



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA AO DOENTE CRÍTICO

Comunicação e qualidade de vida

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica

Por
Eulália Sofia Ferreira Dias

Porto Março 2020



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA AO DOENTE CRÍTICO
Comunicação e qualidade de vida

SPECIALIZED INTERVENTION TO THE CRITICAL PATIENT
Communication and quality of life

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica

Por
Eulália Sofia Ferreira Dias

Sob a orientação da Prof.^a Doutora Irene Oliveira

Porto – Março 2020

RESUMO

A elaboração deste relatório de estágio faz parte da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” integrada no mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica e integra um estágio em dois contextos diferentes que a autora realizou no serviço de medicina intensiva (SMI) e na unidade de queimados (UQ).

Este relatório relata a forma como foram adquiridas as competências especializadas necessárias para cuidar de forma integral do doente crítico. Ao elaborar este relatório pretendeu-se descrever as competências que se adquiriram no estágio realizado no serviço de medicina intensiva e na unidade de queimados. E para isso utilizou-se o método descritivo, analítico e reflexivo e as suas reflexões foram fundamentadas nas pesquisas realizadas nas diferentes bases de dados internacionais, tais como: PubMed, Medline, Lilacs, ScienceDirect, Cochrane library, repositório científico de acesso aberto em Portugal, EBSCO Health e na Biblioteca Virtual de Saúde.

O doente crítico requer cuidados especializados pois apresenta condições de risco de vida ou corre o risco de as desenvolver. O trabalho interdisciplinar, realizado nos dois campos de estágio permitiu o desenvolvimento da autonomia na avaliação dos doentes críticos e na prestação de cuidados, sempre baseados no respeito e na dignidade da pessoa. Para além disso, durante o tratamento ao doente crítico, o enfermeiro tem de ter competências em comunicação, quer para transmitir informação à família, quer para trabalhar em equipa e contribuir para reduzir os níveis de ansiedade em situações de stress a que estas estão diariamente sujeitas. De facto, a comunicação está sempre presente na área da saúde, especialmente no processo terapêutico e foi fundamental no serviço de medicina intensiva. Esta é uma ferramenta fundamental que deve ser considerada pelos profissionais de saúde como necessária para estar presente em todas as ações ou intervenções realizadas no cuidado ao doente/família. É também fundamental pois é através das competências de comunicação que a autora identificou a dinâmica do fluxo de comunicação entre a equipa do Serviço de Medicina Intensiva, o doente e os seus familiares. Na unidade de queimados também a comunicação com doentes e familiares é importante no sentido de perceber que a queimadura (ferida traumática) provoca maior sofrimento no doente e deixa sequelas não só físicas, mas também psíquicas e emocionais, e que tem repercussões na sua qualidade de vida do doente queimado. Foi importante conhecer aprofundadamente os sintomas relacionados com a queimadura que têm maiores repercussões na qualidade de vida dos doentes queimados. Neste sentido, utilizou-se a escala de RESVECH 2,0 para avaliar a evolução das queimaduras e a escala de Toronto para avaliar a qualidade de vida dos doentes queimados na consulta de seguimento.

Verificou-se que a comunicação foi ferramenta fundamental para estabelecer uma relação de confiança quer com os profissionais de saúde, quer com os doentes e famílias. Concluiu-se que a escala RESVECH 2.0 apresentou algumas fragilidades para a avaliação das queimaduras, e por isso considerou-se que é necessária uma pesquisa futura para maior esclarecimento acerca deste aspeto. Além disso, concluiu-se que o sintoma que tem maior impacto na qualidade de vida do doente queimado é o prurido sendo este o mais referido e que se apresentou com maior intensidade nestes doentes.

Palavras-chave: Doente crítico; Qualidade de Vida; Escala de Toronto; enfermagem médico-cirúrgica

ABSTRAT

The elaboration of this report related to the internship, is part of the curricular unit " Final Internship and Repor", integrated in the Master's degree in Nursing with medical-surgical specialization of the critical patient and integrates an internship divided in two different contexts that the author experienced in the Intensive Medicine Unit and in the Burns Unit

The report explains the manner in which the necessary specialized competence was acquired, in the way of giving care in an integral manner to the critical patient. While writing this report, it is intended to describe the competence gained during this internship in both the Burns and Intensive Medicine Units. The descriptive, analytical and reflective method was used, and the findings were fundamented on the research made using different international data bases, for example PubMed, Medline, Lilacs, Science Direct, Cochrane Library, the open-access scientific repository in Portugal, EBSCO Health and the Virtual Library of Health.

The critical patient needs specialized care, as he finds himself, or could be in risk of becoming in the condition, in a life-threatening situation. Interdisciplinary work, in both of my internships, developed my autonomy in evaluating critical patients and the care given to these patients, always on a basis of respect and dignity for the patient. Other than this, while dealing with the critical patient, the nurses have to aquire communicational skills, not only to give information to the family, but also for team-work and to contribute to reduce the levels of anxiety in stressful situations to which they are exposed on a daily basis. In fact, communication is always present in health care, especially in the therapeutic process and is, therefore, fundamental in the Intensive Medicine Unit. It is a fundamental tool which ought to be considered by the health professionals as necessary in all our actions and interventions while caring for a patient and his family. It is also fundamental because it is through these communicational skills that the author identifies the flow of communication between the health professionals of the Intensive Medicine Unit, the patient and the family. In the Burns Unit, communication is equally important with the patient and the family, in order to understand that the burn wound (traumatic injury) causes more suffering to the patient than just the physical scars, but also psychological and emotional consequences, that have repercussions on the quality of life of the burnt patient. It was important to have a profound knowledge of the related symptoms that have bigger impact on the quality of life of burnt patients. For this, the RESVECH 2.0 scale was used to evaluate the evolution of the burn wounds and the Toronto scale to evaluate the quality of life of burnt patients, in the follow-up appointments.

We verified that communication is a fundamental tool to establish a relationship based on trust, not only with the patient and family, but also with the health professionals. We concluded that the RESVECH 2.0 scale had some fragile aspects in the evaluation of burn wounds, and so we consider that further research is necessary to clarify this aspect. Other than this, we concluded that the symptom with greater impact on the quality of life of the burnt patient, is itchiness, for it is the most referred symptom and also the one that was more intense for the patients.

Key words: Critical patient; Quality of life; Toronto Scale; Medical-surgical Nursing

SIGLAS E ACRÓNIMOS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EVA – Escala visual analógica

NAS - Nursing Activities Score

QV - Qualidade de Vida

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

SCQ – Superfície corporal queimada

SMI- Serviço de Medicina Intensiva

SNG - sondas naso gástricas

SNS - Sistema Nacional de Saúde

STPM - Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester

SU - Serviço de Urgência

UQ – Unidade de Queimados

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	11
2. O DOENTE E FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	15
3. DOENTE CRÍTICO COM QUEIMADURAS	19
4. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DO DOENTE CRÍTICO	29
4.1. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	29
4.2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE QUEIMADOS	43
5. CONCLUSÃO	49
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
7. APÊNDICES	59
Apêndice I – Estudo de caso - doente portador de ferida complexa	60
Apêndice II – Plano e formação sobre a escala de Toronto	77
8. ANEXOS	85
Anexo I - Escala de Toronto	86
Anexo II – Pedido de autorização para utilização da escala de Toronto	88
Anexo III – Escala de RESVECH 2.0	90

Lista de Tabelas:

Tabela 1: Frequência de avaliações das queimaduras

Tabela 2: Características demográficas e clínicas

Tabela 3: Sintomas apresentados pelos doentes com queimaduras nas últimas 74 horas.

1. INTRODUÇÃO

A autora deste relatório já é profissional de enfermagem há 23 anos e durante estes anos já cuidou em diferentes situações de doentes críticos. Durante todos estes anos sempre foi sua convicção que necessitava de aprofundar os seus conhecimentos na área do cuidar de doentes críticos.

Os cuidados ao doente crítico dependem de cuidados de enfermagem mais especializados para promover o cuidado físico, conforto, tranquilidade e bem-estar do doente (Gonzalez et al., 2004).

A pessoa em situação crítica requer cuidados especializados de vigilância, monitorização e terapêutica que combatam a situação complexa de falência orgânica em que se encontram e que lhe ameaça a vida. Assim para os enfermeiros que trabalham com estes doentes, é necessária agilidade nos procedimentos e um leque de conhecimentos específicos e aprofundados na área da ressuscitação cardiopulmonar para fazer face a este tipo de situações (Sá, Botelho, & Henriques, 2015).

Assim, resolveu ingressar no mestrado de enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica na área do doente crítico.

A elaboração deste relatório de estágio faz parte da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” integrada no mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica, realizado no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no Centro Regional do Porto. Esta unidade curricular integra um estágio em dois contextos diferentes que a autora realizou no serviço de medicina intensiva (SMI) e na unidade de queimados (UQ) com uma carga horária total de 750 horas, com 400 horas de contacto distribuídas por 360 horas de estágio (180 horas em cada um dos contextos), 20 horas de seminário e 20 horas de orientação tutorial; o que corresponde a 30 ECTS e que decorreu no período de 09/09/2019 até 04/01/2020.

Optou-se por realizar este estágio nas referidas unidades porque estas são suficientemente perto do local de trabalho e, portanto, puderam-se evitar constrangimentos de ajuste dos horários. Para além disso, a população que é abrangida pelas referidas unidades é a população que pretende conhecer melhor pois é a que pertence à sua área de prestação de cuidados. O estágio de opção recaiu na unidade de

queimados porque nunca teve oportunidade de trabalhar com doentes queimados e sempre teve curiosidade de perceber que cuidados se prestam a estes doentes.

Entre as competências que a enfermeira especialista deve ter está o tratamento da dor e a manutenção do bem-estar dos doentes em situações críticas (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Para além disso, durante o tratamento ao doente crítico, o enfermeiro tem de ter competências em comunicação quer para transmitir informação à família, quer para trabalhar em equipa e contribuir para reduzir os níveis de ansiedade em situações de stress a que estas estão diariamente sujeitas.

De facto, a comunicação está sempre presente na área da saúde, especialmente no processo terapêutico. Esta é uma ferramenta fundamental que deve ser considerada pelos profissionais de saúde como necessária para estar presente em todas as ações ou intervenções realizadas no cuidado ao doente/família. No processo de cuidar a comunicação está sempre presente quer para informar, confortar, ou apoiar quer para atender às necessidades básicas do doente (Ramos & Bortagarai, 2012). Portanto, a comunicação é um dos pilares utilizados pelo enfermeiro para o desenvolvimento, aperfeiçoamento e para viabilizar a prestação de cuidados de excelência (Zani, Marcon, & Tonete, 2014).

Com este relatório a estudante pretende relatar a forma como foram adquiridas as competências necessárias para exercer funções de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. Para além disso, deseja fazer uma análise crítica e reflexiva das experiências vividas durante os mesmos.

Para a elaboração deste relatório, foi utilizada a forma descritiva, analítica e reflexiva das experiências e eventos que surgiram durante o mesmo. As reflexões pessoais expressas neste relatório baseiam-se em pesquisas realizadas nas diferentes bases de dados internacionais, tais como: Pubmed, Medline, Lilacs, ScienceDirect, Cochrane library, repositório científico de acesso aberto em Portugal, EBSCO Health e na Biblioteca Virtual de Saúde.

Este relatório visa descrever as atividades realizadas, os objetivos alcançados, as reflexões apresentadas, as experiências vividas pela autora e o impacto destas no seu crescimento pessoal e profissional, bem como as competências especializadas adquiridas, as dificuldades e problemas encontrados durante a prática realizada. A autora optou por destacar as competências adquiridas a negrito ao longo do texto.

No segundo capítulo descreve resumidamente as competências obtidas no estágio realizado no primeiro ano do curso (serviço de urgência-SU), no âmbito do Estágio “A pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica”, uma vez que estas viriam a ser necessárias durante a realização do estágio nos dois contextos seguintes.

Posteriormente define as queimaduras e de que forma se avaliam no doente crítico com queimaduras e ainda analisa que impacto estas pode ter na qualidade de vida dos doentes.

No quarto capítulo descreve a aquisição de competências, nos dois últimos contextos de estágio. Optou-se pela divisão destas competências por cada contexto pois pareceu-lhe uma forma mais organizada de expor e explicar as duas realidades que são diferentes. Por último apresenta uma breve reflexão conclusiva que encerra este trabalho.

Como se percebe por esta descrição dos conteúdos do trabalho, atribui relevante importância à qualidade de vida (QV) e teve curiosidade de avaliar esse aspeto através da escala de Toronto, portanto, utilizou a referida escala para perceber que QV tem um doente queimado após o tratamento da queimadura (avaliado em consulta de seguimento) (anexo I). Para poder utilizar a referida escala pediu autorização ao autor da validação da mesma para a população Portuguesa (anexo II)

Para além disso e juntamente com outra colega do mesmo curso, colaborou na aplicação da Escala de RESVECH 2.0 com o objetivo de perceber a evolução de uma queimadura e analisar a adequação desta escala na avaliação deste tipo de feridas.

2. O DOENTE E FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O doente crítico tem vindo a ser alvo de grande preocupação, uma vez que sofre de condições de risco de vida ou corre o risco de desenvolvê-las (Otu & Hashmi, 2018), por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O primeiro contacto deste doente com os serviços de saúde é feito, habitualmente, na urgência, pelo que este serviço representa elevada importância tanto no processo de diagnóstico como no processo de tratamento (Healy et al., 2016; Oedorf et al., 2017). Estes doentes apresentam altas taxas de mortalidade, sendo que menos de 50% sobrevivam até a alta hospitalar. Contudo, mais de 90% dos doentes que recebem alta hospitalar continuam vivos no período de 1 ano. Este facto destaca a importância dos cuidados de elevada qualidade destes pacientes, que acaba por baixar a mortalidade dos mesmos a médio prazo (Crager, 2019). De facto, a doença crítica é apenas um momento na trajetória da saúde do doente, e os períodos antes e depois da doença crítica são considerados cada vez mais importantes para otimizar os resultados em longo prazo (Vincent & Creteur, 2018)

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados ao doente crítico, nomeadamente através da mobilização de recursos científicos, técnicos e pessoais que permitam dar resposta adequada e atempada às suas necessidades. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área do doente crítico apresenta competências específicas que incluem vivenciar processos de doença crítica ou falência orgânica, responder em situações de catástrofe e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No SU onde realizou estágio o enfermeiro especialista tem a seu cargo a coordenação do serviço. A área da coordenação é uma área complexa, pois o enfermeiro tem de vivenciar inúmeras situações diferentes e imprevisíveis para a qual tem de dar resposta atempada para que o funcionamento do SU não seja prejudicado. O elemento de enfermagem que está de coordenação garante a gestão dos recursos materiais e humanos para uma boa resposta aos cuidados e é o elo de ligação na equipa multidisciplinar. Esta é uma atividade desgastante, requerendo capacidades de escuta, respeito pelo outro, empatia, competências a nível comunicacional, concentração e capacidades de planificação e tomada de decisão. O enfermeiro que fica na coordenação gere toda a

burocracia durante o turno e complementa os colegas em qualquer situação de exceção. Assim, a autora pode desenvolver as competências de **adequar os recursos à consecução das diferentes intervenções especializadas, gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e demonstrar competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adequar a comunicação ao contexto e às pessoas.**

Relativamente aos recursos tecnológicos, o SU encontra-se totalmente informatizado, dispondo de inúmeros aplicativos informáticos, para diferentes funções tais como o *Alert (Software* que apoia a prestação de cuidados ao doente), o *GHAF (Software* que realiza a gestão do armazém e farmácia) e o *Pyxis (Software* que regista o material e a reposição de stock). Após a utilização destas ferramentas de gestão, o enfermeiro vai conseguir **mobilizar conhecimentos no domínio das novas tecnologias de gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos complexos.** Também foi possível **integrar a equipa pluridisciplinar e pluriprofissional na organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos de intervenção.**

Durante este estágio vivenciou várias experiências na área de prestação de cuidados a doentes críticos com problemas cardíacos (via verde coronária) vasculares (via verde AVC), respiratórios, neurológicos, ortopédicos e outros problemas médicos ou cirúrgicos e, portanto, foi possível perceber ao longo desta experiência que as equipas tanto médicas, cirúrgica como de enfermagem, têm uma elevada capacidade de organização e de trabalho sob *stress*. Com esta experiência foi possível **desenvolver intervenções técnicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas, decorrentes dos processos médicos complexos, dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção à ação e garantir um ambiente terapêutico e seguro.**

Ainda durante o estágio realizou também triagem de doentes através o sistema de triagem de prioridades de Manchester (STPM) nos doentes que deram entrada no SU e avaliou os doentes através do algoritmo ABCDE (A – Via Aérea com imobilização da coluna cervical, B – Ventilação e oxigenação, C – Circulação (Suporte Cardiovascular), com controlo de hemorragia, D – Disfunção Neurológica, E – Exposição (Avaliação do Hábito Externo, evitando a hipotermia) (Direção-Geral da Saúde, 2010). Sempre que necessário providenciou meios de transporte para transferência dos doentes que

necessitavam de ir para outras unidades hospitalares. Desta forma conseguiu, **realizar a STPM, assegurar os meios de evacuação e transporte, garantir a continuidade dos cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas, identificar prontamente focos de instabilidade e identificar evidências fisiológicas de mal-estar.**

É de realçar, em primeiro ponto, a importância do enfermeiro da triagem, a quem são exigidas habilidades tais como ser eficiente sob tensão e stress, ter qualidades de liderança, conhecer o funcionamento do hospital em geral e do SU em particular, ser diplomata, bom comunicador, competente e rápido na avaliação e na tomada de decisão. Toda esta perícia é consolidada ao longo do tempo, através da prática e da experiência. Desta forma foi possível, **demonstrar conhecimentos em técnicas aprofundadas de comunicação, cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas.**

Um dos direitos que o doente possui é o benefício de acompanhamento por uma pessoa de referência (Conselho de Ministros, 2017). Legalmente, familiares ou não, os acompanhantes são parte integrante dos cuidados. Apesar da lei, em Portugal a prática comum no acompanhamento a adultos, é a permanência dos acompanhantes numa sala de espera exterior. Contudo, essa não é a realidade no SU em causa, uma vez que se encontra adaptado à legislação em vigor. Neste serviço, existe um regulamento de acompanhantes de doentes onde a todos é reconhecido o direito de acompanhamento de utentes no SU. Esta informação é prestada pelo enfermeiro no momento da triagem, através do fornecimento de vinheta de acompanhante. Para além de contacto com o doente, o enfermeiro orienta e ajuda a família, envolvendo-a nos cuidados e despistando precocemente sinais de mau estar ou insegurança (Direção Geral de Saúde, 2011). Conseguiu, assim, **estabelecer relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família e garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais.** Esta experiência permitiu **reconhecer e antecipar situações de eventual conflito, utilizar técnicas de resolução de conflitos.**

Foi também possível neste estágio lidar com situações na área da minha experiência profissional (doentes submetidos a diversas cirurgias de Cirurgia de Cabeça

e Pescoço e ORL), através de dois doentes laringectomizados que recorreram ao SU. Houve, oportunidade de os enfermeiros treinarem o manuseamento das cânulas de ostomias respiratórias, limpeza do estoma e a comunicação com o doente laringectomizado, aspeto que é gerador de *stress* nesta equipa. Assim tornou-se possível **atuar como formador oportuno** em contexto de estágio. Neste âmbito, desenvolveu uma proposta de norma sobre os cuidados a doente crítico admitido com traqueostomia, de modo a apoiar os enfermeiros do SU em futuras situações. Conseguiu-se, desta forma, **agilizar guias de boas práticas e desenvolver a sua praxis clínica especializada em evidência científica.**

Foi constatada ao longo do período de estágio a importância dos meios de socorro pré-hospitalar e a sua importante contribuição na estabilização hemodinâmica do doente até à sua chegada ao SU. Verificou-se uma boa articulação entre o pré-hospitalar e o hospital, sendo este facto determinante para uma resposta eficaz no tratamento.

