



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

---

LISBOA · PORTO · VISEU

## **O CUIDADO COM A PESSOA QUEIMADA: A DOR QUE PERSISTE**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Por Isabel Alexandra Antunes Esquetim

LISBOA, abril de 2015



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

## **O CUIDADO COM A PESSOA QUEIMADA: A DOR QUE PERSISTE**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Por Isabel Alexandra Antunes Esquetim

Sob orientação de Professora Doutora Manuela Madureira

LISBOA, abril de 2015

## Resumo

O presente relatório constitui-se como a representação do percurso realizado na obtenção do grau de mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, cujo objetivo principal se centrou na aquisição de competências diferenciadas na prestação de cuidados especializados à pessoa e família a viverem processos de doença relacionados com a ocorrência de queimadura.

Através desta exposição escrita pretendo descrever e analisar reflexivamente as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas ao longo dos três módulos que compõem este relatório e que refletem o trabalho realizado durante o período passado no Serviço de Urgência Central (SUC) e na Unidade Multidisciplinar da Dor (UMD) de um Hospital Central de Lisboa, bem como a experiência profissional adquirida ao longo dos 9 anos na Unidade de Queimados da mesma instituição, que me conferiram a creditação do estágio de Cuidados Intensivos.

Selecionei, como eixo condutor para a realização dos estágios e elaboração do presente relatório, o percurso do Doente Vítima de Queimadura desde o momento em que é admitido no Serviço de Urgência, passando pelo tempo de internamento na Unidade de Queimados e culminando com os cuidados após a alta hospitalar. Assim, foi possível compreender a dimensão da problemática da dor crónica no sobrevivente de queimadura no período após alta hospitalar.

O desenvolvimento das competências inerentes ao grau de Enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica foi realizado tendo em mente uma interação entre a prática clínica, o suporte teórico e as reflexões acerca dos cuidados de Enfermagem e implicou a rutura com uma atuação previamente assumida e o desenvolvimento de práticas alicerçadas no novo saber, promovendo uma desconstrução de pré-conceitos e rotinas e uma posterior construção de novas atuações baseadas na evidência científica. Para tal, a realização de uma Revisão da Literatura norteou o meu processo de pesquisa e conseqüente crescimento pessoal e profissional, permitindo-me obter respostas à questão “Quais as intervenções farmacológicas e não farmacológicas que promovem o alívio da dor no Sobrevivente de Queimadura e que melhoram a qualidade de vida após a alta?” e desenvolver os diferentes estágios, bem como o presente relatório.

Com base nesta revisão, e na experiência profissional adquirida, defini como objetivo transversal ao estágios contribuir para a melhoria dos cuidados ao Doente Vítima de Queimadura, durante o tempo de permanência no SUC, com a elaboração do póster “O Doente Vítima de Queimadura no SUC” e para a melhoria dos cuidados após a alta, elaborei um projeto de encaminhamento destes doentes para a UMD.

Denote-se que a frequência deste Curso de Especialização em Enfermagem despertou a minha capacidade adaptativa para formas de pensar e atuar diferentes e a criatividade para a resolução de problemas que surgem em contextos de trabalho tão diferentes da minha prática diária, tendo semeando na minha mente a vontade de desenvolver novos projetos na área do saber específica da dor no sobrevivente de queimadura e sua família.

Palavras – Chave: dor, sobrevivente de queimadura, cuidados de Enfermagem

## **Abstract**

The present report is the representation of the journey in obtaining the master's degree in Nursing, specialized in surgical and medical nursing, from the Instituto de Ciências da Saúde of Universidade Católica Portuguesa, and the main objective was acquiring differentiated competences for the caring of the person and family living illness processes related with burns.

Through this written exposition, I intend to reflectively describe and analyse the developed activities and acquired competences on the three modules that composes this report and reflect the work developed during the training time in the Emergency Service and the Multidisciplinary Pain Unit of a Lisbon Central Hospital, as well as the professional experience acquired during the nine years of work on the Burn Unit of the same institution, which gave me the level of expert and the credits for the Intensive Care Unit module.

