, p.67)

Consideramos mobilizada a unidade de competência 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.

Cuidar em enfermagem, não se limita à execução de tarefas, devemos ser capazes de compreender de forma holística a pessoa que estamos a cuidar. É neste propósito que a enfermagem adquire o seu expoente máximo de humanização. Logo cuidar em enfermagem necessita que se estabeleça relação terapêutica, esta significa estar com, que implica presença, reciprocidade ativa para que a pessoa no respeito pela sua autonomia, descubra e encontre caminhos que promovam a mudança para o futuro. Respeitando o artigo 89.º do CDE, referente à humanização dos cuidados. O enfermeiro deve desenvolver uma relação terapêutica, com habilidades que se traduzem em comportamentos articulados com as suas características pessoais e os seus conhecimentos profissionais (Chalifour, 2008), o que torna a sua relação eficaz, na elaboração e desenvolvimento de intervenções pertinentes, que vão de encontro ao estabelecido no artigo 88.º do CDE (excelência do exercício), alínea b) (procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa), que nos permite projetarmos uma dinâmica de qualidade nos cuidados de enfermagem, fortalecendo a ação e prosseguirmos na caminhada exigente rumo à excelência do cuidar.

Consideramos que foi mobilizada a unidade de competência, K.1.6 – Gere o estabelecimento da relação

**Intervenções planejadas e problemas éticos identificados:**

- 6- Apoiar a pessoa/família;
- Incentivar a comunicação expressiva de emoções;
- Promover técnicas de relaxamento;
- Encorajar a pessoa/família a esclarecer dúvidas;
- Promover a adaptação à incapacidade;
- Gerir ambiente físico

**Fundamentação:**

terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica. Assim como a competência comum do enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Sabendo que o enfermeiro deve participar na valorização da vida e da qualidade de vida do doente (artigo 82, alínea c) do CDE), a gestão de conforto da pessoa é também da responsabilidade do enfermeiro. Cada pessoa saudável é portadora de hábitos e rotinas no seu quotidiano, com os quais se sente segura e confortável. Vivenciando uma situação de doença, a pessoa tem de reorganizar os seus hábitos, saindo muitas vezes da sua zona de conforto e necessitando de ajuda. Assim, os enfermeiros deparam-se diariamente com pessoas com necessidades de cuidados de saúde. Kolcaba define "necessidades de cuidados de saúde como necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão, que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais." (Hamilton, in Tomey et al, 2004, p. 484) De acordo com a mesma teórica, estas necessidades podem ser físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais, e o enfermeiro pode abordá-las definindo medidas de conforto através de intervenções de enfermagem. Desta forma, é certo que o conforto é multidimensional, significando coisas diferentes para pessoas diferentes." (Hamilton, in Tomey, 2004, p. 483), devendo o enfermeiro ajustar a sua ação a cada pessoa. Pelo que foi referido anteriormente, consideramos ter mobilizado a unidade de competência K. 1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos, uma vez que se implementaram respostas de enfermagem apropriadas às complicações e se monitorizou e avaliou a adequação das respostas aos problemas identificados. Mobilizamos ainda a unidade de competência K. 1.6 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.

**Avaliação:**

No momento da alta, o Sr.º A, G., demonstrava conhecimento sobre os cuidados ao estoma e aceitação do seu estado de saúde. Contudo e de forma a assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem, ficou encaminhado para a consulta de estomoterapia da instituição para daqui a uma semana. Foi também referenciado para o Centro de Saúde da sua área de residência, de forma a ter apoio/vigilância, se necessário, nos cuidados ao estoma.

No momento da alta, o Sr.º A. G. apresentava coping eficaz, aceitava a sua auto-imagem e referia melhoria no conforto. De forma a assegurar que estas atitudes se mantêm, terá ainda acompanhamento do serviço de psicologia da instituição, assim como o filho se o desejar, uma vez que o filho constitui o principal suporte familiar do senhor.