A sala de emergência revelou-se também um local de estágio bastante importante para o desenvolvimento de competências. As principais dificuldades prenderam-se inicialmente com a articulação do espaço e a articulação dos cuidados prestados, visto que esta é uma área muito específica de estabilização de doentes, na qual as avaliações primária e secundária, e a adoção de atitudes para a resolução dos problemas encontrados são as principais prioridades.

Ao longo do percurso formativo, foi demonstrada a tomada de decisão na assistência ao doente crítico, baseada num corpo de conhecimentos sólido e consistente desenvolvida ao longo do mesmo período.

3. O DOENTE CRÍTICO COM QUEIMADURAS

As queimaduras são lesões traumáticas da pele e anexos frequentes, graves e incapacitantes. Estas lesões traumáticas podem ter várias causas, nomeadamente os acidentes domésticos, de trânsito e de trabalho; a exposição a chamas, líquidos quentes, superfícies quentes ou frias; agentes químicos, radiação ou fricção. As queimaduras podem afetar não apenas a pele, mas também tecidos mais profundos, como tecido celular subcutâneo, músculos e tendões, e até mesmo ossos (Boluda., Torreblanca., Santos., & Núñez., 2011).

As queimaduras causam perda de líquidos, de calor e perda das principais funções da pele com alterações metabólicas que aumentam o risco de infeção perturbando o equilíbrio do organismo (Boluda. et al., 2011).

É importante salientar que a avaliação inicial da profundidade das queimaduras é muitas vezes um exercício difícil devido ao carácter dinâmico que apresentam durante as primeiras 48-72 horas, pelo que deve ser reavaliado após 2 ou 3 dias. As queimaduras são classificadas de acordo com a profundidade em (Boluda. et al., 2011).

Queimaduras de primeiro grau ou epidérmicas: são as mais superficiais e dolorosas, que afetam apenas a epiderme. Externamente distinguem-se por serem lesões eritematosas, ligeiramente inflamatórias, onde a integridade da pele é preservada. Este tipo de queimadura é doloroso, cicatriza espontaneamente em 5 dias e não produz infeção nem sequelas permanentes da pele. Os exemplos mais clássicos são os de origem solar ou escaldão de água (Boluda. et al., 2011).

Queimaduras superficiais ou de segundo grau da pele: este tipo de queimadura danifica parcialmente a camada dérmica, afetando apenas a derme papilar. Frequentemente, aparecem feridas ou bolhas intactas como resultado do edema subjacente. São também de aspeto doloroso e rosado e se as flitenas são retiradas, a imagem é classicamente descrita como um “condensado hemorrágico” (exsudativo e hiperémico). A remissão destas lesões ocorre dentro de 8-10 dias. Nessas queimaduras existe a possibilidade de despigmentação ou discromia da pele (Boluda. et al., 2011).

Queimaduras dérmicas profundas ou de segundo grau: o envolvimento destas lesões estende-se à derme reticular. Presença de bolhas ou feridas, o leito de queimadura é pálido e com manchas. O doente apresenta diminuição da sensibilidade ou hipoalgesia

em alguns casos e hiperalgesia em outros. Por vezes preservam o folículo piloso ou as glândulas sebáceas. Os doentes com este tipo de queimadura podem necessitar de uma escarotomia para libertar ou prevenir uma síndrome compartimental no tecido edematoso. Se em 21 dias o doente não apresentar epitelização, deverá ser encaminhado para a Cirurgia Plástica, pois existe a possibilidade de cicatrização (Boluda. et al., 2011).

Queimaduras de espessura total ou de terceiro grau: estas queimaduras envolvem a destruição de toda a espessura da pele. O doente não manifesta dor na lesão devido ao envolvimento das terminações nervosas, exceto nos tecidos circundantes saudáveis. Distinguem-se pela formação de um tecido esbranquiçado, em forma de pergaminho. É parecido com um pergaminho de couro, com vasos em forma de trombos. Requer tratamento cirúrgico obrigatório, e em alguns casos pode requerer amputação. Este tipo de queimadura deixa consequências importantes (Boluda. et al., 2011).

Queimaduras de quarto grau: o termo queimaduras de quarto grau não é utilizado atualmente na prática clínica. Refere-se a situações em que os danos se estendem a estruturas profundas, como músculos, tendões e ossos. Estas queimaduras também são denominadas de carbonização (Boluda. et al., 2011).

Outra das características que devem ser tidas em conta no doente queimado é a extensão da queimadura, uma vez que é de vital importância para o prognóstico do doente, bem como a localização e o grau de profundidade. Para calcular a Superfície Corporal Queimada (SCQ), os métodos mais conhecidos são:

A Regra dos 9 de Wallace: este método é frequentemente utilizado para avaliar rapidamente grandes áreas de queimaduras em adultos. As queimaduras de primeiro grau não são contabilizadas. No caso das crianças, deve-se notar que a proporção da superfície craniana em relação aos membros inferiores é maior, utilizando-se a **Lund-Browder 9** (Boluda. et al., 2011).

Regra de 1 ou regra da palma da mão: ferramenta de avaliação rápida da superfície para queimaduras menores. A palma da mão do doente afetado, equivalente a 1% da superfície do corpo, pode ser utilizada em qualquer idade. A mão do doente é sobreposta à queimadura sofrida para obter o cálculo aproximado (Boluda. et al., 2011).

A equipa de enfermagem deve ser treinada para cuidar de doentes queimados, no entanto, o cuidado destes doentes é complexo, pois requerem cuidados especiais tanto na higiene como na aplicação de tratamentos específicos para queimaduras (Toribio, 2010).

Nos cuidados de enfermagem ao doente queimado, é necessário saber que alterações estão a ocorrer nos diferentes sistemas corporais do doente. Também devemos saber quando considerar um doente como gravemente queimado, pois embora o prognóstico dependa da extensão e profundidade da lesão, existem certas áreas, como mãos, pés, face, pescoço e períneo, que por si só produzem incapacidade ou podem colocar o doente em sério risco se não forem tratadas adequadamente (Vale, 2005).

A avaliação primária do doente queimado começa por seguir o algoritmo ABCDE + F. A gestão inicial baseia-se no facto de o doente com queimaduras graves ser um doente politraumatizado. Recomenda-se para proteção do pessoal de saúde o uso de luvas e máscaras esterilizadas. A ação inicial é a remoção de roupas queimadas e não aderentes ao doente, remoção de anéis e adornos e colocação do doente em lençóis esterilizados envolvendo-o de forma a evitar a hipotermia (Boluda. et al., 2011).

Para se promover uma correta ventilação e respiração, será permeabilizada a via aérea com controlo da coluna cervical até que a lesão medular cervical seja excluída (A e B). A inalação de ar quente pode causar edema e obstrução das vias respiratórias nas primeiras 24-48 horas. A intubação precoce será ponderada se as queimaduras forem faciais, nas sobrancelhas, na presença de secreções carbonizadas, disfonia, estridor, pieira, alteração do estado de consciência ou cianose (Vale, 2005). Para se ter uma respiração adequada é necessário verificar a frequência e qualidade e deve-se recorrer ao uso de capnografia (Castillo-Muñoz, Céspedes-Guirao, Novo-Torres, & Lorda-Barraguer, 2014).

Na avaliação da circulação (C), os doentes queimados requerem a canalização de duas vias periféricas e não se deve atrasar a sua colocação. A fluidoterapia nas primeiras horas reduz a mortalidade e a falência de múltiplos órgãos. Durante as primeiras 24 horas, é utilizado o soro Lactato Ringer e deve ser assegurada uma diurese de 1 ml/kg/h ou mais. Para calcular as necessidades de fluidos durante o primeiro dia em queimaduras superiores a 10%, a fórmula mais utilizada é a de Parkland (4 ml/kg/SCQ), contando desde o início da queimadura, substituindo metade do calculado nas primeiras 8 horas e o restante nas 16 horas seguintes (Citores & Pardillo, 2007). Nesta fase é também realizada a inspeção da cor da pele, palpação de pulso, temperatura e enchimento capilar. Neste ponto, ao examinar as queimaduras, pode-se ver a extensão e profundidade. Aplica-

se a regra dos nove, que dá valores múltiplos de 9 para diferentes áreas do corpo (Boluda. et al., 2011) (Figura 6).

Na avaliação neurológica (D) determina-se o nível de consciência do doente e verifica-se a reação pupilar. A exposição (E) verifica-se através do exame de toda a SCQ de forma rápida para prevenir a hipotermia. A reposição de fluidos (F) é determinada pela fórmula de Parkland. Um cateter urinário deve então ser colocado o mais cedo possível, bem como uma sonda nasogástrica (SNG) nos doentes queimados que excedam 20% de SCQ. O doente queimado deve ter proteção gástrica intravenosa e ser analgesiado e sedado pela mesma via com narcóticos, para além de ser imunizado contra o tétano (Citores & Pardillo, 2007).

A UQ onde se realizou o estágio tem regras escritas, atualizadas e conhecidas pelo pessoal da unidade, sobre o trânsito de pessoal e a circulação de material limpo e contaminado, entre as diferentes partes da unidade e o exterior.

A UQ está dividida em várias áreas diferentes:

- ★ Admissão: onde o doente é recebido, assim como a família ou acompanhante. Realizado acolhimento e dadas todas as informações possíveis e pertinentes para o internamento.
- ★ Internamento: esta área é restrita e só o pessoal de saúde pode ter acesso a ela. Tem 10 quartos em box individual num ambiente de alta proteção contra infeções. Esta área tem espaço suficiente para várias pessoas (enfermeiras, médicos, etc.) trabalharem com o doente ao mesmo tempo. Todas as camas têm entradas de gás e ventilação mecânica e equipamento de monitorização contínua.
- ★ Área de enfermagem da unidade está localizada na região central da unidade.
- ★ Balneoterapia: esta área está localizada ao lado do Bloco Operatório e comunica com a área de circulação restrita da Unidade. Possui uma banheira com as características específicas que permitem a realização da higiene dos doentes queimados, devidamente equipado com maca própria para a higiene destes doentes, ventilador e toda a monitorização necessária para anestesia e sedação.
- ★ Boco operatório: integrada na UQ equipada com os instrumentos necessários para o tratamento cirúrgico de doentes queimados

Durante o estágio também foi observado que a UQ tem um coordenador de cuidados que se dedica a tempo inteiro à gestão da UQ e que garante a coordenação dos cuidados dos doentes e das famílias pela equipa clínica e pelas outras Unidades que colaboram nos cuidados destes doentes.

Quanto aos turnos da UQ, o atendimento ao doente é realizado durante 24 horas por dia, 365 dias por ano. Cada turno tem pelo menos um médico especialista em queimados ou cirurgia plástica e reconstrutiva e 1 enfermeiro especialista.

Durante os primeiros turnos do estágio foi possível verificar que a maioria dos doentes admitidos na UQ eram vítimas de queimaduras de várias causas e com diferentes áreas do corpo afetado. Além disso, a UQ também recebe doentes com traumas associados e outras patologias, como a Síndrome de Lyell.

A síndrome de Lyell, ou Necrólise Epidérmica Tóxica, é uma doença rara, mas potencialmente fatal. Esta entidade enquadra-se no espectro de reações cutâneas adversas graves devido a um desprendimento cutâneo intenso que produz. O quadro clínico desta síndrome é de início súbito, após o contacto com o agente causal. Caracteriza-se por um agravamento do estado geral com o aparecimento de lesões eritematosas dolorosas, inicialmente distribuídas simetricamente na face e no tronco, com tendência a espalhar-se para as partes acrósticas. Estes sintomas geralmente precedem as lesões cutâneas em 1 a 3 dias. O quadro clínico é acompanhado de febre. As lesões evoluem de máculas eritematosas para um descolamento da epiderme, com o aparecimento de necrose e bolhas flácidas (sinal positivo de Nikolsky). Finalmente, grandes áreas epidérmicas são desprendidas, deixando erosões exsudativas (Castillo-Muñoz et al., 2014).

Durante o estágio a autora teve a experiência de cuidar de um doente com síndrome de Lyell, com aproximadamente 90% da área corporal lesionada. Esta foi uma experiência completamente nova e o doente que esteve internado três dias acabou por falecer. Quando deu entrada na UQ falava e expressava as suas dúvidas, receios e pedia que lhe fosse realizado tratamento para alívio da dor e desconforto geral e aceitou imediatamente a sedação e ventilação por lesões na mucosa oral e faríngea. O doente referiu saber qual era o prognóstico da doença e o seu provável desfecho e expressou a vontade de aguardar pelo filho residente no estrangeiro.

A intervenção de enfermagem nestes casos é semelhante à intervenção para um doente grande queimado. Avalia-se o doente pela regra dos 9 de Wallace para determinar

a superfície corporal atingida pelas lesões. Avalia-se o doente através do algoritmo ABCDE + F. Para além disso, também se tomam precauções no sentido de manter o ambiente aquecido para prevenir a hipotermia.

Também o controle de infeções é de vital importância, pois para além de se inserir na esfera da segurança do doente, existem evidências que comprovam que a ausência da natural barreira de defesa (pele) existe um risco aumentado de as contrair (Mendes, 2018).

Além desta rotura da barreira cutânea, a disponibilidade de nutrientes na superfície da queimadura, a destruição da vascularização da pele queimada tornam este tipo de ferida especialmente suscetível à infeção (Macedo & Santos, 2006; Toribio, 2010). Razões que levam os enfermeiros e a autora deste relatório a realizar os cuidados de higiene com técnica asséptica cirúrgica e com clorohexidrina 2%. No mesmo sentido, os tratamentos às lesões também são realizados obedecendo aos mesmos critérios de assepsia e são realizados com sulfadiazina de prata com Cerium e desta forma **aprofundou conhecimentos na intervenção junto de doentes com feridas complexas.**

É necessário lembrar que as principais funções dos cuidados de enfermagem no doente queimado são: proteger órgãos e funções vitais, reduzir o stress neurológico e metabólico, diminuir o risco de complicações, proporcionar conforto e bem-estar pessoal. Para isso, a enfermeira deve conhecer a fisiopatologia das queimaduras, estabelecer a gravidade do doente queimado, ter objetivos claros para os cuidados gerais, manter e estabilizar as vias aéreas, estabilizar o equilíbrio hídrico, avaliar e estabilizar as lesões traumáticas associadas, avaliar a dor e ansiedade do doente queimado (Boluda et al., 2006).

Em relação à análise das informações colhidas para promover boas práticas, observou-se que a equipe de enfermagem que trabalha na UQ dá grande importância ao autocuidado, às transições que ocorrem na vida do doente e família e à QV deles (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A expressão QV foi utilizada pela primeira vez pelo Presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964 na sua declaração sobre a definição de objetivos para a economia do país, na qual rejeitou a ideia de que esta fosse ditada pelos balanços dos bancos. Referiu que a definição da economia só pode ser avaliada, através da QV que proporciona às pessoas (Fleck et al., 1999).

No entanto, o termo QV “abrange múltiplos significados e reflete os conhecimentos, experiências e valores individuais e coletivos” (Fernandes, 2012; p. 13). Trata-se, pois, de um conceito muito amplo, que contempla uma dimensão individual, com reflexos no grupo social em que o indivíduo se insere.

Este mesmo conceito encontra-se igualmente em muitos autores, relacionado com conceitos de saúde, bem-estar, felicidade e satisfação pessoal – o que representa a percepção de cada um sobre a sua vida e sobre vários aspetos socioculturais que o envolvem. A QV tem, portanto, aspetos objetivos (expetativas, padrão e preocupação) e aspetos subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer e realização pessoal) (Pereira, Teixeira, & Santos, 2012).

Para os indivíduos que têm uma queimadura, a QV encontra-se afetada de várias formas, tanto física, como psíquica e social. A existência de uma queimadura afeta a QV do indivíduo pela desagradável presença de dores, pelo odor, pelo exsudado, pelo prurido e pelas hemorragias existentes que fazem com que o indivíduo se isole e entre em estado de ansiedade, de depressão, de angústia e de isolamento até ao fim dos tratamentos (Carlucci, Rossi, Ficher, Ferreira, & Carvalho, 2007).

A autora partilha destas preocupações com a QV dos doentes em geral descrita pelos vários autores já citados. Neste contexto de estágio encontrou uma população de doentes críticos que passam por grande sofrimento e que apresentam sequelas.

Para se avaliar a QV de qualquer doente é necessário recorrer a instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa e que sejam fiáveis e precisos.