I've selected the path of the Burn Victim since the admission in the Emergency Service, following the time spent in the Burn Unit and ending with the post hospital discharge care as the driving force for the internships and present report. Thus, it was possible to understand the problematic of the chronic pain in burn survivors after hospital discharge.

The development of the cited competences was carried out bearing in mind an interaction between clinical practice, theoretical support and reflections about nursing care, and it implied a rupture with a previously assumed performance and the development of practices grounded in new knowledge, promoting a deconstruction of pre-concepts and routines and a later construction of new practices based upon scientific evidence. To do so, conducting a literature review guided my research process and subsequent personal and professional growth, allowing me to obtain answers to the question "Which pharmacological and non-pharmacological interventions promote the pain relief on the burn survivor and improve the quality of life?" develop the internships and the present report.

Based upon this review, and the acquired professional experience, I've defined as the transversal objective to the internships to contribute for the improvement of care to the Burn Victims, during the time spent in the Emergency Service, with the poster "The Burn Victim in the Emergency Service", and for the post hospital discharge care, I've elaborated a referral project of these patients to the Multidisciplinary Pain Unit.

It denotes that to attend this Nursing Specialization Course as awaken my adaptive capacity to different ways of thinking and acting and the creativity to problem solving in contexts so different from my daily practice, having planted in my mind the will to develop new projects in the specific knowledge area of pain in the burn survivor and family.

Keywords: pain, burn survivor, nursing care

## Agradecimentos

A realização desta especialidade e respetivo relatório só foram possíveis devido ao apoio incondicional de algumas pessoas a quem gostaria de deixar o meu profundo agradecimento.

Aos meus pais, por todo apoio demonstrado durante toda a minha vida e, em especial, durante este período em que me encontrei mais ausente das suas vidas;

Às Professoras Manuela Madureira e Patrícia Pontífice de Sousa, pela sua disponibilidade e orientação;

Aos Enfermeiros Ana Sofia Rocha e Luís Abrantes, pelas orientações durante a realização dos estágios;

Às Enfermeiras Amélia Matos, Carla Raposo e Sueli Lindinho, por estarem sempre disponíveis para o esclarecimento de qualquer dúvida e pelo incansável apoio;

Aos meus chefes, Ana Paula Prata e Luís Marques, pela disponibilidade na organização dos horários de trabalho, de modo a poder terminar da melhor forma a especialidade;

Às Dras Teresa Fontinhas, Luzalba Pereira e Ana Mendes, pelos esclarecimentos prestados durante a realização dos projetos;

Aos meus meus colegas de trabalho, em especial Sónia, Marta, Sofia, Cátia, Bruno, Inês, Maria, Cláudia, Ana I., Marisa, Turé, Maria João, Ana S., Rosário, Raquel, Sandra pela ajuda na organização dos turnos, mesmo quando ficaram sobrecarregados para que eu pudesse cumprir um sonho;

Aos meus colegas de turma, pelo companheirismo;

À Catarina, à Cristina, à Liliana e à Margarida pela amizade sempre demonstrada nos momentos mais difíceis;

Aos meus amigos Elvira, Elsa, Sílvia, Jorge Miguel, Miguel, Rúben, Ana Cristina, Leonor, Sara, Cláudia, Paula, Joana sempre presentes mesmo quando estive ausente;

Ao Pedro, pelas dicas informáticas e por acreditar sempre em mim quando eu mais duvidei e nunca me deixar desistir.

Para a minha avó, a minha estrela no céu.