### Reflexão sobre as aprendizagens

Os cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica são altamente qualificados e desenvolvem-se num ambiente complexo, o que exige dos enfermeiros uma resposta eficaz às necessidades identificadas de forma a manter as funções básicas de vida, de modo a prevenir complicações e limitar incapacidades.

O enfermeiro deve ter em conta a singularidade do ser humano, tentar perceber a sua trajetória de vida, de forma, a planear as suas intervenções de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa. Uma vez que o conforto é multidimensional, significando coisas diferentes para pessoas diferentes. (Hamilton, in Tomey et al, 2004)

Consideramos através da análise desta situação problemática, que todos os diagnósticos levantados, intervenções de enfermagem e resultados esperados, foram construídos utilizando uma linguagem classificada (CIPE v. 1.0, 2006), sustentados na literatura, que permitiram mobilizar as competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, agir de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro e dar resposta aos problemas éticos identificados.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, Maria et al. O Domicílio de Si – a experiência vivida nas palavras de uma ostomizada. *Revista Referência*. II série.nº 9- Março 2009, p.27-33.

Batista, Maria et al. Auto-imagem de clientes com colostomia em relação à bolsa colectora. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 64, nº 6, Nov/Dez, 2011. Disponível em [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0034\[acedido a 1/07/2012\]](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034[acedido a 1/07/2012]).

Chalifour, Jacques. *A Intervenção Terapêutica – os Fundamentos existenciais- humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-05-5.

CIPE Versão 1 – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1.0* – Lisboa. 2006. ISBN: 92-95040-36-8

Collière, Marie – Francoise. *Promover a Vida*. Lisboa: Lidel, 1999. ISBN: 972-757-109-3.

Direcção - Geral da Saúde. Carta dos Direitos e Deveres dos doentes. Direcção - Geral da Saúde. Disponível em [www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716aaaaaaaaaaaaaaaa](http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716aaaaaaaaaaaaaaaa).

Duarte, Alberto. O enfermeiro e o consentimento/assentimento informado em menores de idade. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, nº29, 2008, p.24-32.

Gaspar et al. Aceitando o contra-natura? O processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia. *Revista Referência*. II série. nº11 – dez.2009, p. 33-36

Hamilton, J., Katherine Kolcaba – Teoria do Conforto. [autor do livro] Ann e Alligood; Martha Tomey. *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ªed. Loures: Lusociência – edições técnicas e científicas, Lda, 2004. ISBN: 972-8383-74-6.

Harcout e Rumsey. Altered body image. Nursing patient with cancer: principals and practice. St Louis: Elsevier, 2006, p. 701-715.

Hesbeen, Water. *Cuidar no hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa*

*perspective de cuidar*. Loures: Lusociência – edições técnicas e científicas, Lda, 2000. ISBN: 972-8383-11-8.

Krouse et al. Coping and acceptance: the greatest challenge for veterans with intestinal stomas. *Jpsychosom Res.* 2009. Disponível em : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19232235> [acedido a 1/7/2912].

Lazure, Hélène. *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN: 972-95-399-5-2.

Martins, C. A problemática da Imagem corporal no doente oncológico. *Servir.* 1999. Nº 47, p. 312-319.

Ordem dos enfermeiros. Código Deontológico dos enfermeiros. Lisboa: Diário da República, 2009. 1ª série, nº 180. p.6547-6549

Ordem dos enfermeiros. Enunciado de posição, Consentimento informado para intervenções de enfermagem. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2007, p.1-8.

Ordem dos enfermeiros. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Diário da república – Regulamento nº 122/2011. 2ª série – 18 de Fevereiro de 2011, nº 35, p. 8648-8653.

Ordem dos enfermeiros. Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Lisboa: Diário da República – Regulamento nº 124/2011. 2ª Série-18 de Fevereiro de 2011, nº35, p.8656-8657.

Riley, B. *Comunicação em Enfermagem*. Loures: Lusociência, 2004.

Serrão, Daniel e Nunes, Rui. *Ética em cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora, 1998. ISBN: 972-0-06033-6.