Assim recorreu a um instrumento de trabalho que foi criado por Maida, Ennis, & Kuziemyky (2009) em Toronto para fazer uma avaliação sistematizada dos sintomas que se relacionam com a QV e que estão associados às feridas de todas as etiologias (Maida, Ennis, & Kuziemyky, 2009). A escala de Toronto para Avaliação de Sintomas em feridas no doente queimado (anexo I). A escala Toronto Symptom Assessment System for Wounds (TSAS-W-PT) validada para a população Portuguesa e é uma ferramenta com potencial para permitir e facilitar a medição da dor e angústia polissintomática associada a todos os tipos de feridas (Maida et al., 2009). Desta forma, **“desenvolveu a perícia no âmbito da investigação”** para adquirir competências nessa área.

Refletiu, então, sobre o impacto que as queimaduras sofridas e as sequelas têm na QV dos doentes e optou por todas as sextas feiras (dia da consulta de seguimento de

queimados) em que esteve em estágio, a ocupar este posto de trabalho para, em colaboração com as enfermeiras, poder perceber esta realidade. Para além disso, ainda solicitou às enfermeiras da consulta (com o conhecimento e consentimento da enfermeira chefe) que se viessem doentes queimados à terça-feira (dia de consulta de plástica realizada pelos mesmos médicos de queimados) que a informassem para poder estar presente ou mesmo em qualquer outro dia que os doentes com queimaduras recorresse à consulta. Relativamente a este seguimento dos doentes na consulta, preconiza-se realizar os tratamentos às queimaduras, perceber as implicações que a queimadura tem na QV do doente, verificar a adaptação do doente queimado à nova situação de vida, ensinar estratégias de melhoria perante os sintomas que diminuem essa QV e sejam possíveis de melhorar. Desta forma, juntamente com a Enfermeira Chefe do serviço e as enfermeiras da consulta, considerou-se que, no âmbito da avaliação de enfermagem realizada a cada doente, seria oportuno aplicar a escala de Toronto para obter mais dados sobre essa QV e que pudessem contribuir para uma abordagem mais adequada de cada doente.

A autora, em colaboração com as enfermeiras do serviço, aplicou a referida escala para avaliação dos sintomas nos 47 doentes queimados que recorreram à consulta de seguimento no período do estágio e que apresentavam 138 queimaduras o que representa em média 2,9 queimaduras /por doente. Estes 47 doentes foram avaliados pela autora na consulta de seguimento enquanto colaborava na realização do tratamento às queimaduras e ia estabelecendo a comunicação com o doente. Solicitava autorização aos doentes para lhes colocar as questões referentes ao preenchimento da escala. Destes doentes ainda avaliou 16 deles (34,0%) uma segunda vez e 7 (14,9%) uma terceira vez e constatou que à medida que o tempo vai passando vão melhorando quanto à manifestação de todos os sintomas (tabela 1).

Tabela 1: Frequência de avaliações das queimaduras

	Frequência	Percentagem
1ª avaliação	47	100
2ª avaliação	16	34,0
3ª avaliação	7	14,9

Com estas avaliações foi possível documentar a QV do doente com queimaduras. Os doentes assistidos neste período eram, maioritariamente, do sexo masculino (61,7%), com média de idades de 47,95 anos que maioritariamente estão compreendidas entre os 35 e os 44 anos (34.0%) e com queimaduras localizadas maioritariamente nos membros

inferiores e superiores e muito extensas e que, portanto, são consideradas como áreas não mensuráveis (tabela 2).

Tabela 2: Características demográficas e clínicas

Demográficas	Frequência	Percentagens
sexo		
Masculino	29	61,7
Feminino	18	38,3
Grupo etário (média: 47,95 Anos/ desvio padrão: 19,99)		
<35	9	19,1
35-44	16	34,0
45-54	10	21,3
65-74	6	12,8
75-84	4	8,5
>85	2	4,3
LOCALIZAÇÃO DAS QUEIMADURAS		
Localização das queimaduras		
Face/Cabeça/Pescoço	3	6,4
Tórax Anterior / Mama	3	6,4
Abdômen /Flanco	2	4,3
Região lombar/dorsal	2	4,3
Membro Superior	10	21,2
Membro Inferior	13	27,7
Região pélvica	2	4,3
Anca	1	2,1
Períneo / Região Genital	1	2,1
Região sagrada	1	2,1
Pé (excluindo calcanhar)	8	17,0
Calcanhar	1	2,1

A dor na execução de pensos é referida por 2 doentes (0,94%) e nos intervalos entre os pensos, só 3 doentes (1,41%) citaram a sua existência. Também 3 doentes (1,41%) referiram a existência de drenagem de exsudado, 5 doentes (2,35%) alegaram a presença de odor e 16 doentes (7,52%) referiram prurido nas queimaduras. Para além disso, 1 doente (0,47%) apresenta hemorragia, 1 doente (0,47%) citou a existência de edema, 2 doentes (0,94%) manifestam efeito de massa causado pela queimadura e 3 doentes (1,41%) alegou efeito de massa causado pelo penso (tabela 3).

Dos doentes analisados 6 (2,82%) referiram preocupações estéticas relacionadas com as queimaduras (tabela 3).

Tabela 3: sintomas apresentados pelos doentes com queimaduras nas últimas 74 horas.

	Frequência	Percentagem
Dor na execução de pensos	2	0,94
Dor entre mudança de pensos e/ou desbridamento	3	1,41
Drenagem ou exsudado	3	1,41
Odor	5	2,35
Prurido	16	7,52
Hemorragia	1	0,47

Preocupação estética	6	2,82
Edema e/ou tumefação	1	0,47
Volume ou efeito massa causados pela ferida	2	0,94
Volume ou efeito massa causados pelo penso	3	1,41

Ao conversar com os doentes pode ser percebido que a maioria referiu sentir medo sobre o processo pelo qual está a passar, e este é um fator que não é avaliado na escala. Para além disso, pode-se concluir que a dor na execução dos pensos às queimaduras é pouco referida pelos doentes quando vêm à consulta de seguimento. Os sintomas mais referidos são o prurido, preocupações estéticas e o odor. Estes aspetos segundo os próprios doentes, fazem com que eles se afastem dos amigos e das próprias famílias.

Estes resultados vêm contrariar os resultados obtidos pelos autores da escala Maida et al. (2009) num estudo que realizaram. Neste estudo foram avaliados 672 doentes com 2102 feridas de diferentes etiologias em que 31,6% dos doentes referem dor, 28,6% presença de exsudado, 17,9% refere preocupações estéticas, 9,8% presença de odor, 5,1% prurido, 4,9% apresenta hemorragia e 4,7% efeito de massa.

Na avaliação efetuada pela autora verificou como já referiu antes que a dor é pouco referida, este facto pode ser devido ao seguimento destes doentes na consulta da dor e estarem medicados com diferentes doses de analgésicos. Quanto aos outros sintomas não se encontram explicações para os resultados obtidos.

Estes aspetos levam a autora a pensar que seria útil a realização de uma investigação profunda desta população de doentes para se perceber qual é o impacto que as queimaduras têm na sua QV.

4. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DO DOENTE CRÍTICO

Para cuidar de um doente em situação crítica é necessário ter competências específicas e uma formação estruturada e organizada, para que o planeamento destes cuidados seja eficaz e eficiente. Assim, o enfermeiro quando intervém mesmo em situações de stress e emergência, onde o limite entre a vida e a morte é muito subtil, a sua tomada de decisão é baseada na evidência científica e assente nos seus conhecimentos e competências (Graça, 2017).

4.1. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

A unidade escolhida para realizar este estágio foi no SMI/ Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP). Esta unidade é formada por 7 camas elétricas, de grande dimensão e máximo conforto, para proporcionar atendimento médico personalizado, preservando a intimidade do doente e da família e um quarto de isolamento.

Os doentes admitidos nesta unidade apresentam diferentes patologias, sendo as mais frequentes as seguintes:

- ★ Patologia neurológica (intervencionados cirurgicamente ou não).
- ★ Patologias cardíacas.
- ★ Processos infecciosos graves
- ★ Doentes pós-cirúrgicos.
- ★ Doentes que necessitam de isolamento especial (transplantes de órgãos e imunodeprimidos).

Estes doentes estão numa situação crítica com alteração das funções vitais e merecem cuidados constantes e atenção especializada 24 horas por dia. São requeridos enfermeiros com conhecimentos e competências suficientes e trabalham com critérios de prioridade e coordenação. Devem também controlar o ambiente e manusear corretamente o equipamento da unidade (Gonzalez et al., 2004).

Os SMI caracterizam-se por serem unidades especializadas, constituídas e adequadamente dotadas para o atendimento de doentes em estado crítico e dos seus

familiares (preocupados com a situação grave em que se encontra o seu ente querido) (García & Torres, 2017).

Na SMI, trabalham, médicos e enfermeiros, profissionais especializados para dar o devido atendimento a estes doentes específicos, assistentes operacionais e administrativas que como equipa garantem um percurso eficiente e rápido de todos os itens necessários a uma prestação de cuidados de excelência/ eficiência.

Dentro da organização da equipa de enfermagem desta unidade está, em primeiro lugar, a enfermeira chefe seguida pela coordenadora. A chefe de enfermagem tem como principal função gerir a interação de todos os profissionais que trabalham na unidade, tudo isto em benefício do doente. O coordenador de enfermagem estabelece o plano de cuidados de acordo com as necessidades de cada doente, colabora na organização e gestão da unidade, procura estabelecer e/ou manter a estrutura funcional da unidade através do uso racional de recursos humanos entre outras funções pontuais na área de enfermagem (quer seja nos cuidados diretos quer seja na substituição da enfermeira chefe). Também se encarrega de manter uma quantidade suficiente de medicamentos e materiais para cobrir corretamente todas as necessidades dos doentes presentes no serviço, bem como supervisionar e controlar o bom funcionamento do equipamento dentro da unidade. Os enfermeiros utilizam o método de prestação de cuidados individual com recurso ao enfermeiro de referência. Também se utiliza o método do enfermeiro de referência para receber a família e para dar informações à mesma.

Existe também um sistema de registo dos cuidados de enfermagem baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). A CIPE fornece uma terminologia estruturada e definida, uma linguagem classificada para todos os enfermeiros e um quadro de referência no qual os vocabulários e classificações existentes podem ser cruzados para comparar os dados de enfermagem (Ferreira et al., 2013). Com a implementação do sistema de informação CIPE foi possível documentar sistematicamente todos os dados dos doentes e, assim, planear os cuidados de enfermagem especializada para o doente crítico.

O aplicativo informático utilizado para processar os registos de enfermagem e que contem a linguagem CIPE é o B-Simple® B-ICU que foi projetado especificamente para contemplar métodos e rotinas das unidades de terapia intensiva. É uma aplicação de fácil integração e que garante a interoperabilidade dos dados com outros sistemas já

implementados no Hospital. Funciona como um integrador de informação que reúne numa única aplicação dados obtidos de dispositivos médicos (monitores, ventiladores, bombas de perfusão), dados laboratoriais e dados clínicos registados durante a admissão do doente. Com uma interface gráfica intuitiva, tem uma adaptação de aprendizagem simples e proporciona um fluxo de trabalho lógico para médicos e enfermeiros, onde é possível destacar as informações mais importantes. Com essa aplicação minimiza-se o uso de papel para registos clínicos, sendo possível completar protocolos clínicos e o uso de ferramentas para a tomada de decisão (Solutions, 2017).

Para além de descrever a estrutura física e organizacional do SMI, importa agora referir as competências comuns e específicas dos profissionais de enfermagem especializados em enfermagem médico-cirúrgica e no cuidado ao doente crítico que se foram adquirindo ao longo deste estágio e que serviram também para adquirir e aprofundar os conhecimentos científicos, técnicos e relacionais.

A seguir relata-se a forma como se adquiriram as competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área do doente crítico durante o estágio na SMI, com a descrição das atividades desenvolvidas.

Durante todo o estágio a equipa de enfermagem encontrava-se com sobrecarga de trabalho e com falta de elementos de enfermagem na equipa (validada pela escala de Nursing Activities Score - NAS) com repercussões na disponibilidade para colaborarem na sua formação. A NAS é um instrumento que foi desenvolvido por Miranda, Nap, Rijk, Schaufeli, & Lapichino (2003) que mede o tempo de assistência de enfermagem em unidades de cuidados intensivos (Miranda et al., 2003; Altafin et al., 2014). Este instrumento já está validado para a população portuguesa por Macedo, (2017) e tem 7 grandes categorias e 23 itens para avaliar quanto tempo de um profissional de enfermagem o doente necessitou nas últimas 24 horas (Queijo, 2002). As categorias que avalia são a “monitorização e controles, procedimentos de higiene; mobilização e posicionamento; suporte e cuidados aos familiares e pacientes e tarefas administrativas e gerenciais” (Conishi & Gaidzinski, 2007; p. 347). Cada item avaliado corresponde às necessidades de cuidados diretos e indiretos para esses doentes. Desta forma se a pontuação for 100 interpreta-se que o doente necessitou de 100% do tempo de um profissional de enfermagem nas últimas 24 horas (Conishi & Gaidzinski, 2007; Altafin et al., 2014; Macedo, 2017).

Para além disso, nas SMI as dotações seguras significam um rácio de um enfermeiro por doente, pois segundo o regulamento que determina o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem este tipo de unidades, têm de ser capazes de assegurar, os cuidados integrais para estes doentes (Ordem dos Enfermeiros, 2019^a).

Apesar disso, todas as oportunidades de aprendizagem foram procuradas e rentabilizadas da melhor forma possível. Muitas das situações de aprendizagem e desenvolvimento de competências foram solicitadas e a colaboração dos outros membros da equipa foi procurada. Também foi ajustada a possibilidade de colaborar com as necessidades que surgiam.

Durante a realização deste estágio existiram resultados menos positivos em relação à sobrevivência dos doentes. O conceito de morte digna é utilizado pelos enfermeiros para diminuir o impacto que este resultado negativo tem na sua prática diária (Coenen, 2010). A morte é portanto um acontecimento que está presente no dia-a-dia dos profissionais de Enfermagem, para o qual a maioria não está preparado e que se torna desgastante (Tojal, 2011). Para além disso, as famílias dos doentes que morrem merecem cuidados competentes e congruentes com este desfecho para que a possam aceitar e se adaptarem à nova realidade de viver sem o seu ente querido (Coenen, 2010). Desta forma, quando não existe solução que possa evitar a morte do doente é necessário proporcionar-lhe uma morte com dignidade (Kovács, 2014).

Para isso, os enfermeiros têm determinadas intervenções que valorizam e realizam no âmbito de cuidar do doente que morre e da família e que são acompanhar no processo de luto, promover a interação/comunicação, proporcionar apoio e proporcionar ambiente adequado para cuidar do corpo [postmortem] (Sampaio, 2015).

Assim existiu uma participação mais ativa da autora, no seio da equipa quando foi feita uma proposta para introduzir o registo do diagnóstico de enfermagem em linguagem CIPE - “dignidade da morte” no sistema de registo B-Simple® B-ICU, uma vez que este diagnóstico não está disponível e a equipa presta este tipo de intervenções de enfermagem. A equipa contactou o administrador do sistema que concordou com a introdução deste diagnóstico, estando prevista a sua implementação até ao final do ano corrente.

Passou um dia a colaborar na gestão e um dia na coordenação, onde pode apenas verificar as competências de cada um dos membros da unidade e como eles trabalham em equipa, na gestão de materiais e no armazenamento dos mesmos.

Pelo descrito, torna-se evidente que **garantiu práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais** (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Durante o desenvolvimento deste estágio foram vivenciadas algumas situações que contribuíram para reforçar as competências específicas e técnicas de comunicação assertiva.

Desde o início do estágio procurou adquirir competências no cuidar do doente crítico que necessita de hemofiltração, pois esta é uma terapêutica conservadora em uso na SMI. Pelo que se pode aperceber desde o início estes doentes necessitam de uma quantidade de cuidados de enfermagem acrescidos e para os quais é necessário ter conhecimentos especializados. Assim, o sistema de hemodialização ou hemofiltração em uso no SMI é o sistema Prismaflex que ajuda a equilibrar Hemo quimicamente os doentes através da remoção de fluidos e da monitorização precisa do intervalo de fluidos administrados e removidos a qualquer momento (Clínica SARA, 2017). Assim, é necessária vigilância apertada destes doentes porque existem complicações relacionadas com a técnica dialítica tais como hemorragia, infeção, depleção de volume, extravasamento de sangue, diminuição da ultrafiltração, coagulação do filtro, perturbações eletrolíticas e embolia gasosa que têm que ser diagnosticadas precocemente e resolvidas imediatamente. Deste modo, **preveniu complicações, reconhecendo a complexidade das situações vivenciadas pela pessoa** (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Neste caso, o processo comunicativo entre os elementos da equipa de enfermagem são fundamentais para a promoção de um ambiente positivo com reflexo nos ganhos em saúde para os doentes (Reis, 2012). Para que a comunicação assertiva ocorra é necessário que ocorra um processo dinâmico e contínuo entre os envolvidos, no qual uma série de eventos variados e em constante interação, possam interferir. Fatores como valores, perceções e crenças, bem como aspetos sociais, culturais, familiares e individuais também podem estar envolvidos (Juan, Sánchez, & Balsa, 2015).

A comunicação está sempre presente na área da saúde, especialmente no processo terapêutico. Deve ser considerada pelos profissionais de saúde como uma ferramenta

básica para o cuidado dos doentes, ao mesmo tempo que deve estar presente em todas as ações ou intervenções realizadas no cuidado do mesmo, com a finalidade não só de informar, mas também de confortar, apoiar ou atender às necessidades básicas do doente (Ramos & Bortagarai, 2012). Portanto, a comunicação é um dos pilares utilizados para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do enfermeiro, sendo especialmente relevante para viabilizar a prestação de cuidados de excelência (Zani et al., 2014).