*A dor em geral é uma força maléfica que prejudica o doente, a família e a sociedade.*

Bastos, 2005

## Lista de abreviaturas e acrónimos

DGS: Direção Geral de Saúde  
ICS: Instituto de Ciências da Saúde  
OE: Ordem dos Enfermeiros  
ORL: Serviço de Otorrinolaringologia  
SO A: Serviço de Observação A  
SUC: Serviço de Urgência Central  
UCI: Unidade de Cuidados Intensivos  
UCP: Universidade Católica Portuguesa  
UMD: Unidade Multidisciplinar da Dor

## Índice

0-INTRODUÇÃO .....	1
1-ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	4
Um pouco de história .....	4
O controlo da dor como estratégia para a melhoria da qualidade de vida do Sobrevivente de Queimadura – Uma revisão da literatura .....	5
Enquadramento da problemática .....	5
Apresentação, análise e interpretação dos achados .....	9
2-ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A PRÁTICA .....	13
Módulo I – Serviço de Urgência .....	14
Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos (Módulo Creditado) .....	21
Módulo III (Opcional) - Unidade Multidisciplinar da Dor .....	25
3-CONCLUSÃO .....	33
4-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
5-APÊNDICES .....	39
Apêndice I: Póster: O Doente Vítima de Queimadura no SUC .....	40
Apêndice II: Sessão de Formação: Dor Neuropática no Sobrevivente de Queimadura .....	42

## Índice de Tabelas

Tabela nº 1: Características gerais dos estudos constituintes da amostra	8
Tabela nº 2: Achados dos estudos constituintes da amostra	9

## 0-Introdução

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na vertente de especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), está prevista a elaboração de um relatório com o intuito de dar visibilidade ao processo formativo desenvolvido durante a especialidade, sendo de especial relevância a construção do saber a partir de reflexões sobre as práticas, a descrição dos conhecimentos adquiridos e aprofundados e das competências desenvolvidas.

Este relatório tem como objetivo narrar e refletir sobre o percurso desenvolvido durante os estágios, através das intervenções realizadas e suportadas pela pesquisa desenvolvida, de acordo com o definido pelo Regulamento Geral do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional que *visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de Enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico* (UCP, 2012 Pág.: 9).

A Enfermagem moderna tem o seu início com Florence Nightingale, que, ao considerar as enfermeiras como um grupo de mulheres escolarizadas, profissionalizou um conjunto de saberes e atividades desde sempre praticada perante aqueles que necessitavam de auxílio na recuperação do seu estado de saúde.

Esta Enfermagem moderna pode subdividir-se em seis épocas, encadeadas entre si e que demonstram o desenvolvimento da profissão.

Na época do currículo, deu-se ênfase ao que as futuras enfermeiras deveriam estudar, como forma de uniformizar os currículos, bem como a deslocalização do ensino de Enfermagem de hospitais para universidades e faculdades. À medida que as enfermeiras procuram uma formação mais elevada, dá-se a transição para a época da investigação, em que começam a participar na investigação, sendo que esta é vista como o caminho para um novo conhecimento. Quase imediatamente surge a época do ensino graduado, onde se verifica a criação de cursos de mestrado devido à necessidade sentida pelos profissionais de obter uma formação especializada. Como consequência da época da investigação e o aumento do conhecimento, torna-se claro que é necessária teoria para o suportar, surgindo então a época da teoria. Mas a teoria tem que ser aplicada na prática e não pode deixar de evoluir, surgindo assim a fase contemporânea (Tomey, 2004).

O processo de desenvolvimento de competências pode ser, assim, definido como uma forma multidimensional e complexa de se consolidarem progressivamente as mesmas, sendo que se transformam através da conjugação da experiência profissional com o domínio do saber, que se torna cada vez mais necessário com a rápida evolução tecnológica e científica que se tem vindo a verificar no campo da saúde (Benner, 2001).

A resenha histórica comprova, a meu ver, não só a visão de Benner sobre a importância dos desenvolvimentos das competências para uma prestação de cuidados de Enfermagem de excelência como também a necessidade que a profissão de Enfermagem tem vindo a sentir de

evoluir e maturar conhecimentos que permitam uma satisfação das necessidades sentidas por doentes e famílias a seu cargo. O investimento dos profissionais no desenvolvimento de conhecimentos e competências torna-se premente, por forma a que os cuidados de Enfermagem que prestam sejam adequados a situações cada vez mais complexas, acompanhando, simultaneamente, a evolução tecnológica e científica que se tem vindo a verificar. Este avanço tecnológico e científico poderia colocar em causa a essência da profissão, o Cuidar, mas cabe aos profissionais de Enfermagem a nobre função de preservar a humanidade dos cuidados em situações em que este se encontra em risco, como a possibilidade de domínio da tecnologia e da burocracia, cada vez mais presentes na prática desta profissão (Watson, 2002; 2007).