Esta ferramenta também é fundamental pois é através das competências de comunicação que a autora identifica a dinâmica do fluxo de comunicação entre a equipa do SMI, o doente e os seus familiares. As informações prestadas aos doentes e aos seus familiares sobre estado de saúde do doente e sobre os diversos procedimentos a que serão submetidos durante o internamento no SMI, devem ser consideradas prioritárias pois são parte integrante da prestação de cuidados de saúde de qualidade (Millán, 2009). Desta forma, **demonstra competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto.**

A comunicação no cuidado de enfermagem é constituída pela esfera subjetiva e pela esfera objetiva. A esfera subjetiva refere-se a experiências, sensibilidade, intuição, criatividade, relações e expressões afetivas. Quanto à esfera objetiva, refere-se ao desenvolvimento de procedimentos, técnicas e ações instrumentais (Waldow, 2009). Os dois lados dessas esferas são colocados em prática nos cuidados de enfermagem - quando se identifica tudo o que será necessário para os cuidados ao doente, como equipamentos, materiais e condições naturais, além de garantir o acolhimento, a disponibilidade, a qualidade dos cuidados e o respeito pelas suas próprias condições pessoais para exercerem qualquer ação. A comunicação para a ação de cuidar do doente envolve o uso de gestos, palavras, postura e às vezes até mesmo o silêncio (Oliveira & Simões, 2010).

A autora desenvolveu esta competência de comunicação com os diversos elementos da equipa e com doentes e suas famílias apesar das interferências que dificultam este processo tais como o ruído constante existente no SMI. Portanto, a autora ao desenvolver estas capacidades conseguiu permitir um cuidado real, consciente e transformador (Zani et al., 2014) e assim **estabeleceu relações terapêuticas eficazes com a pessoa e família alvo dos seus cuidados.**

De salientar que a comunicação representa um processo complexo e individual no seu desenvolvimento, principalmente quando se trata de cuidar de doentes em situação

crítica, uma vez que os doentes e famílias têm expectativas sobre a qualidade do atendimento e do tratamento que lhes será dado, e isto pode interferir com a própria comunicação (Oliveira & Simões, 2010; Forero et al., 2019).

Neste sentido, admitiu doentes em situação crítica no SMI prestando apoio imediato na conexão ao ventilador, colaborou na introdução de linhas arteriais para avaliação invasiva da pressão arterial, colaborou na introdução de cateteres centrais e realizou a intubação Nasogástrica e permeabilizou acessos venosos periféricos. Teve ainda oportunidade de receber a família desses doentes e de lhes prestar a informação possível para ajudar a tranquilizar a angústia dos mesmos sobre a situação clínica dos doentes e solicitou a presença do médico do SMI assim que possível para dar informações mais precisas às famílias. Quando existiram doentes que melhoraram a sua situação clínica e que foram transferidos para outras unidades menos específicas pode colaborar nesse processo de transferência. Desta forma **desenvolve intervenções técnicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas, decorrentes de processos médicos e cirúrgicos complexos.**

Durante este estágio, foram identificados os procedimentos e circuitos aplicados pela equipa de enfermagem na prevenção e controlo de infeções. Estes procedimentos baseiam-se na norma institucional estabelecida pelo Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e da Resistência Antimicrobiana. As infeções nosocomiais e infeções por procedimentos médicos ainda têm alta incidência em unidades de cuidados intensivos, tornando-se um dos problemas mais importantes que ocorrem. Estão também associados a elevada mortalidade e morbidade em doentes críticos e estão associados a um aumento do tempo médio de internamento dos doentes e dos custos hospitalares.

Durante este estágio, foram **demonstrados conhecimentos específicos em prevenção, intervenção e controlo de infeção.** A primeira medida para evitar infeções nosocomiais associadas ao uso de dispositivos invasivos é a remoção do dispositivo assim que não for necessário. Em segundo lugar, temos de aplicar rigorosamente as medidas habituais relativas à higiene das mãos e à assepsia na colocação e manipulação de dispositivos invasivos. Depois de termos verificado que o dispositivo é inevitável e que a política geral de controlo deste tipo de infeções é corretamente aplicada, devemos concentrar os nossos esforços na aplicação de medidas preventivas específicas para cada dispositivo. As medidas preventivas são geralmente aplicadas sob a forma de pacotes que

incluem recomendações universais para assepsia e recomendações específicas cuja evidência científica nunca excede as medidas básicas para controlar essas infecções (Zaragoza, Ramírez, & López-Pueyo, 2014). Desta forma, quando realizou a colocação de cateteres vesicais, na colocação de SNG, na aspiração de secreções pelo tubo endotraqueal, na substituição de pensos da cateter venoso central ou outros procedimentos invasivos utilizou sempre as medidas de assepsia recomendadas **demonstrando**, desta forma, **ter conhecimentos sobre os planos de prevenção, intervenção e controlo de infeção**.

A avaliação das atividades de enfermagem deve ser feita através de escalas validadas para a população portuguesa, pois estas são instrumentos de trabalho possibilitam uma avaliação criteriosa que permite a tomada de decisão assente na melhor evidencia (Mestrinho, Antunes, Monteiro, Arcadinho, & Queiróz, 2009).

Por este motivo, foi utilizada a escala de Braden como instrumento para avaliar a prática clínica. Esta escala é utilizada para determinar o risco de desenvolver úlceras de pressão (Lima-Serrano, González-Méndez, Martín-Castaño, Alonso-Araujo, & Lima-Rodríguez, 2018). Também foi aplicado a *Behavioral Pain Scale-Intubated Patient* (BPS-IP/PT) para avaliar a dor em doentes com ventilação mecânica e a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) que avalia a agitação e sedação destes doentes (Latorre Marco et al., 2011). Estes instrumentos de trabalho foram preenchidos diariamente pela autora na prestação de cuidados. Ainda aplicou o NAS com o objetivo de determinar que atividades de enfermagem melhor descrevem as cargas de trabalho no SMI, de modo a que a pontuação obtida descreva o consumo médio de tempo, em vez da gravidade da doença (Bernat Adell et al., 2005). Assim, foi obtida competência para **utilizar ferramentas adequadas para avaliar as práticas clínicas**.

Durante este estágio, utilizou eficientemente os recursos disponíveis na prestação de cuidados e foi curiosidade sua, saber como é gerido o SMI.

A dinâmica organizacional do SMI é composta por uma cadeia de comando descrita no organograma institucional e liderada pelo diretor da unidade. O pessoal que compõe esta unidade inclui médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e administrativas. Durante o estágio foi possível interagir com a equipa médica, que realiza diariamente uma reunião para verificar a evolução dos doentes nas últimas 24 horas, O objetivo desta reunião médica é discutir o plano terapêutico de cada doente. Nesta

reunião, a enfermeira chefe questiona a evolução clínica dos doentes e sobre as medidas terapêuticas a implementar posteriormente informa a equipa de enfermagem sobre o plano a ser instituído e sobre as possíveis transferências de doentes para outras unidades. Informa ainda a equipa de enfermagem sobre as altas ou entradas de doentes previstas.

Para além destas atividades, quem gere o SMI tem ainda a seu cargo as preocupações com a estrutura física e a sua manutenção. Durante o estágio tive a oportunidade de testemunhar a reparação de aspetos estruturais do SMI tais como reparação de fendas. Para além disso foi observada a presença de duas sirenes não permitidas por lei e a ausência de portas corta-fogo, sendo esta última um elemento obrigatório neste tipo de unidades, situação que se encontra em resolução.

A gestão de recursos humanos é conseguida através da elaboração de um horário mensal de enfermagem realizado num aplicativo informático. Percebeu que alguns dos membros da equipe de enfermagem se sentem sobrecarregados com os turnos noturnos, pois existem elementos de enfermagem que só trabalham de manhã, seja porque têm filhos pequenos ou porque estão em horário de amamentação.

Esta situação poderá eventualmente levar ao desenvolvimento da síndrome de Burnout, pois é a profissão de enfermagem que mais sofre com esta síndrome, apresentando exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal, e ao mesmo tempo é apontada como uma das importantes razões do abandono da profissão (Moreno-Cid, Castro, & Castro, 2015).

A gestão de recursos materiais é feita por um sistema digital (Digital Picking System) que é utilizado para registar os consumos destes e gerar novos pedidos na sua falta.

Pela observação do enfermeiro gestor do SMI, conseguiu **colaborar na elaboração de planos de manutenção das instalações** e equipamentos e colaborar na elaboração de novos pedidos de materiais.

A enfermagem é socialmente reconhecida como uma profissão destinada a ajudar, servir e cuidar da saúde das pessoas. A relação entre enfermeiro e pessoa (doente ou saudável) é um aspeto de importância essencial para alcançar os objetivos e propósitos da saúde. Por isso o trabalho da equipe de enfermagem sempre teve como foco o cuidado dos outros. Essa ação de cuidado tem variado ao longo do tempo e, por isso, a enfermagem como profissão tem sido concebida de diferentes maneiras em cada momento histórico.

Os cuidados de enfermagem podem ser vistos como uma atividade autónoma e interdependente através da qual são identificadas as necessidades do doente e família, e os meios necessários para os satisfazer de forma terapêutica. A qualidade dos serviços de saúde consiste na aplicação da ciência e da tecnologia de forma a obter os máximos benefícios para a saúde sem aumentar os seus riscos. Trata-se de colocar os recursos disponíveis ao serviço dos doentes para obtenção dos melhores resultados. A prática da enfermagem é baseada no trabalho em equipa, e o desempenho de funções com qualidade requer boas práticas e bons dos princípios éticos que são a pedra basilar da profissão (Guillart, 2015).

Os enfermeiros do SMI sentem-se responsáveis pelos cuidados que as famílias enlutadas necessitam. Desempenham um papel importante no cuidado dos familiares, devido à sua permanência junto aos doentes, mas não se sentem treinados no cuidado das emoções, em parte porque os mecanismos ou habilidades para prestar apoio humano aos membros da família, são pouco utilizados.

Provavelmente, o SMI é o lugar nos serviços de saúde onde os familiares mais sofrem e onde os desejos dos familiares implicam contacto com o doente e com os profissionais. O cuidado do doente crítico é incompleto se não for acompanhado de uma abordagem aos problemas não médicos dos familiares, em relação aos seus sentimentos de ansiedade, medo e solidão. O enfermeiro cuida do doente internado na unidade e dos seus familiares como um único núcleo de cuidados em uníssono. O objetivo desta forma de cuidar é facilitar a compreensão das dificuldades sócio emocionais que surgem no grupo familiar e que são sentidas pela família. Desta forma o enfermeiro pode dar-lhes um apoio mais decidido e empenhado durante o processo de adaptação à nova situação que enfrentam (Campo Martínez & Cotrina Gamboa, 2011).

Para atender às necessidades dos familiares dos doentes internados no SMI como parte da assistência integral ao doente, o enfermeiro precisa ser capacitado para ter uma visão mais ampla da complexidade do ser humano e das suas circunstâncias. Desta forma é capaz de os capacitar sobre o que está a acontecer e para apoiar as pessoas na tomada de decisões em saúde e na preparação para a morte (Handberg & Voss, 2018).

Neste tipo de cuidar a autora encontra-se capacitada para prestar esses cuidados aos familiares pois como trabalha num instituto de oncologia é prática comum integrar as famílias nos cuidados básicos do doente e propor intervenções eficazes para o conseguir.

Propôs-se a elaborar um plano de cuidados sistematizado e baseado em evidências científicas que contemple o não mensurável, o emocional, como por exemplo estabelecer algumas regras onde se define o que fazer para integrar a família no SMI e que lhes diminua a angústia, ansiedade e desespero. Discutiu com enfermeiros do SMI, sobre a possibilidade da família de doentes conscientes puderem ter visitas alargadas dentro da unidade. Conduziu os familiares presentes (junto do doente e criou as condições para puderem permanecer junto do doente durante mais tempo. Ainda estimulou os familiares a falarem e a fazerem perguntas simples de respostas curtas tipo sim e não para não cansarem o doente. Desta forma foi possível **estabelecer uma relação terapêutica efetiva com o doente e seus familiares.**

Partilhou com a equipa os benefícios que todos os enfermeiros desse turno presenciaram e propôs que essas pequenas medidas fossem implementadas. Assim pode **demonstrar conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.**

No sentido de aprofundar conhecimentos relacionados com esta competência apresentou um caso clínico de um doente que entrou na unidade com diagnóstico de sepsis, no qual a teoria de Jean Watson poderia ser aplicada com os diagnósticos de enfermagem existentes. Foi então integrado o pensamento de Jean Watson que se baseia em duas perspetivas: a filosofia do cuidado e a teoria do cuidado transpessoal com base na teoria em sete pressupostos e dez elementos de cuidados (*clinical caritas*). Segundo estes pressupostos é imperioso considerar não só a dimensão física do cuidar mas também os aspetos emocionais e subjetivos (tais como o sofrimento espiritual) através da comunicação e da empatia estabelecida com vista à manutenção da harmonia e da confiança (Saviato & Leão, 2016). Estes aspetos têm de ser incorporados na prática clínica como parte do processo de enfermagem, como foco primário na compreensão da experiência, significado e propósito de vida (Urta, Jana, & García, 2011).

Em outras palavras, a base filosófica de Watson convida a desenvolver uma preocupação para a compreensão do comportamento humano a partir do próprio quadro de referência do doente. Esta preocupação é construída através de um método fenomenológico que consiste em descrever ou compreender experiências humanas, tais como cuidados humanos, saúde humana e condições de doença (perda de apetite,

ansiedade, esperança, desesperança, amor, solidão, ser espiritual), e conceitos de existência (Urta et al., 2011).

A teoria de Jean Watson, de corte existencialista e humanista apresenta uma linguagem teórica e uma filosofia de cuidado própria. Essas características permitem que a teoria esteja ligada à prática, uma vez que revitalizam aspectos perdidos ou não visibilizados da enfermagem, como a alma (espírito, ou eu interior), dualismo (experiências subjetivas-objetivas), harmonia, acaso e tempo, evolução espiritual e auto transcendência, aspectos que foram essencialmente sempre presentes na enfermagem, mas que foram ofuscados ou subestimados pela abordagem positivista e tecnológica (Turler, Watson, & Giovannoni, 2018).

Uma das experiências humanas que frequentemente se encontra neste SMI, estão relacionadas com o impacto que a *sepsis* tem no indivíduo e família, sendo uma delas a ulceração do pé diabético uma das complicações com maior impacto no doente e família (Silva, Haddad, Rossaneis, Vannuchi, & Marcon, 2017).

As úlceras podem ser de origem neuropática (70%), vasculopática (20%) ou mista (10%); 85% dos diabéticos que sofrem de amputações são conhecidos por terem sofrido úlceras anteriormente. Assim, o pé diabético pode apresentar manifestações vasculares (pés frios, claudicação intermitente, dor em repouso, resfriamento, acrocianose, ausência de pulsos pediais ou tibiais, rubor da pendência, entre outros), neurológico (parestesias, anidrose, fraqueza muscular, perda de sensibilidade tátil, vibratória e térmica, diminuição do reflexo de Aquiles, atrofia muscular, lesões hiperqueratósicas, etc). Alterações na biomecânica do pé (pé cavo, dedos das garras, artropatia de Charcot), traumática (unhas encarnadas, úlceras) e infecciosa (calor e rubor, supuração, perionixis, dermatomicose). Estas alterações do pé no diabetes mellitus podem na sua evolução requerer amputação, o que provoca um elevado impacto pessoal, social, ocupacional e económico. A taxa de letalidade pós-operatória em um ano, três anos e cinco anos é de 18%, 38% e 68%, respetivamente (Sage, Pinzur, Stuck, & Napolitano, 2007).

Oferecer assistência de enfermagem a este tipo de doentes em situação crítica, é gerador de recursos adequados e vastos, por isso a enfermagem considera de grande importância sua intervenção e participação, em seus diferentes ambientes de cuidado, com a finalidade de identificar riscos, limitar danos e resolver alterações de saúde, de acordo com o grau de lesão do pé diabético.

Assim uma doente com diabetes mellitus e com alterações clínicas neuro patogénica e induzidas por hiperglicemia mantida e após desencadeamento traumático, apresentava uma ulceração no pé, que conduziu a uma amputação com infeção do coto e veio a ser internada no SMI por *sepsis*. Perante observação dos registos médicos e de enfermagem pode-se perceber que a doente deu entrada na urgência com dor intensa associada às lesões do pé esquerdo, temperatura axilar de 39° C, taquicardia e dor precordial. Foi diagnosticado um edema agudo de pulmão com fibrilação ventricular e paragem cardiorrespiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) e terapia vasopressora. Foram instituídas várias terapêuticas farmacológicas para reversão do quadro clínico e foi necessário realizar cardioversão elétrica. Como a situação clínica da doente se agravou como se descreve no estudo de caso (apêndice I) realizado, foi informada a família do seu estado geral e esta foi acompanhada durante a visita à doente. Quando chegou o marido a doente apresentava agitação psicomotora e emitiu algumas lágrimas que escorreram pela face. À presença dos filhos a doente também reagiu, embora com menos intensidade, com os mesmos movimentos.

Jean Watson afirma claramente que o objetivo é preservar a dignidade humana e a humanidade durante o processo de cuidado em ambientes hospitalares e domiciliares. Assim o cuidado profissional de enfermagem é desenvolvido através do estudo combinado da ciência e das humanidades e culmina num processo de cuidado humano entre o enfermeiro e o doente que vai além do tempo e do espaço e adquire dimensões de carácter espiritual. Reconhece que o cuidado é uma parte fundamental do ser, e é a base fundamental do cuidado profissional da enfermagem, estruturado, formalizado e destinado a satisfazer as necessidades do ser humano, promover, manter ou recuperar a saúde (Watson, 1999).

Os doentes que são submetidos a amputação de um membro passam por uma experiência devastadora, e referem sentimentos de dor e medo intenso; ao longo deste processo de doença. Esses doentes podem experimentar situações que ameaçam sua integridade psicossocial e causam incerteza sobre o tratamento e sua eficácia ou mesmo sobre a recuperação. Nesse sentido, a magnitude e a complexidade da necessidade fisiológica, psicológica, social e espiritual gera uma grande procura de cuidados de saúde. Esta aumenta proporcionalmente com os distúrbios como depressão, ansiedade,

sofrimento espiritual ou risco do mesmo e provocam, decréscimo na QV (Hernández, Méndez, Huerta, Castañeda-Hidalgo, & Pérez, Angélica Aguilera Barrios, 2012).

Nestes casos, é necessário priorizar a abordagem da dimensão espiritual no plano de assistência de enfermagem e promover o vínculo familiar como principal motor para o fortalecimento físico, espiritual e mental do doente. Durante este processo os relacionamentos com a família, amigos, profissionais de saúde e outros grupos sociais formam uma rede de elementos para ampliar o seu eu espiritual (Zavala-Pérez, Hernández-Corrales, Olea-Gutiérrez, & Valle-Solís, 2014).

Vários estudos relatam resultados positivos sobre o cuidado espiritual e seu impacto na saúde, indicando que as pessoas com uma fé ativa tendem a ser menos deprimidas e têm maior força emocional para lidar com crises ou doenças terminais. Nesse mesmo sentido, há evidências que ampliam a espiritualidade como uma forma de suporte que os doentes em condições crônicas usam para enfrentar o estado de doença, e que é indispensável para manter a perspectiva e redirecionar o sentido de suas próprias vidas (Mitchell, Bennett, & Manfrin-ledet, 2006).

Assim durante o período em que a doente esteve internada procurou-se ampliar o ser espiritual desta doente, procurando melhorar o seu conforto no sentido de lhe dar QV durante esta fase final de vida e proporcionar um contacto com os seus familiares em todos os momentos possíveis, desta forma foi possível desenvolver a competência **apoia a pessoa e família no processo de transição e adaptação perante uma situação de doença complexa.**

Durante o estágio a autora deste relatório pode estar em contato com doentes críticos que mereceram monitorização não invasiva e invasiva, refletindo sobre os parâmetros obtidos a partir da monitorização contínua, correlacionando-os com os dados da gasometria e levando em consideração a clínica apresentada pelo doente, obtendo assim informações sobre a sua hemodinâmica. Por isso, prestou cuidados contínuos e individualizados aos doentes em risco, respondendo às necessidades humanas básicas afetadas, permitindo-lhes manter as funções vitais, estabelecendo prioridades para o cuidado, prevenindo complicações, eliminando ou limitando incapacidades. Assim, foi possível **elaborar estratégias viáveis de intervenção especializada e implementar intervenções especializadas derivadas das patologias agudas e dos processos médicos**

e cirúrgicos observados nessa etapa, além de ser possível demonstrar a capacidade de trabalhar adequadamente em equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

A World Federation of Critical Care Nurses afirma que o enfermeiro responsável pelo doente crítico deve ser um enfermeiro especializado que tenha concluído a especialidade para adquirir conhecimentos, habilidades e competências para cuidar do doente crítico e sua família, o que requer intervenções complexas em um ambiente altamente técnico (Bloomer et al., 2019).

O papel desempenhado pelo enfermeiro especialista é fundamental na equipa multidisciplinar, porém esta equipa é necessária como oportunidade para potencializar o desenvolvimento profissional do enfermeiro (Dowling, Beauchesne, Farrelly, & Murphy, 2013). As competências adquiridas neste estágio permitiram melhorar a autonomia profissional, a liderança educativa e a realização de procedimentos invasivos.

4.2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA UNIDADE DE QUEIMADOS

A UQ representa uma área de atendimento hospitalar altamente especializada e complexa, equipada com os recursos humanos e materiais necessários para o atendimento deste tipo de doente com base nas melhores evidências disponíveis. Nesta UQ cuida-se de doentes críticos com:

- ★ Queimaduras de segundo ou terceiro grau > 10% da área total queimada em qualquer idade.
- ★ Queimaduras químicas e elétricas.
- ★ Queimaduras em zonas críticas.
- ★ Queimaduras com lesões associadas (inalação de fumo, traumas, etc.).
- ★ Queimaduras com riscos associados (histórico médico do doente, como diabetes, imunossupressão, etc.).
- ★ Síndrome de Lyell

Assim, cuidar destes doentes exige uma abordagem integral, pois o doente apresenta muito sofrimento físico e, conseqüentemente, psicológico, devido às sequelas resultantes e/ou marcas graves deixadas no corpo. Para avaliar a evolução das queimaduras, é necessário que os enfermeiros conheçam os fatores clínicos que influenciam o processo de cicatrização e os tratamentos indicados de acordo com a

gravidade da queimadura. Os enfermeiros também devem manter registos detalhados para caracterizar o progresso destas queimaduras e identificar os resultados obtidos com os tratamentos (Barichello, Silva, Barbosa, & Iwamoto, 2010).

O registo do progresso do doente queimado deve ser feito seguindo uma escala confiável e segura que permita uma verdadeira continuidade do atendimento ao doente (Gottrup, Apelqvist, & Price, 2010). Um dos métodos usados para acompanhar estes doentes é a escala RESVECH 2.0 (escala presente no atual sistema informático de registo no processo do doente). Esta escala representa um instrumento eficaz que permite avaliar e registar a evolução de feridas de qualquer etiologia, que neste caso está a ser aplicado a doentes com queimaduras (Ibars-Moncasi; San Sebastián-Domínguez; Soldevilla-Agreda, 2012) (anexo III).

Durante o desenvolvimento deste estágio, foram promovidas boas práticas através da adoção de medidas de prevenção de riscos de infeção existentes na UQ. Foram postas em prática as medidas de prevenção de infeção implementadas em conjunto com os outros enfermeiros que trabalham na UQ. Também foi observado que outros membros da equipe de saúde vêm à unidade para prestar apoio esporádico e que, como não fazem parte da unidade, desconhecem alguns dos procedimentos técnicos ou medidas de prevenção para o aparecimento de infeções (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Quanto ao objetivo “otimizar a autoconsciência para facilitar a identificação de fatores que possam interferir no relacionamento com a equipe multidisciplinar”, e “identificar oportunidades de melhoria contínua”, conseguiu ser alcançado, pois o aplicativo informático S-Clinic estava a ser instalado durante o estágio e teve a oportunidade de colaborar ativamente com os enfermeiros nos registos de enfermagem nesse aplicativo, pois já utilizava há algum tempo este aplicativo no seu local de trabalho (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Quanto à avaliação dos doente queimado admitidos na UQ, como mencionado acima, é realizado segundo o algoritmo do ABCDE+F que permite uma sequência de pensamentos estruturados sem ignorar nenhum aspeto importante da avaliação do doente (Boluda. et al., 2011; Castillo-Muñoz et al., 2014). Durante o estágio foi observado que a equipe de enfermagem da unidade não usa essa sequência conscientemente, mas usa-a para estruturar seu pensamento no momento da avaliação. A avaliação inicial e o tratamento são realizados seguindo um esquema onde as fontes de instabilidade do doente

são identificadas e os cuidados necessários são priorizados de acordo com essas necessidades (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Com este estágio a estudante teve a **oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre intervenções em feridas complexas** (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os doentes que sofrem de queimaduras ou os doentes que apresentam síndrome de Lyell, enfrentam problemas relacionados com a falta de integridade da pele. Isso torna necessário padronizar e protocolizar ações de enfermagem, a fim de melhorar a saúde e a QV das pessoas afetadas (Píriz-Campos & Martín Espinosa, 2014).

As UQ requerem uma equipe especializada e comprometida, composta por profissionais de diversas especialidades, capazes de oferecer um atendimento integral, já que os doentes queimados enfrentam inúmeras sequelas e limitações físicas e psicológicas que alteram sua QV, seja em atividades cotidianas simples ou mesmo em relações sociais (Nogario et al., 2015).

Assim, após algumas conversas com os enfermeiros da UQ apercebeu-se que estes dão importância aos aspetos que influenciam negativamente a QV dos doentes queimados, mas não a avaliam de forma sistemática. No sentido da partilha de conhecimentos com os enfermeiros sobre a escala de Toronto recentemente validada para a população portuguesa, foi criado um plano e realizada uma formação sobre a referida escala. Nesta formação, para além de terem sido dadas a conhecer as dimensões da escala, foram ainda abordados os indicadores que se podem extrair com a utilização da mesma (apêndice 2).

Além da QV é também necessário realizar tratamentos às queimaduras e estes são muito dolorosos, pelo que são realizados na balneoterapia que é uma sala cuja estrutura é semelhante à de um bloco operatório, onde se realizam os tratamentos às queimaduras sob anestesia e sedação (Araújo, 2008).

Em termos de procedimentos e consequências, notou-se que enquanto a analgesia era administrada antes dos procedimentos, a dor era uma consequência inerente do tratamento de lesões por queimadura, pelo que a experiência desta situação gerava medo e angústia no doente. Neste contexto, o pessoal de enfermagem responsável tentou esclarecer e encorajar o doente, explicando que compreendiam a sua condição de dor e

medo, mas explicavam que estes tratamentos eram necessários e fundamentais para a evolução favorável das queimaduras.

A dor sofrida pelo doente queimado é uma das mais intensas que um ser humano pode apresentar e influencia mais na recuperação emocional do que a magnitude da lesão (Leal & Meijia, 2014). **Para gerir a dor do doente** no momento destes procedimentos, a equipe de enfermagem **assegura o uso de medidas farmacológicas para combater a dor** (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Durante estes procedimentos, o pessoal de enfermagem é apoiado por um anestesista, que indica o tratamento farmacológico a administrar antes de remover os pensos e iniciar a balneoterapia para realizar a limpeza das feridas. Antes da administração dos medicamentos indicados pelo anestesista, são **utilizados os instrumentos adequados para avaliação da dor**, isto para determinar o limiar de dor relatado pelo doente, neste caso é aplicada a escala visual análoga (EVA) da dor. A escala EVA consiste numa linha numerada de zero a dez, em que o zero está relacionado com a ausência de dor ou seja “sem dor” e o dez corresponde à dor de maior intensidade imaginável ou seja “dor máxima” (Direção-Geral da Saúde, 2003; Belén Larrea, Marcela Ávila, & Cindy Raddatz, 2015).

O tratamento desta fase aguda é realizado com opióides (morfina, fentanil, sufentanil, remifentanil, metadona, buprenorfina), drogas não opióides (cetamina, dexmedetomidina, NSAIDs, paracetamol), ansiolíticos e hipnóticos (Midazolam, Lorazepam, Clonazepam) e outras drogas auxiliares como lidocaína, neuromoduladores e clorfeniramina (Leal & Meijia, 2014). Com esta experiência, a autora pode **aprofundar os conhecimentos sobre a gestão da dor** e confirmar que, na UQ, é prática comum a gestão da dor.

Também foram realizadas outras intervenções no tratamento da dor utilizando medidas não-farmacológicas

As terapias não-farmacológicas são uma medida importante e complementar para o tratamento medicamentoso no controle da dor e da ansiedade em doentes queimados (Leal & Meijia, 2014). Várias técnicas não farmacológicas têm-se mostrado eficazes como coadjuvantes das terapias farmacológicas habituais, entre as quais se destacam: técnicas de relaxamento, distração, hipnose, musicoterapia e massagem terapêutica (Yanet Esqueda-Dorantes, 2016).

Na unidade, a musicoterapia é utilizada no momento da balneoterapia quando os doentes estão acordados até que o anestesista indique a administração da sedação.

Este estágio permitiu o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz com o doente queimado e a sua família. Foram feitos esforços para orientar a família através de todos os cuidados necessários, tentando estabelecer um nível de comunicação eficaz, para satisfazer as necessidades psicológicas da família e minimizar o impacto negativo da queimadura. Também foi possível coordenar a entrada da família no momento da visita, e **demonstrar o conhecimento das técnicas de comunicação com o doente e seus familiares**, envolvendo-os em todo o processo de atendimento ao doente (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Em termos de construção de estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente, foi possível atingir este objetivo, uma vez que durante o estágio conseguiu **promover a capacitação para os autocuidados em todos os doentes** hospitalizados ou na consulta de follow up (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Com respeito a garantir a qualidade do atendimento através da organização de recursos (Ordem dos Enfermeiros, 2018), existiram ações que foram consideradas alterações e melhorias intencionais na unidade, tais como a gestão dos recursos disponíveis para conseguir equipamentos e pensos para queimaduras beneficiando os doentes hospitalizados. O grupo de enfermeiros que trabalha na unidade destacou a organização e disponibilidade de recursos tecnológicos como um meio eficaz para garantir a qualidade dos cuidados. Na UQ, a equipe de enfermagem procura fornecer o material necessário, e que esteja sempre organizada para que o pessoal possa trabalhar o melhor que puder.

Também foi possível atuar no esclarecimento e **empoderamento do doente, familiares e/ou cuidadores para gerir o processo de saúde/doença** (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Ensinando-lhes os cuidados com queimaduras e recomendando o tipo de roupa adequado para usar sobre a queimadura.

Em termos de formação, foram desenvolvidas competências de autoformação para garantir a prestação de cuidados. Assim, foram feitas pesquisas sobre os produtos utilizados no tratamento de queimaduras, possíveis protocolos existentes noutras unidades e quais os produtos inovadores que surgiram no mercado. Foi possível introduzir um penso absorvente que não adere à queimadura já conhecido pela autora durante o

estágio. Este é um apósito constituído por fibras de celulose combinadas com polímeros superabsorventes que absorvem o exsudado tanto na horizontal como na vertical e que o gelificam mantendo-o dentro do penso para este não danifique os bordos da queimadura. Assim **aprofundei os seus conhecimentos sobre intervenções em feridas complexas** – queimaduras (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Durante o estágio, foram sistematicamente documentados indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados que se traduzem em benefícios de saúde. A escala RESVECH 2.0 foi utilizada para este fim (Anexo III). Com a aplicação desta escala foi possível verificar a importância de manter um registo adequado das características da lesão, sua dimensão, profundidade, bordos, tipo de tecido do leito da ferida, presença de exsudato e sinais de inflamação, pois isso contribui para a identificação de complicações infecciosas no doente. No entanto, houve algumas dificuldades na aplicação desta escala, uma vez que algumas das lesões ocorreram em grandes áreas do corpo, onde era difícil determinar a sua dimensão. Para além disso, a escala não distingue as diferentes camadas da pele pelo que a avaliação do processo de cicatrização das queimaduras nestes aspetos gera indicadores pouco precisos podendo enviesar os resultados obtidos. Existem ainda outros aspetos que a escala não avalia tais como: os autoenxertos necessários para tratar uma queimadura dérmica profunda ou de espessura total, as alterações da coloração da pele nos diferentes momentos da cicatrização e a existência de prurido durante grande parte da evolução da queimadura.

Mas esta escala também tem aspetos positivos pois avalia a presença de edema, eritema, aumento do exsudado e presença de dor que são aspetos importantes para perceber se a queimadura está a evoluir favoravelmente ou não.

No entanto, com a colaboração do pessoal da unidade, foi possível avaliar globalmente evolução das queimaduras com a referida escala.

5. CONCLUSÃO

Este relatório de estágio abrange o processo de aprendizagem e apresenta os resultados de natureza académica correspondentes aos objetivos estabelecidos no início do estágio como parte da formação de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Durante o desenvolvimento do estágio não foi fácil alcançar os objetivos inicialmente propostos, quer para a SMI, quer para a UQ.

Durante o estágio e através da interação direta com as equipas que trabalham na SMI e na UQ, com os doentes críticos e seus familiares, foi possível compreender melhor a gestão integral dos diferentes procedimentos.

Estes estágios foram importantes para verificar que o Plano Nacional de Prevenção e Controle de Infecção e Resistência aos Antibióticos está presente em todos os locais onde pode haver doentes críticos.

Os dois contextos onde a estudante esteve permitiram-lhe alcançar maior capacidade crítica, autonomia na tomada de decisão e fortalecimento do trabalho interdisciplinar, na medida em que conhecimentos, habilidades, aptidões e valores foram aplicados de forma integrada e seletiva em casos específicos de doentes em condições críticas de saúde (Arnedo, Uranga, & Marín, 2005).

O trabalho interdisciplinar realizado na SMI permitiu o desenvolvimento da autonomia na avaliação dos doentes críticos e na prestação de cuidados, sempre baseados no respeito e na dignidade da pessoa. A comunicação estabelecida com os doentes e suas famílias foi considerada como uma ferramenta básica para a prestação de cuidados e esteve sempre presente em todas as ações ou intervenções realizadas com a finalidade não só de informar, mas também de confortar, apoiar ou atender às necessidades básicas destes. Neste sentido, durante o tratamento ao doente crítico, o enfermeiro tem de ter competências em comunicação quer para transmitir informação à família, quer para trabalhar em equipa e contribuir para reduzir os níveis de ansiedade em situações de stress a que estas estão diariamente sujeitas.

Na UQ também a comunicação com doentes e familiares é importante no sentido de perceber que a queimadura (ferida traumática) provoca maior sofrimento no doente e deixa sequelas não só físicas, mas também psíquicas e emocionais, e que tem repercussões

na sua qualidade de vida do doente queimado. Torna-se necessário conhecer aprofundadamente quais são os sintomas relacionados com a queimadura que têm maiores repercussões na qualidade de vida dos doentes queimados.

Na UQ utilizou diferentes técnicas no tratamento das queimaduras e no tratamento da dor destes doentes. Esta experiência permitiu ter contacto com a realidade dos doentes que estão internados e estar ciente de todos os aspetos que envolvem os cuidados específicos. Além disso, testemunhou um caso de Síndrome de Lyell, uma patologia rara que pela sua gravidade e desfecho provocam elevados níveis de stress nos profissionais que deles cuidam situação partilhada também pela autora.

Também foi possível partilhar conhecimentos em diversas áreas com outros funcionários que trabalham na unidade e desenvolver competências na área de investigação utilizando a escala de Toronto (anexo I) e a escala RESVECH 2.0 (anexo III).

Houve algumas dificuldades ao longo deste estágio, como a escassez de literatura sobre protocolos e planos de cuidados de enfermagem na UQ. No entanto, acredito que os objetivos propostos no início do estágio foram atingidos. Outra limitação foi o pouco tempo que tive para preparar este relatório.