Para que a promoção de cuidados de Enfermagem de excelência, alicerçados no Cuidar, seja sustentada pelo aprofundamento de conhecimentos e competências específicas a cada área de atuação, a Ordem dos Enfermeiros (OE) agregou-os em domínios concretos da Enfermagem, criando as diferentes especialidades definidas no Regulamento nº 122/2011.

Assim sendo, como a presente especialidade é na vertente Médico – Cirúrgica, e tendo em mente que uma grande percentagem dos cuidados médico-cirúrgicos são prestados à pessoa em situação crítica, pareceu-me relevante recordar como define a OE os cuidados a prestar a estes doentes. Segundo esta, são *cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua, à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total* (OE, 2010 Pág.: 1).

Desde que finalizei o Curso de Licenciatura em Enfermagem que senti necessidade de desenvolver conhecimentos e competências e o âmbito da Enfermagem Médico – Cirúrgica foi o que sempre me despertou maior interesse, uma vez que abrange uma vasta área da minha atividade profissional diária. No ano de 2013 surgiu a oportunidade de realizar o referido desenvolvimento de competências, com a ingressão no presente curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

A escolha desta área orientou-se pelas noções de que *o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permitem compreender e respeitar os outros (...)* e que *a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel (...)* desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proativo no seu projeto de saúde (OE, 2010). Também o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) foi importante na orientação da referida seleção, quando define que um *enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem foi atribuído o título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade* (REPE, 2012 Pág.: 15).

Assim, tendo em mente estes dois documentos essenciais para a prática da Enfermagem e a vasta abrangência de cuidados da área Médico-Cirúrgica, esta escolha pareceu-me a mais

adequada para poder conjugar a experiência profissional com os conhecimentos e competências a adquirir.

O eixo estruturante selecionado para o desenvolvimento da especialidade e elaboração do presente relatório foi a continuidade de cuidados ao Doente Vítima de Queimadura, desde a admissão no Serviço de Urgência (Módulo I), internamento na Unidade de Cuidados Intensivos (Módulo II – Creditado) e cuidados após a alta (Módulo III – Unidade Multidisciplinar da Dor).

A unidade curricular Estágio, de acordo com o plano de estudos, totaliza 540 horas. Dessas, 180 foram creditadas, em linha com o Decreto-Lei 74/2006 de 24 de Março, artigo 45º, número 1, alínea c), correspondentes ao Módulo II – Cuidados Intensivos, dado que desempenho a minha atividade profissional há 9 anos na Unidade de Queimados de um Hospital Central de Lisboa.

A escolha do Hospital Central de Lisboa onde desempenho a minha atividade profissional para o desenvolvimento dos Estágios deveu-se a vários fatores, nomeadamente o fato de ser um hospital de referência na prestação de cuidados de saúde de última linha, na promoção da formação contínua, pré e pós graduada, bem como o fato de nela desejar permanecer, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e família aqui internada.

As restantes 360 horas subdividiram-se em dois estágios de 180 horas cada, sendo que o primeiro foi desenvolvido no Serviço de Urgência do referido hospital, entre 28 de abril e 21 de junho de 2014, com o objetivo de desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados de Enfermagem especializados ao doente crítico e família no Serviço de Urgência.

O último estágio correspondeu ao Módulo III, Opcional, cuja escolha recaiu sobre a Unidade Multidisciplinar da Dor (UMD) e decorreu entre 9 de setembro e 22 de outubro de 2014, tendo como objetivo desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados de Enfermagem especializados ao doente com dor crónica e família na UMD.

O desenvolvimento das competências e conhecimentos necessários à realização da especialidade foram suportados por pesquisa bibliográfica e revisão da literatura, permitindo a elaboração deste relatório, que será subdividido em capítulos, para uma melhor organização e leitura. O primeiro capítulo consiste num enquadramento teórico sobre a temática em análise e inclui a revisão da literatura realizada, de acordo com a metodologia PI[C]OS, cujas conclusões servirão de suporte para as reflexões sobre a prática referentes a cada estágio. O segundo capítulo engloba descrições sobre as experiências vividas, diagnósticos levantados e intervenções aplicadas e consequentes avaliações, bem como as dificuldades sentidas, numa metodologia descritiva e reflexiva.

As referências bibliográficas serão elaboradas de acordo com a norma NP405.

## 1-Enquadramento Teórico

### Um pouco de história

A evolução da adequação do tratamento das queimaduras e das repercussões que provocam, não só ao nível da pele, mas ao nível de todo o organismo, tem sido um importante caminho percorrido na melhoria dos cuidados e sobrevida destes doentes (Maciel, 2004).

Durante muitos anos, tratar e cuidar de Doentes Vítimas de Queimadura foi considerado não gratificante e a queimadura uma patologia esquecida, o que originava o desconhecimento que pautou, durante anos, os cuidados a que estes doentes eram submetidos (Echinard, 2012).

É, essencialmente, durante a primeira metade do Século XX que se situa a história do tratamento das queimaduras, com o início das publicações de trabalhos sobre este tema, motivadas pela catástrofe do Teatro Rialto, New Haven, em 1921, onde foram hospitalizadas 21 pessoas com queimaduras graves, o que permitiu a Frank Underhill, pioneiro do estudo destes traumatismos, compreender fatos tão importantes como a influência da reanimação hídrica na diminuição da hemoconcentração e consequente sobrevida destes doentes (Echinard, 2012).

Também a II Guerra Mundial se constitui como uma fonte de trabalhos americanos e britânicos acerca das queimaduras, uma vez que, como afirma J. E. Sheehan, em 1943, *é uma guerra travada com máquinas que funcionam a gasolina*. Nesta altura, surgem trabalhos sobre a fisiopatologia e o tratamento da queimadura, nomeadamente, a melhoria das regras de perfusão de soros, a criação de tabelas de avaliação da área queimada e a importância da cobertura, com enxertos, de áreas queimadas superiores a 15%, para controlo da infeção (Echinard, 2012).

É ainda nesta altura que surge uma referência para os jovens doentes vítimas de queimaduras: A. McIndoe, responsável pelos comandos da Royal Air Force, será pioneiro no tratamento das queimaduras por eliminar a lavagem com ácido tânico. Este teria sido introduzido por T. Davidson, em 1925, para a limpeza e desinfeção das queimaduras, mas McIndoe acaba por o relacionar com infeções que verifica nas queimaduras, e introduz a lavagem com soro fisiológico, melhorando o número de infeções verificadas. Torna-se também uma referência para estes jovens porque foi capaz de lhes restituir a vontade de viver, através da reconstrução de faces e mãos destruídas pelas queimaduras (Maciel, 2004; Echinard, 2012).

Através de dados estatísticos dos estudos de Bull & Squire (Echinard, 2012 Pág.: 11) é possível verificar a evolução da sobrevivência de doentes vítimas de queimadura. Enquanto que, em 1931, doentes com 20% de área corporal queimada morriam, após a II Guerra Mundial, a mortalidade atingia os que tinham áreas corporais queimadas superiores a 60%. Apesar de tudo, são necessários 68 anos para que seja fundada por Serge Baux, em França, a Sociedade Francesa para o Estudo das Queimaduras (Echinard, 2012).

A década de 40 e a II Guerra Mundial tornam-se, assim, uma etapa fulcral na evolução dos tratamentos das queimaduras a nível mundial, com a realização de inúmeros congressos na América do Sul, subordinados ao tema das queimaduras, durante a referida década (Maciel, 2004).

Desde então, muitas foram as evoluções tecnológicas que permitiram a melhoria dos cuidados ao Doente Vítima de Queimadura, nomeadamente ao nível de material para as cirurgias, como, por exemplo, o Dermátomo de Pagett, que vem permitir os desbridamentos das áreas queimadas e a colheita de pele de forma mais adequada, bem como o aperfeiçoamento de tratamentos tópicos anti-microbianos até ao surgimento da Sulfadiazina de Prata (1968), que marca o início de uma nova etapa no tratamento das queimaduras e que se mantém como referência até aos dias de hoje (Echinard, 2012).