No entanto, foi identificado que a escala RESVECH 2.0 não está adaptada para a avaliação deste tipo de lesão, por isso consideramos que é necessária uma pesquisa futura para criar uma escala que possa demonstrar a evolução das queimaduras. Além disso, concluiu-se o sintoma que tem maior impacto na qualidade de vida do doente queimado é o prurido sendo este o mais referido e que se apresenta com maior intensidade nestes doentes.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altafin, J. A. M., Grion, C. M. C., Tanita, M. T., Festti, J., Cardoso, L. T. Q., Veiga, C. F. F., ... Matsuo, T. (2014). Nursing activities score and workload in the intensive care unit of a university hospital. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(3), 292–298.
- Araújo Carreiro, F. de. (2008). Considerações de enfermagem sobre a balneoterapia no cuidado ao queimado. *Revista Eletronica Cuatrimestral de Enfermeria*, (12), 1–7.
- Arnedo, J. M. N., Uranga, P. E. O., & Marín, S. de H. (2005). Guía práctica de enfermería en el paciente crítico. *Enferm Intensiva*, 16(1), 15–22.
- Barichello, E., Vieira da Silva, M., Barbosa, M., & Hemiko Iwamoto, H. (2010). Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados por queimadura. *Revista Eletronica Cuatrimestral de Enfermeria*, (20), 1–8.
- Belén Larrea, A., Marcela Ávila, & Cindy Raddatz, M. (2015). Manejo del dolor en pacientes quemados. *Revista Chilena de Anestesia*, 44(1), 78–95.
- Bernat Adell, A., Abizanda Campos, R., Cubedo Rey, M., Quintana Bellmunt, J., Sanahuja Rochera, E., Sanchís Muñoz, J., ... Yvars Bou, M. (2005). Nursing Activity Score (NAS). Our experience with a nursing load calculation system based on times. *Enfermería Intensiva / Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias*, 16(4), 164–173.
- Blanes, I., Clará, A., Lozano, F., Alcalá, D., Doiza, E., Merino, R., ... Sánchez, J. E. G. (2012). Documento de consenso sobre el tratamiento de las infecciones en el pie del diabético. *Elsevier*, 67.
- Bloomer, M. J., Fulbrook, P., Goldsworthy, S., Livesay, S. L., Mitchell, M. L., Williams, G., & Friganovic, A. (2019). World Federation of Critical Care Nurses 2019 Position Statement: Provision of a Critical Care Nursing Workforce. *Connect: The World of Critical Care Nursing*, 13(1), 3–7.
- Boluda., M. T. P., Torreblanca., P. M., Santos., L. P., & Núñez., F. C. (2011). *Guía de Práctica Clínica Para El Cuidado de Personas que Sufren Quemaduras*. (A. G. Gómez, Ed.) (servicio A). Andaluzia: Artefacto.
- Campo Martínez, M. C., & Cotrina Gamboa, M. J. (2011, October). Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. *Enfermería Global*, 10(24), 0–0.
- Carlucci, V. D. da S., Rossi, L. A., Ficher, A. M. F. T., Ferreira, E., & Carvalho, E. C.

- de. (2007). A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 41(1), 21–28.
- Carrillo-González, G. M., Barreto-Osorio, R. V., Arboleda, L. B., Gutiérrez-Lesmes, O. A., Melo, B. G., & Ortiz, V. T. (2015). Competence for home health care in colombian people with chronic illness and their caregivers. *Revista Facultad de Medicina*, 63(4), 665–675.
- Castillo-Muñoz, F. I., Céspedes-Guirao, F. J., Novo-Torres, A., & Lorda-Barraguer, E. (2014). Análisis retrospectivo de 23 años de necrólisis epidérmica tóxica en la Unidad de Quemados de Alicante, España. *Cirugia Plastica Ibero-Latinoamericana*, 40(3), 279–294.
- Citores, A. P., & Pardillo, R. M. (2007). Tratamiento de las quemaduras en la infancia. *Anales de Pediatría Continuada*, 5(4), 218–221. [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(07\)74138-0](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(07)74138-0)
- Clínica SARA. (2017). PRISMAFLEX – Terapia de Reposição Renal Contínua. Retrieved January 19, 2020, from <http://clnicasara.com.br/prismaflex/>
- Coenen, A. (2010). *Cuidados paliativos para uma morte digna* (Ordem dos Enfermeiros). Lisboa.
- Conishi, R. M. Y., & Gaidzinski, R. R. (2007). Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. *Rev Esc Enferm USP*, 41(3), 346–354.
- Conselho de Ministros. (2017). Decreto-Lei nº 44/2017. *Diário Da República*, 1(78), 2028–2029.
- Crager, S. (2019, May). Critically Ill Patients with End-Stage Liver Disease. *Research Gate*.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. *Circular Normativa N°07/DQS/DQCO*, 1–26.
- Direção Geral de Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. *Relatório Técnico Final*, 142.
- Direcção-Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular Normativa n.º 09/DGCG*, 1(1), 1–6.
- Dowling, M., Beauchesne, M., Farrelly, F., & Murphy, K. (2013). Advanced practice nursing: a concept analysis. *PubMed - Indexed for MEDLINE*, 19(2), 131–140.

- Dra. Yanet Esqueda-Dorantes. (2016). Manejo del dolor en el paciente quemado. *Revista Medica de Anestesiologia*, 39, 139–144.
- Fernandes, P. M. I. (2012). *Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I Nordeste*. APNOR. Instituto Politécnico de Bragança.
- Ferreira, J. D. L., Brito, K. K. G. de, Aguiar, E. S. S. de, Lima, C. L. J. de, Soares, M. J. G. O., & Costa, M. M. L. (2013). Use of international classification for nursing practice / CIPE ® in nursing care. *Jornal of Nursing*, 7(4), 1189–1194.
- Fleck, M. P. D. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., ... Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19–28.
- Forero, R., Nahidi, S., De Costa, J., Fatovich, D., Fitzgerald, G., Toloo, S., ... Man, W. N. (2019). Perceptions and experiences of emergency department staff during the implementation of the four-hour rule/national emergency access target policy in Australia: A qualitative social dynamic perspective. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–14.
- García, C. R. A., & Torres, C. M. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Crit*, 31(3), 171–173.
- Gonzalez, M. J. Á., Estrada, I. A., Arratibel, A. B., Toledo, S. C., Criado, A. E., Garcia, M. P. G., ... Cambero, I. S. (2004). *Guía de Práctica Clínica Cuidados Críticos de Enfermería*. (H. Txagorritxu, Ed.). Txagorritxu: Evagraf, S. Coop.
- Gottrup, F., Apelqvist, J., & Price, P. (2010). Outcomes in controlled and comparative studies on non-healing wounds: recommendations to improve the quality of evidence in wound management. *Journal of Wound Care*, 19(6), 239–268.
- Graça, A. C. G. da. (2017). *Transporte Inter-hospitalar do doente crítico*. Instituto Politecnico de Bragança.
- Guillart, L. L. M. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Revista Cubana de Oftalmología*, 28(2), 228–233.
- Handberg, C., & Voss, A. (2018). Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals. *PubMed - Indexed for MEDLINE*, 27(1–2), 102–114.

- Healy, M. E., Kozubal, D. E., Horn, A. E., Vilke, G. M., Chan, T. C., & Ufberg, J. W. (2016). Care of the Critically Ill Pregnant Patient and Perimortem Cesarean Delivery in the Emergency Department. *Journal of Emergency Medicine*, *51*(2), 172–177.
- Hernández, R. G., Méndez, M. C. M., Huerta, M. de los Á. F., Castañeda-Hidalgo, H., & Pérez, Angélica Aguilera Barrios, F. F. (2012). Plan de Cuidados Estandarizado en la Atención de Pacientes con Pie Diabético. *Desarrollo Científico Enfermero*, *20*(9), 303–307.
- Ibars-Moncasi P; San Sebastián-Domínguez J.A.; Soldevilla-Agreda, J. (2012). Conjunto Mínimo Básico de Datos en registros de Úlceras por Presión (CMBD-UPP). *Documentos de Posicionamiento GNEAUPP N° 11. Grupo Nacional Para El Estudio y Asesoramiento En Úlceras Por Presión y Heridas Crónica*.
- Juan, L. C., Sánchez, M. del C. A., & Balsa, M. del C. C. (2015). Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. *Revista de Calidad Asistencial*, *30*(3), 154–155.
- Kovács, M. J. (2014). A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*, *22*(1), 94–104.
- Latorre Marco, I., Solís Muñoz, M., Falero Ruiz, T., Larrasquitu Sánchez, A., Romay Pérez, A. B., & Millán Santos, I. (2011). Validación de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: Resultados del proyecto ESCID. *Enfermería Intensiva*, *22*(1), 3–12.
- Leal, M., & Meijia, D. (2014). Intervenção fisioterapêutica na prevenção da síndrome do imobilismo em pacientes acamados por tempo prolongado e seus efeitos no sistema locomotor.
- Lima-Serrano, M., González-Méndez, M. I., Martín-Castaño, C., Alonso-Araujo, I., & Lima-Rodríguez, J. S. (2018). Predictive validity and reliability of the Braden scale for risk assessment of pressure ulcers in an intensive care unit. *Medicina Intensiva*, *42*(2), 82–91.
- Macedo, J. L. S., & Santos, J. B. (2006, June). Complicações Infecciosas em Pacientes Queimados. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.*, *21*(2), 108–111.
- Macedo, R. P. A. (2017). *Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e*

- validação para a população portuguesa. Viseu.*
- Maida, V., Ennis, M., & Kuziemy, C. (2009). The Toronto Symptom Assessment System for Wounds: a new clinical and research tool. *Advances in Skin & Wound Care*, 22(10), 468–474.
- Mendes, M. J. P. S. V. (2018). *Contributos do Enfermeiro Especializado no Controlo da Infeção do Doente Grande Queimado.*
- Mestrinho, J., Antunes, A., Monteiro, C., Arcadinho, I., & Queiróz, F. (2009, March). Roteiro de instrumentos e escalas de avaliação. (António Freitas, Ed.), *Percursos*, (11), 1–37.
- Millán, Á. G. (2009). La información al Paciente como pieza clave de la Calidad Asistencial. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(6), 275–279.
- Miranda, D. R., Nap, R., Rijk, A., Schaufeli, W., & Lapichino, G. (2003). Nursing activities score. *Critical Care Medicine*, 31(2), 374–382.
- Mitchell, D. L., Bennett, M. J., & Manfrin-ledet, L. (2006). Spiritual Development of Nursing Students: Developing competence to Provide spiritual care to Patients at the End of Life. *Journal of Nursing Education*, (October).
- Moreno-Cid, M. D. T., Castro, S. S., & Castro, A. B. S. (2015). Enfermera con Síndrome de Burnout. *Geological Magazine*, 145(6), 790–799.
- Nogario, A. C. D., Barlem, E. L. D., Tomaschewski-Barlem, J. G., Lunardi, V. L., Ramos, A. M., & De Oliveira, A. C. C. (2015). Nursing Actions in practicing inpatient advocacy in a Burn Unit. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 49(4), 579–586.
- Oedorf, K., Day, D., Lior, Y., Novack, V., Sanchez, L., Wolfe, R., ... Henning, D. (2017). Serum Lactate Predicts Adverse Outcomes in Emergency Department Patients With and Without Infection. *Western Journal of Emergency Medicine*, 18(2), 258–266.
- Oliveira, T. R., & Simões, S. M. F. (2010). As faces da comunicação na prática da enfermagem: Uma pesquisa bibliográfica. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 9(2).
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica. *Diario Da Republica*, 2(nº 135), 19359–19370.

- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário Da República, II Série (Nº 184 de 25-09-2019)*, 184(E), 128–155.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 26(2), 4744–4750.
- Otu, A., & Hashmi, M. (2018). The critically ill patient with tuberculosis in intensive care: Clinical presentations, management and infection control. *Journal of Critical Care*, 6(45), 184–196.
- Pereira, É. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de ...*, 26(2), 241–250.
- Píriz-Campos, R. M., & Martín Espinosa, N. M. (2014). Cuidados de enfermería locales en las quemaduras. *Revista de Enfermería (Barcelona, Spain)*, 37(2), 17–20.
- Queijo, A. F. (2002). *Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (N. A. S.)*. Universidade de São Paulo.
- Ramos, A. P., & Bortagarai, F. M. (2012). A Comunicação não-verbal na área da saúde. *Rev. CEFAC*, 14(1), 164–170.
- Reis, M. R. dos. (2012). *Terapias de Substituição da Função Renal Contínuas na Lesão Renal Aguda em Unidade de Cuidados Intensivos: Manual de Boas Práticas de Enfermagem*. Universidade de Lisboa.
- Sá, F. laura F. rodrigues galinha de, Botelho, M. antónia rebelo, & Henriques, M. adriana P. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro Caring for the Family of the Critically Ill Person: The Experience of Nurses. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46.
- Sampaio, B. (2015). *Cuidar da pessoa no processo de morrer numa unidade de cuidados continuados – Experiências do enfermeiro*. Instituto Politecnico de Viana do Castelo.
- Saviato, R. M., & Leão, E. R. (2016). Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 20(1), 198–202.
- Silva, J. M. T. S. da, Haddad, M. do C. F. L., Rossaneis, M. A., Vannuchi, M. T. O., &

- Marcon, S. S. (2017). Fatores associados à ulceração nos pés de pessoas com diabetes mellitus residentes em área rural. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 38(3), 1–9.
- Solutions, B. H. C. (2017). solução B. Retrieved from <https://www.b-simple.pt/>
- Tojal, A. P. L. (2011). *Atitude Do Enfermeiro perante a morte*. Universidade de Coimbra.
- Toribio, F. (2010). Cuidados de enfermería en las quemaduras. *Junta de Extremadura. Extremadura: Gerencia del área de salud de placencia*.
- Turkel, M. C., Watson, J., & Giovannoni, J. (2018). Caring Science or Science of Caring. *Nursing Science Quarterly*, 31(1), 66–71.
- Urra, M. E., Jana, A. A., & García, V. M. (2011). Some essential aspects of Jean Watson thought and her transpersonal caring theory. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), 11–22.
- Vale, E. C. S. Do. (2005). Primeiro atendimento em queimaduras: A abordagem do dermatologista. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 80(1), 9–19.
- Vincent, J., & Creteur, J. (2018). The Critically Ill Patient. *Critical Care Nephrology. Elsevier*, 511–527.
- Waldow, V. R. (2009). Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. *Associação Brasileira de Enfermagem Brasil*, 7.
- Watson, J. (1999). *Enfermagem: ciencia humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. (sociedade industrial Lda, Ed.). Loures: Lusociencia.
- Younas, A., & Sommer, J. (2015). Integrating Nursing Theory and Process into Practice. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 443–450.
- Zani, A. V., Marcon, S. S., & Tonete, V. L. P. (2014). Processo comunicativo no pronto socorro entre a enfermagem e pacientes : representações sociais, 13(2), 139–149.
- Zaragoza, R., Ramírez, P., & López-Pueyo, M. J. (2014). Nosocomial infections in a burn intensive care unit. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 32(5), 320–327.
- Zavala-Pérez, I. C., Hernández-Corrales, M. D., Olea-Gutiérrez, V. C., & Valle-Solís, M. O. (2014). Cuidado de enfermería transpersonal con base en la teoría del caring a una mujer con cáncer de mama Palabras clave: Neoplasias de la mama. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 22(3), 135–143.

7. APÊNDICES

**APÊNDICE 1: ESTUDO DE CASO SOBRE A EVOLUÇÃO DE UMA
DOENTE COM FERIDA COMPLEXA**

SIGLAS E ACRÓNIMOS

FC - Fatores de Cuidados de Caridade

FiO² - fluxo inspiratório de oxigénio (símbolo)

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

PEEP - positive end – expiratory pressure

QV – Qualidade de vida

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

SMI- Serviço de Medicina Intensiva

SpO² - saturação da periférica de oxigénio símbolo

TOT – Tubo orotraqueal

VMI - ventilação mecânica invasiva

EVA- Escala visual analógica

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	63
PROCESSO DE ENFERMAGEM	67
CONCLUSÃO	76
BIBLIOGRAFIA	77

Lista de tabelas

Tabela 1: Plano de cuidados

INTRODUÇÃO

O processo de aprendizagem é pessoal e único e surge através da partilha de experiências passadas que vão moldar e influenciar a formação futura.

Tendo em consideração a natureza da profissão de enfermagem que se caracteriza estar ligada a aspetos sociais e humanísticos e que tem alicerce na ciência e arte de cuidar de doentes com problemas complexos, é exigido aos profissionais de enfermagem que tenham pensamento crítico na aplicação do processo diagnóstico (Riegel, Crossetti, & Siqueira, 2018). Este assunto assume grande relevância pois os diagnósticos e intervenções de enfermagem devem estar voltados para o indivíduo na sua totalidade englobando os aspetos físicos, psíquicos, sociais e espirituais.

Assim a Teoria do Cuidado Humano está centrada neste conceito de cuidar para além do corpo físico tendo abertura para os aspetos espirituais e para as dimensões existenciais da vida, da morte e da própria alma (Favero, Meier, Lacerda, De Azevedo Mazza, & Kalinowski, 2009).

Este trabalho enquadra-se num estudo de caso realizado a um doente diabético admitido no SMI e tem como objetivo aplicar um processo de enfermagem transpessoal baseado nos 10 elementos de cuidados de Jean Watson a um doente internado no Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

Assim, analisou-se o processo de Enfermagem e com a observação direta de uma doente com diagnóstico clínico de sepsis, pretendeu aprofundar o conhecimento de todos os aspetos que poderiam contribuir para uma melhor qualidade de vida (QV) durante o final de vida.

Utilizou-se como técnica de recolha de dados a consulta ao processo de Enfermagem e a observação direta do referido doente.

Para a elaboração deste estudo de caso, foi utilizada a forma descritiva e reflexiva das experiências durante a realização do mesmo. As reflexões pessoais expressas neste relatório baseiam-se em pesquisas realizadas nas diferentes bases de dados internacionais, tais como: Pubmed, Medline, Lilacs, ScienceDirect, Cochrane library, repositório científico de acesso aberto em Portugal, EBSCO Health e na Biblioteca Virtual de Saúde.

O modelo teórico que se utilizou como referência para a realização do plano de cuidados foi o proposto por Jean Watson (Younas & Sommer, 2015).

Ao longo da descrição deste caso, apresentam-se os dados pessoais da doente e a evolução clínica da mesma. Associado a estes aspetos físicos, explanaram-se outros que se consideram importantes para a realização de cuidados totais à doente. Apresenta-se um plano de cuidados uma reflexão crítica das intervenções realizadas no final.

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Os doentes com diabetes ou outras doenças crónicas que levam a complicações são um desafio para os profissionais de enfermagem, daí a importância da padronização dos planos de cuidados. A taxonomia North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), que integra diagnósticos de enfermagem representa por um lado o julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo/família ou comunidade aos processos de vida/problemas de saúde reais e por outro lado fornece a base da terapia para a realização dos objetivos (Herdman, 2012).

Descrição do caso

Doente do sexo feminino, 68 anos de idade, que tem três filhos, e vive só com o marido em casa própria. Quanto ao nível de escolaridade, completou o ensino primário.

Foi Admitida no SMI em XX/09/2019, durante o turno da tarde, proveniente do SU.

Realizada entrevista ao marido que forneceu a informação necessária que permitiu recolher dados relacionados com o estado de saúde da doente.

Episódio na urgência

Esta doente vem referenciada do centro de saúde com febre, prostração, alteração da consciência e feridas ulceradas em 2 dedos e calcâneo do pé esquerdo, o diagnóstico médico foi septicemia com infeção basal em partes moles associadas a lesões do pé esquerdo.

Perante observação dos registos médicos e de enfermagem pode-se perceber que a doente deu entrada na urgência com dor intensa associada às lesões do pé esquerdo, temperatura axilar de 39° C, taquicardia e dor precordial. À observação o pé esquerdo encontra-se frio, com áreas flutuantes no calcâneo e áreas de necrose, sem pulso femoral à esquerda e presente à direita. Foi diagnosticado um edema agudo de pulmão com fibrilação ventricular e paragem cardiorrespiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva e terapia vasopressora.

Antecedentes pessoais

A doente em estudo apresenta alguns antecedentes pessoais de relevância que foi necessário registar e incluir neste estudo e estes são descritos a seguir:

- Diabetes mellitus (com complicações micro e macrovasculares),
- Hipertensão arterial (HTA),
- Enfarte agudo do miocárdio sem ondas Q,
- Lesão renal – Insuficiência renal crónica (IRC),
- Anemia, por septicemia com ponto de partida em pneumonia bilateral adquirida na comunidade.

Chegada ao SMI

A entrada na SMI a doente já vem em ventilação mecânica invasiva (VMI) com tubo orotraquel (TOT) nº 7.5 cm com 6cc de ar no balão. Foi instalada no serviço e foi suspensa a amiodorona com isoprenalina proveniente do SU. Foi iniciada noradrenalina a 20 mg a 20 ml/h. Para administração de múltiplos fármacos que se preveem necessários, foi colocado cateter central de 5 vias e linha arterial, procedimento médico que se verificou difícil por existência de placas de ateromas.

Avaliação inicial de enfermagem

A entrada avalia-se a doente segundo o algoritmo ABCDE e verifica-se que a via aérea está permeável com VMI, em volume controlado e PEEP (positive end – expiratory pressure) de 6. Quando se aspira o TOT encontram-se secreções mucopurulentas em quantidade moderada. Também se verifica que está a ventilar razoavelmente pois encontra-se com 60% de fluxo inspiratório de oxigénio (FiO_2) e a saturação da periférica de oxigénio (SpO_2) varia entre 91 a 95%. Mantida permeabilidade dos acessos venosos e sem deficit neurológico, sedada com Propofol 2% a 10 ml/h e com uma RASS de -4.

À entrada foram prestados cuidados de higiene com clorohexidrina a 2 % com exposição de todo o corpo, para verificação de toda a área corporal, mas com relativa rapidez para diminuição do risco de hipotermia. Colocado ionosteril a infundir a 42 ml/h

para correção iónica e colocada sonda nasogástrica (SNG) para alimentado com dieta isocalórica e diabética a 10 ml/h, e com associação de administração hídrica em paralelo. Doente melhorou o estado geral e foi suspensa a sedação pela equipa médica.

Realização de pensos à entrada

Refeitos pensos aos locais de inserção da linha arterial e do cateter venoso periférico que se encontravam desfeitos.

Evolução clínica da doente

Após quinze dias de estar internada no SMI é proposto à doente a amputação supracondiliana do membro inferior esquerdo e a doente compreendeu e aceitou a intervenção. No pós-operatório imediato verificou-se a existência de edema do coto, pelo que foi informado o médico do SMI. Este pediu apoio ao serviço de cirurgia para avaliar esta questão. Foi requerida uma ultrassonografia e que foi realizada no dia 1/10. No dia seguinte, foi reavaliada punção direta para drenagem de aproximadamente 50 cc de fluido hemático antigo. Nesta altura a doente encontra-se com 12 dias de pós-operatório, já extubada apresentando hipertermia, palidez da pele e fácies de dor. Constatou-se que existia uma diminuição da hemoglobina pelo que foi transfundida uma unidade de sangue (concentrado globular) sem incidentes.

Durante a noite do decimo quinto dia de pós-operatório houve um agravamento do quadro geral com taquicardia supraventricular e que foi submetida a cardioversão. Verificou-se agravamento da função respiratória com SpO² de 80 e com agravamento do estado de consciência pelo que foi novamente colocado TOT nº 8 e foi colocada em VMI.

Verificou-se ainda, uma diminuição do débito urinário, um aumento da temperatura axilar e uma diminuição da Pressão Arterial sistólica e Pressão Arterial diastólica, razão pela qual foi iniciada isoprenalina às 8 horas. Após estabilização hemodinâmica foi reiniciada a noradrenalina 20 mg a 20 ml/h, e mantiveram-se as perfusões de amiodorona 600 mg a 10 ml/h e propofol 2% a 8,5 ml/h. As perfusões, usadas, pretenderam manter a Pressão Arterial sistólica acima dos 140 mm/hg e a

frequência cardíaca acima de 90 bpm. Além disso, pretende-se também, manter débitos urinários elevados com o intuito de evitar o risco de edema agudo do pulmão.

Nesta altura a família foi informada do agravamento do seu estado geral e quando chegaram foram acompanhados pela equipa de enfermagem durante a visita no SMI. A doente quando chegou o marido apresentou agitação psicomotora e emitiu algumas lágrimas que escorreram pela face. À presença dos filhos a doente também reagiu, embora com menos intensidade, com os mesmos movimentos.

Para a elaboração do plano de cuidados (tabela 1) teve em linha de conta os aspetos fisiológicos para estabelecer as respostas adequadas, mas também teve em consideração os aspetos sociais que rodeiam esta doente, pelo que proporcionou sempre que possível, um tempo de visita da família maior. Em relação aos aspetos espirituais que motivavam a doente a continuar com as suas orações, quando ela estava a fazê-las tentava-se não interromper quando era possível. Porque de facto, o ser humano inclui todos estes aspetos relevantes tal como referem Mitchell et al. (2006) que dizem que “o holismo não pode existir sem considerar os aspetos espirituais que constroem a individualidade e dão sentido à vida das pessoas” (Mitchell et al., 2006; p. 365).

Tabela 1: Plano de cuidados

Diagnóstico de enfermagem	Objetivo	Intervenção de Enfermagem	Resultados obtidos
<i>Risco de infeção relacionado com a ferida cirúrgica</i>	Estar livre de processos infecciosos durante o internamento	<ul style="list-style-type: none"> ★ Realizar tratamento à ferida operatória com soro fisiológico com técnica asséptica cirúrgica ★ Observar as manifestações clínicas de infeção ★ Advogar consulta da especialidade na presença de sinais inflamatórios 	<p>Infeção local</p> <p>Edema do coto</p> <p>Advogada consulta de cirurgia</p>
<i>Risco de infeção relacionado com a presença cateter venoso central</i>	Estar livre de processos infecciosos durante o internamento	<ul style="list-style-type: none"> ★ Realizar os pensos de proteção com técnica asséptica cirúrgica ★ Vigiar local de inserção cateter ★ Vigiar penso do local de inserção do cateter 	Sem sinais de inflamação
<i>Risco de infeção relacionado com a</i>	Estar livre de processos infecciosos	<ul style="list-style-type: none"> ★ Otimizar o cateter urinário ★ Monitorizar eliminação urinária ★ Vigiar eliminação vesical 	Sem sinais de inflamação

presença de cateter urinário	durante o internamento		
Hipertermia	Manter temperatura corporal dentro dos limites normais	<ul style="list-style-type: none"> ★ Evitar a infusão de líquidos gelados ★ Manter o paciente hidratado ★ Monitorar nível de consciência ★ Avaliar temperatura corporal 	Hipertermia – 39°
Dispneia	Ventilar corretamente Com VMI e PEEP 6	<ul style="list-style-type: none"> ★ Administrar oxigenoterapia FIO² ★ Aspirar vias aéreas ★ Posicionar ★ Monitorar sinais vitais 	Apresenta secreções mucopurulentas em quantidades moderadas SPO ² = 91 a 95%
Entubação Naso gástrica	Manter a administração de nutrientes necessários	<ul style="list-style-type: none"> ★ Otimizar a SNG ★ Alimentar com dieta isocalórica diabética a 10 ml/h ★ Hidratação com 1,5 L/dia 	
Obstipação	Manter o transito intestinal	<ul style="list-style-type: none"> ★ Vigiar eliminação intestinal ★ Monitorizar eliminação intestinal ★ Vigiar abdómen 	
Autocuidado: higiene	Boa higiene do corpo	<ul style="list-style-type: none"> ★ Prestar cuidados de higiene corporal no leito ★ Cuidados de higiene corporal especial ★ Cuidados de higiene oral ★ Vigiar cuidados de higiene 	Mantida higiene corporal
Mobilidade comprometida	Evitar úlceras de pressão Diminuir os edemas	<ul style="list-style-type: none"> ★ Posicionar ★ Aliviar zonas de pressão ★ Avaliar o risco de úlcera de pressão através da escala de braden ★ Mobilização articular ★ Alternar posição de deitado com posição de sentado ★ Elevar a parte inferior da cama 	Sem zona de pressão Mantem edema do coto
Autocuidado: vestuário	Vestir e despir mantendo privacidade e conforto	<ul style="list-style-type: none"> ★ Vestir e despir a pessoa ★ Manter privacidade da pessoa 	
Autocuidado: Uso do sanitário	Manter integridade da pele e tegumentos	<ul style="list-style-type: none"> ★ Avaliar autocuidado uso sanitário ★ Mudar a fralda 	
Alteração do bem-estar físico		<ul style="list-style-type: none"> ★ Monitorizar dor ★ Monitorização de sinais vitais ★ Avaliar ferida(s) ★ Mobilizar 	Manutenção de conforto durante o processo de doença

<i>Tristeza</i>	Prestar apoio emocional para vivência de estado de saúde	<ul style="list-style-type: none"> ★ Avaliar capacidade para aceitar a doença ★ Avaliar tristeza ★ Prestar apoio emocional ★ Avaliar humor ★ Vigiar sono 	Capacidade melhorada para aceitar os processos de doença
------------------------	--	---	--

Reflexão sobre as intervenções de enfermagem realizadas

A introdução da SNG ficou a dever-se à alteração da necessidade de comer e beber adequadamente, pela presença de TOT e VMI e desta forma foi alimentado através desta com dieta isocalórica e diabética a 10 ml/h, progredindo de acordo com a avaliação de tolerância de 6/6h, também por esta foi hidratado continuamente por sistema paralelo (tabela 8).

Na alteração da oxigenação foi colocada doente em VMI com ventilação controlada e com TOT nº 7,5 com 6 cc de ar no balão e fixado à comissura labial no nº 22. Mantida FiO² a 60% e PEEP de 6 porque se pretendem manter SpO² entre 91 a 95% (tabela 8). Também pela mesma razão se aspira o TOT e a orofaringe que apresentam secreções mucoporulentas em quantidade moderada.

Em relação às alterações do sistema circulatório, a doente foi submetida a amputação supracondiliana esquerda, e apresenta edema do coto e por indicação médica foi mantido penso oclusivo. Para poder fazer correção eletrolítica foi colocado central de 5 vias e linha arterial, que tem de se realizar penso com técnica asséptica cirúrgica para prevenir risco de infeção.

Na necessidade de eliminar regista-se oligúria e diminuição dos ruídos intestinais pelo que se introduziu cateter vesical. Registada a diurese horária e feitos cuidados de higiene com clorohexidrina 2% diária para prevenir risco de infeção.

Em relação à manutenção da higiene corporal e da integridade da pele verificou-se que a pele apresenta ferida cirúrgica com drenagem de aproximadamente 50 cc de fluido hemático antigo e é realizada observação e vigilância do local.

Na necessidade de sono e repouso contacta-se que o doente tem sedação com Propofol a 10 ml/h prescrito e é avaliada essa sedação com a escala de RASS (validada para a população portuguesa) e que apresenta um score de -4.

Para manter a temperatura dentro dos limites normais é administrada medicação prescrita e realiza-se arrefecimento periférico pois a doente apresentava 39° C de temperatura corporal (tabela 8).

Em relação a necessidade de movimentar-se e manter posturas adequadas são realizadas mudanças de posição a cada 4 horas, para prevenir risco de úlceras de pressão e é realizada a avaliação desse risco (alto risco) através do preenchimento da escala de Braden. No entanto, o mínimo movimento causou-lhe dor na ferida cirúrgica e foi administrado analgésico prescrito.

De acordo com a contribuição da teoria da Filosofia e da Ciência do Cuidado de Jean Watson, as atividades a serem realizadas serão baseadas nos 10 Fatores Originais do Cuidado, nos quais ele se refere aos fenómenos da consciência ou manifestação das coisas, que é a fenomenologia (Urta et al., 2011).

Jean Watson afirma claramente que o objetivo é preservar a dignidade humana e a humanidade durante o processo de cuidado em ambientes hospitalares e domiciliares; ele explica que: o cuidado profissional de enfermagem é desenvolvido através do estudo combinado da ciência e as humanidades e culmina num processo de cuidado humano entre o enfermeiro e o doente que vai além do tempo e do espaço e adquire dimensões de caráter espiritual. Reconhece que o cuidado é uma parte fundamental do ser, que é um ser em relação ao outro que o invoca; este chamado de outro, absolutamente outro, é a base fundamental do cuidado profissional da enfermagem, estruturado, formalizado e destinado a satisfazer as necessidades do ser humano, promover, manter ou recuperar a saúde (Carrillo-González et al., 2015).

A diabetes mellitus é uma das doenças metabólicas que afetam a população mundial. Uma das razões, pelas quais os doentes diabéticos procuram cuidados de saúde está relacionada com os problemas do pé diabético, particularmente a presença de úlceras, que, se não forem tratadas, conduzirão à amputação do membro afetado (Hernández-González, Decuir-Díaz, & Alvarado-Acosta, 2011). A infeção do pé diabético, especialmente se for associada à isquemia, é a causa mais comum de amputação do membro inferior, internamento hospitalar e redução da QV na população com diabetes mellitus (Blanes et al., 2012).

Para os amputados, isso significa uma experiência devastadora, evocando sentimentos de dor e medo intenso; ao longo da doença, esses doentes podem

experimental situações que ameaçam a sua integridade psicossocial e causam incerteza no tratamento. Nesse sentido, a magnitude e a complexidade da necessidade fisiológica, psicológica, social e espiritual gera uma grande procura de cuidados de saúde. Esta aumenta proporcionalmente com os distúrbios como depressão, ansiedade, sofrimento espiritual ou risco do mesmo e provocam, decréscimo na QV (Hernández et al., 2012)

Nestes casos, é necessário priorizar a abordagem da dimensão espiritual no plano de assistência de enfermagem e promover o vínculo familiar como principal motor para o fortalecimento físico, espiritual e mental do doente. Durante este processo os relacionamentos da família, amigos, profissionais de saúde e outros grupos sociais formam uma rede de elementos para ampliar o seu eu espiritual (Zavala-Pérez et al., 2014).

Vários estudos relatam resultados positivos sobre o cuidado espiritual e seu impacto na saúde, indicando que as pessoas com uma fé ativa tendem a ser menos deprimidas e têm maior força emocional para lidar com crises ou doenças terminais. Nesse mesmo sentido, há evidências que ampliam a espiritualidade como uma forma de suporte que os doentes em condições crônicas usam para enfrentar o estado de doença, e que é indispensável para manter a perspectiva e redirecionar o sentido de suas próprias vidas (Mitchell et al., 2006).

CONCLUSÃO:

Os profissionais de enfermagem hoje devem fundamentar o seu trabalho na metodologia do processo de enfermagem, que lhes permite fazer avaliações direcionadas para as necessidades físicas, emocionais e espirituais dos doentes sob seu cuidado. A padronização dos planos de cuidados de enfermagem é um guia e a sua aplicação dependerá das necessidades do doente e do contexto em que o cuidado é prestado. O uso da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem leva a um melhor planejamento da intervenção de enfermagem, pois permite uma avaliação dinâmica de cada um dos resultados obtidos e a avaliação da efetividade dessas intervenções. Deste facto resulta uma melhoria contínua da qualidade dos serviços de enfermagem e á produção de ganhos em saúde para o doente.

A incorporação dos 10 processos de cuidado de Jean Watson ao plano de cuidados de enfermagem transpessoal desse doente possibilitou ao profissional de enfermagem desenvolver valores humanos essenciais e ser reconhecido como um ser espiritual e solidário.

Atingiu-se o objetivo inicial traçado e certamente que depois de conhecer os benefícios da aplicação desta forma de cuidar se vai apoderar desta forma de cuidar no seu futuro profissional.

BIBLIOGRAFÍA

- Blanes, I., Clará, A., Lozano, F., Alcalá, D., Doiza, E., Merino, R., ... Sánchez, J. E. G. (2012). Documento de consenso sobre el tratamiento de las infecciones en el pie del diabético. *Elsevier*, 67.
- Carrillo-González, G. M., Barreto-Osorio, R. V., Arboleda, L. B., Gutiérrez-Lesmes, O. A., Melo, B. G., & Ortiz, V. T. (2015). Competence for home health care in colombian people with chronic illness and their caregivers. *Revista Facultad de Medicina*, 63(4), 665–675.
- Castillo-Muñoz, F. I., Céspedes-Guirao, F. J., Novo-Torres, A., & Lorda-Barraguer, E. (2014). Análisis retrospectivo de 23 años de necrólisis epidérmica tóxica en la Unidad de Quemados de Alicante, España. *Cirugia Plastica Ibero-Latinoamericana*, 40(3), 279–294.
- Favero, L., Meier, M. J., Lacerda, M. R., De Azevedo Mazza, V., & Kalinowski, L. C. (2009). Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: Uma década de produção brasileira. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 22(2), 213–218.
- Fernandes, P. M. I. (2012). *Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I Nordeste*. APNOR. Instituto Politécnico de Bragança.
- Ferreira, J. D. L., Brito, K. K. G. de, Aguiar, E. S. S. de, Lima, C. L. J. de, Soares, M. J. G. O., & Costa, M. M. L. (2013). Use of international classification for nursing practice / CIPE ® in nursing care. *Jornal of Nursing*, 7(4), 1189–1194.
- Fleck, M. P. D. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., ... Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19–28.
- Forero, R., Nahidi, S., De Costa, J., Fatovich, D., Fitzgerald, G., Toloo, S., ... Man, W. N. (2019). Perceptions and experiences of emergency department staff during the implementation of the four-hour rule/national emergency access target policy in Australia: A qualitative social dynamic perspective. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–14.
- Herdman, H. (2012). *Diagnostico Enfermeros 2012 - 2014*. (Booksmedicos.org, Ed.)

- (Heather He). Madrid: Elsevier B.V.
- Hernández-González, E. H., Decuir-Díaz, A., & Alvarado-Acosta, L. (2011). Incidencia de complicaciones en amputaciones menores con técnica cerrada para tratamiento de pie diabético infectado. (Spanish). *Incidence of Complications in Minor Amputations with Closed Technique for Treatment of Infected Diabetic Foot. (English)*, 65(4), 159–162.
- Hernández, R. G., Méndez, M. C. M., Huerta, M. de los Á. F., Castañeda-Hidalgo, H., & Pérez, Angélica Aguilera Barrios, F. F. (2012). Plan de Cuidados Estandarizado en la Atención de Pacientes con Pie Diabético. *Desarrollo Científico Enfermero*, 20(9), 303–307.
- Mitchell, D. L., Bennett, M. J., & Manfrin-ledet, L. (2006). Spiritual Development of Nursing Students: Developing competence to Provide spiritual care to Patients at the End of Life. *Journal of Nursing Education*, (October).
- Riegel, F., Crossetti, M., & Siqueira, D. (2018). Contribuições da teoria de Jean Watson ao pensamento crítico holístico do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 2193–2197.
- Sage, R. A., Pinzur, M., Stuck, R., & Napolitano, C. (2007). Amputation and Rehabilitation of the Diabetic Foot. *The Diabetic Foot*, 363–389.
- Turkel, M. C., Watson, J., & Giovannoni, J. (2018). Caring Science or Science of Caring. *Nursing Science Quarterly*, 31(1), 66–71.
- Urra, M. E., Jana, A. A., & García, V. M. (2011). Some essential aspects of Jean Watson thought and her transpersonal caring theory. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), 11–22.
- Younas, A., & Sommer, J. (2015). Integrating Nursing Theory and Process into Practice. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 443–450.
- Zavala-Pérez, I. C., Hernández-Corrales, M. D., Olea-Gutiérrez, V. C., & Valle-Solís, M. O. (2014). Cuidado de enfermería transpersonal con base en la teoría del caring a una mujer con cáncer de mama Palabras clave: Neoplasias de la mama. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 22(3), 135–143.

Apêndice II – Plano e formação sobre a escala de Toronto

PLANO DA FORMAÇÃO

Tema – Escala de Toronto

Data – 11 de Dezembro 2019

Local – Unidade de Queimados

Formador – Eulália Sofia Ferreira Dias

Grupo – Enfermeiros

Tempo previsto – 15 minutos

Objetivos da sessão: divulgação do instrumento Escala de Toronto

Objetivos pedagógicos

Objetivo geral:

- ❖ Conhecer a escala de Toronto

Objetivos específicos:

- ❖ Analisar os domínios da qualidade de vida passíveis de serem afetados na pessoa com queimadura
- ❖ Identificar os aspetos essenciais da avaliação da Qualidade de Vida em pessoas com queimadura

Fases	Conteúdos	Tempo
Introdução	★ Definição de Saúde, Ferida, Queimadura e Qualidade de vida	4 min
Desenvolvimento	★ Principais sintomas referidos pelos doentes ★ seleção dos participantes ★ dimensões da escala de Toronto e relacionamento com a sintomatologia referida pelos doentes ★ Apresentação da escala ★ indicadores que se podem extrair com a utilização da escala	8 min
Conclusão	★ Necessidade de estudos sobre a qualidade de vida em doentes queimados ★ Importância da escala nos indicadores de resultados	3 min

FORMAÇÃO SOBRE A ESCALA DE TORONTO



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

ESCALA DE TORONTO

Eulalia Sofia Dias, orientada por Irene Oliveira 2019

OBJETIVOS

Conhecer a escala de Toronto

Analisar os domínios da qualidade de vida passíveis de serem afetados na pessoa com queimadura

Identificar os aspetos essenciais da avaliação da Qualidade de Vida em pessoas com queimadura



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Eulalia Sofia Dias, Irene Oliveira 2019

INTRODUÇÃO

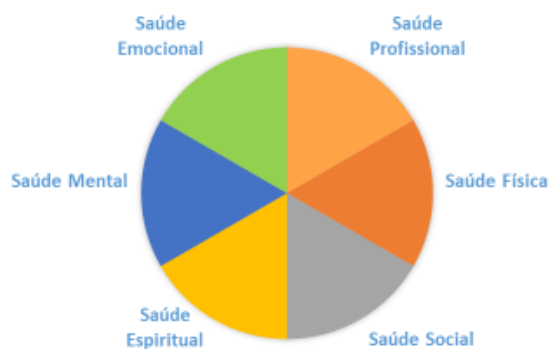
“A **saúde** é um recurso da vida quotidiana e não apenas um objetivo a atingir; trata-se de um conceito positivo que valoriza os recursos sociais e individuais, assim como as capacidades físicas” (Nutbeam, 1999).

Feridas surgem “Quando a resistência da pele não é suficiente para impedir que as forças externas lhe provoquem modificações surgem alterações na estrutura e no funcionamento anatómico normal” (Balbino, Pereira, & Curi, 2005; Cunha, 2006; Lourenço, Ferreira, & Rodrigues, 2016).

Queimaduras são feridas traumáticas causadas por exposição a chamas, líquidos quentes, superfícies quentes, frio, substâncias químicas, radiação, atrito ou fricção (Oliveira, Moreira, & Gonçalves, 2012; Ramos, Porto, & Guerra, 2019).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“**Qualidade de vida** é uma percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações.” (Nutbeam, 1999)



Principais sintomas referidos pelos doentes

Dor

Odor

Prurido

Exsudado

Ferida resultante da queimadura

Aspetto estético e funcional

Dimensões da escala de Toronto

Dor na execução do penso	
Dor entre a mudança dos pensos	
Exsudado ou drenagem	
Odor	
Prurido	
Hemorragia	
Estética	
Edema ou tumefação ao redor da ferida	
Volume ou efeito massa causados pela ferida	
Volume ou efeito massa causados pelo penso	

Escala de Toronto para Avaliação de Sintomas em Feridas (TSAS-W-PT)

Número de identificação do estudo: _____ Idade: _____ Género: M F
 Número de identificação da ferida: _____ Data: ___/___/___ Hora: _____
 Número de avaliação da ferida: _____

Localização:

1. Face/Cabeça/pescoço	5. Membro Superior	9. Pé/instep/Região genital
2. Tórax anterior/Mama	6. Membro Inferior	10. Região sagrada
3. Abdómen/Fianco	7. Região pélvica	11. Pé (excluindo calcanhar)
4. Região lombar/dorsal	8. Anca	12. Calcanhar

Lado:

1. Esquerdo 2. Direito 3. Centro 4. Descreva a localização se necessário _____

Classificação da ferida segundo a etiologia:

1. Maligna	5. Úlcera Venosa	9. Ostomia
2. Úlcera por Pressão	6. Úlcera Arterial	10. Outra
3. Ferida traumática	7. Iatrogénica	
4. Úlcera do pé diabético	8. Infeciosa/ Inflamatória	

Grau/Categoria: _____ Tamanho/Área: _____ Não Mensurável

Assinale com um círculo, o número que melhor descreve os sintomas relacionados com a sua ferida nas últimas 24 h.

Sem dor na execução de penso s/ou no desbridamento	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Dor intensa na execução de pensos s/ou no desbridamento
Sem dor entre a mudança de pensos s/ou no desbridamento	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Dor intensa entre a mudança de pensos s/ou no desbridamento
Sem drenagem ou exsudado	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Drenagem ou exsudado intenso s ou contínuo
Sem Odor	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Odor intenso
Sem prurido	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Prurido intenso
Sem Hemorragia	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Hemorragia intensa ou contínua
Sem preocupações estéticas	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Preocupações estéticas intensas
Sem edema s/ou tumefação em redor da ferida	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Edema s/ou tumefação intensa em redor da ferida
Sem volume ou efeito massa causados pela ferida	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Volume ou efeito massa intenso causado pela ferida
Sem volume ou efeito massa causados pelo penso	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Volume ou efeito massa intenso causado pelo penso

Preenchido pelo: Doente Doente apoiado pelo cuidador Cuidador

Dr. Vincent Maida 2008; em validação para Portugal por Vicente, H.; Franco, D.; Furtado, K.; Deodato, S.; Nunes, E.; Alves, P



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCALA DE ENFERMAGEM
18000-11000

Eulalia Sofia Dias, Irene Oliveira 2019

Indicadores

Que indicadores se podem extrair com a aplicação da escala de Toronto ?

- ✓ Quantificar e mensurar os cuidados de enfermagem para melhoria da QV;
- ✓ Avaliar a evolução das condições de saúde do doente queimado desde a admissão até à alta;
- ✓ Mensurar os ganhos em saúde centrados na pessoa com queimaduras.



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCALA DE ENFERMAGEM
18000-11000

Eulalia Sofia Dias, Irene Oliveira 2019

CONCLUSÕES

Com esta formação deu-se a conhecer a escala de Toronto e a forma como se avalia a Qualidade de Vida do doente com queimaduras

Com a utilização da escala em doentes queimados, pode-se extrair indicadores de resultados específicos dos cuidados de enfermagem

BIBLIOGRAFIA

- Baño, C. A., Pereira, L. M., & Curi, R. (2005). Mecanismos envolvidos na cicatrização: uma revisão. *Revista Brasileira de Ciências Farmacéuticas*, 41(1), 27-51.
- Baranowski, S., & Ayelo, E. (2005). *Essencial sobre o tratamento de feridas*. (Lusodidata, Ed.) (1a). Loures.
- Constanzino, M. A. D. C. (2007). Avaliação da Qualidade de Vida: desenvolvimento e validação de um instrumento, por meio de indicadores biopsicossociais, junto à Comunidade da Universidade de São Paulo - USP, São Paulo.
- Costa, A. I. S. (2014). *Dor e qualidade de vida: Caracterização e avaliação de pacientes oncológicos com feridas tumorais*. Universidade de Brasília.
- Direção-Geral de Saúde. (Norma 024/2012 atualizada a 2/12/2015) *Abordagem Organizacional do Tratamento de Queimaduras*
- Fernandes, P. M. I. (2012). Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I Nordeste. APNOR. Instituto Politécnico de Bragança.
- Ferreira, L. de N. (2002). *Inteligências, quizzes e medição da qualidade de vida* (No. 1). algarve.
- GRINBERG, Rebeca (1998) - *Identidade e mudança*. Lisboa : Cínepsi Editores
- Henriques, L., & Almeida, I. (2016). Escalas de Avaliação de Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão.
- KONIGOVÁ, R. (1992) - *The psychological problems of burned patients*. *Burns*. Vol. 18, nº 3, p. 189-199.
- LACUB, Marcela ; MANGLIER, Patrice (2003) - *Famille en scènes bruscuitee, réinventée, toujours inattendue*. Paris : Éditions Autrement.
- Lourenço, M. C. P., Ferreira, P. L., & Rodrigues, A. (2016). *Avaliação da ferida crónica*. universidade de Coimbra.
- Nutbeam, D. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*, 36. GRINBERG, Léon ;
- Oliveira, T. S., Moreira, K. F. A., & Gonçalves, T. A. (2012). Assistência de enfermagem com pacientes queimados. *Assistência de enfermagem com pacientes queimados*. *Rev Bras Cir Plast*, 11(1), 31-37.
- Oliveira, T. R., & Simões, S. M. F. (2010). As faces da comunicação na prática da enfermagem: Uma pesquisa bibliográfica. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 9(2).
- Ramos, A. P., & Bortagari, F. M. (2012). A Comunicação não-verbal na área da saúde. *Rev. CEFAC*, 14(1), 164-170.
- Ramos, A. F., Porto, P. de S., & Guerra, A. D. L. (2019). Diagnósticos e intervenções de enfermagem a um paciente com queimadura por choque elétrico: estudo de caso. *RESAP*, 5(2), 76-87.

8. ANEXOS

Anexo I: Escala de Toronto

Escala de Toronto para Avaliação de Sintomas em Feridas (TSAS-W-PT)

Número de identificação do estudo: _____ Idade: _____ Género: M F

Número de identificação da ferida: _____ Data: ___ / ___ / ___ Hora: _____

Número de avaliação da ferida: _____

Localização:

1. Face/Cabeça/pescoço	5. Membro Superior	9. Períneo/Região genital
2. Tórax anterior/Mama	6. Membro Inferior	10. Região sagrada
3. Abdómem/Flanco	7. Região pélvica	11. Pé (excluindo calcanhar)
4. Região lombar/dorsal	8. anca	12. Calcanhar

Lado:

1. Esquerdo 2. Direito 3. Centro 4. Descreva a localização se necessário _____

Classificação da ferida segundo a etiologia:

1. Maligna	5. Úlcera Venosa	9. Ostomia
2. Úlcera por Pressão	6. Úlcera Arterial	10. Outra
3. Ferida traumática	7. Iatrogénica	
4. Úlcera do pé diabético	8. Infeciosa/ Inflamatória	

Grau/Categoria: _____ Tamanho/Área: _____ Não Mensurável

Assinale com um círculo, o número que melhor descreve os sintomas relacionados com a sua ferida nas últimas 24 h.

Sem dor na execução de pensos e/ou no desbridamento		Dor intensa na execução de pensos e/ou no desbridamento
Sem dor entre a mudança de pensos e/ou no desbridamento		Dor intensa entre a mudança de pensos e/ou no desbridamento
Sem drenagem ou exsudado		Drenagem ou exsudado intenso e ou contínuo
Sem Odor		Odor intenso
Sem prurido		Prurido intenso
Sem Hemorragia		Hemorragia intensa ou contínua
Sem preocupações estéticas		Preocupações estéticas intensas
Sem edema e/ou tumefação em redor da ferida		Edema e/ou tumefação intensos em redor da ferida
Sem volume ou efeito massa causados pela ferida		Volume ou efeito massa intensos causados pela ferida
Sem volume ou efeito massa causados pelo penso		Volume ou efeito massa intensos causados pelo penso

Preenchido pelo: Doente Doente apoiado pelo cuidador Cuidador

Anexo II: Pedido de autorização para utilização da escala de Toronto

eulalia Dias <esofiadias@gmail.com>

sábado, 7/12/2019, 17:13

para mim

----- Forwarded message -----

De: **Paulo Jorge Alves** <pjalves@porto.ucp.pt>

Date: sábado, 7/12/2019 à(s) 11:34

Subject: Re: escala de toronto

To: eulalia Dias <esofiadias@gmail.com>

Bom dia Eulália,

segue a escala de toronto para que possa utilizar.

Tem toda a liberdade para o fazer e sucesso para a implementação da mesma.

Envio também a base de dados onde pode introduzir os dados colhidos (Solicito que guarde para si e para a Clara e não partilhe)

Respeitosos cumprimentos,

Paulo Jorge Pereira Alves, PhD

Professor Auxiliar | Assistant Professor

Viabilidade tecidual e Saude Comunitária | Tissue Viability & Community Nursing / Public Health

.....

Anexo III: Escala de RESVECH 2.0

Escala de RESVECH 2.0		DATA		
Itens				
1. Dimensões da ferida 1. Área = 0 cm ² 2. Área <4 cm ² 3. Área = 4 <16 cm ² 4. Área = 16 <36 cm ² 5. Área = 36 <64 cm ² 6. Área = 64 <100 cm ² 7. Área ≥ 100 cm ²				
2. Profundidade/tecidos afetados 1. Pele intacta /cicatrizada 2. Derme - epiderme afetadas 3. Hipoderme afetada (tecido adiposo sem atingir a fáscia muscular) 4. Músculo afetado 5. Osso e/ou tecidos anexos afetados (tendões, ligamentos, cápsula articular ou necrose que não permite ver os tecidos subjacentes)				
3. Bordos 1. Não distintos (sem bordos da ferida) 2. Difusos 3. Delimitados 4. Danificados 5. Espessados (“envelhecidos”, “evertidos”)				
4. Tipo de tecido no leito da ferida 4. Tecido necrosado (necrose negra seca ou húmida) 3. Tecido desvitalizado, fibrina e/ou esfacelo 2. Tecido de granulação 1. Tecido epitelial 0. Tecido regenerado/cicatrizado				
5. Exsudado 0. Seco 1. Húmido 2. Molhado 3. Saturado 4. Com fuga de exsudado				
6. Infecção/inflamação (sinais de biofilme)		Sim (1) /Não (0)		
6.1. Dor tem aumentado		Sim (1) /Não (0)		
6.2. Eritema perilesional		Sim (1) /Não (0)		
6.3. Edema perilesional		Sim (1) /Não (0)		
6.4. Aumento da temperatura		Sim (1) /Não (0)		
6.5. Exsudado tem aumentado		Sim (1) /Não (0)		
6.6. Exsudado purulento		Sim (1) /Não (0)		
6.7. Tecido friável ou facilmente sangrante		Sim (1) /Não (0)		
6.8. Ferida estagnada, sem evolução		Sim (1) /Não (0)		
6.9. Tecido compatível com biofilme		Sim (1) /Não (0)		
6.10. Odor		Sim (1) /Não (0)		
6.11. Hipergranulação		Sim (1) /Não (0)		
6.12. Aumento do tamanho da ferida		Sim (1) /Não (0)		
6.13. Lesões satélite		Sim (1) /Não (0)		
6.14. Descoloração do tecido		Sim (1) /Não (0)		

SOME AS PONTUAÇÕES DE TODOS OS ITENS

PONTUAÇÃO TOTAL (MÁX=35; MIN=0)