Segundo Meyer *et al*, in Herndon (2002; Pág.: 747) a palavra **queimadura** provoca em quem a ouve imagens de sofrimento e dor insuportáveis. Esta última é a queixa mais frequente nas Unidades de Queimados e os profissionais de Enfermagem que aqui exercem a sua profissão devem estar-lhe especialmente atentos pois é uma experiência complexa e dependente de interações entre variáveis físicas, psicológicas, espirituais e sociais.

Se até há bem pouco tempo, o tratamento das queimaduras estava pouco desenvolvido, tendo tido o seu pico durante a II Guerra Mundial, o controlo da dor nestes doentes tem sido um desafio para quem deles cuida. De acordo com Echinard (2012, Pág.: 133), em 40 anos de evolução no tratamento das queimaduras, muito pouco é possível encontrar em relação ao tratamento e controlo da dor do Doente Vítima de Queimadura. Este fato contribui para que quem inicia as suas funções em Unidades de Queimados sinta alguma dificuldade em encontrar normas e protocolos por onde se nortear, pois estes são escassos, mudam de uma unidade para outra e são frequentemente baseados mais em tradições e experiências profissionais do que em bases científicas (Echinard, 2012). Se a este fato for associada a elevada variabilidade da dor que o doente reporta em diferentes fases do dia e ao longo do internamento, e a incapacidade de se observar esta mesma dor, torna-se, por vezes, um desafio difícil de superar para os profissionais que cuidam destes doentes (Henderon, 2002).

Com base na dificuldade sentida em encontrar dados científicos para alicerçar a minha atuação no controlo da dor nestes doentes e, conseqüentemente, compreender a sua importância na melhoria da qualidade de vida, recuperação e reinserção destes sobreviventes na vida social e ativa, foi desenvolvida uma revisão da literatura sobre o tema em causa, que se apresenta de seguida.

## O controlo da dor como estratégia para a melhoria da qualidade de vida do Sobrevivente de Queimadura – Uma revisão da literatura

### **Enquadramento da problemática**

As queimaduras dão origem a uma das formas mais intensas de sensação nociceptiva devido à lesão térmica que provocam nos órgãos sensoriais da pele, lesão essa que resulta numa inflamação aguda das camadas afetadas. Relativamente às queimaduras mais superficiais, verifica-se apenas algum eritema ou a criação de flictenas, sem grandes danos ao nível da derme ou órgãos sensoriais, sendo por isso mais dolorosas mas de rápida cicatrização. No caso das

queimaduras mais profundas, de segundo grau profundo e terceiro grau, verifica-se envolvimento das camadas mais profundas da derme e respetivos recetores sensoriais, sendo habitualmente menos dolorosas, pois dá-se uma destruição dos recetores térmicos cutâneos. À medida que o doente é submetido a tratamentos diários de limpeza e pensos, bem como a cirurgias de desbridamento e enxertos, dá-se uma sensibilização e reorganização dos recetores térmicos cutâneos, dos neurónios do corno posterior da medula, bem como o aumento do número de recetores nocicetivos (Fishman *et al*, 2010).

O fenómeno anteriormente descrito denomina-se plasticidade dos recetores cutâneos e origina uma dor que não cessa com a total cicatrização da queimadura. Dauber, A., citado por Fishman, refere que cerca de 52% dos sobreviventes de queimadura afirmam sofrer dores após a alta, dor essa que não está apenas associada aos procedimentos dolorosos, como a reabilitação funcional, mas também a fenómenos de alodinia e hiperalgesia associados à plasticidade desenvolvida pelos recetores nocicetivos (Metzeger *et al*, 2002; Fishman *et al*, 2010).

A dor, que na fase aguda da queimadura tem a sua origem nos procedimentos dolorosos e na queimadura em si, passa a ser, após a alta, uma dor crónica, de tipo neuropático, que surge como consequência direta de uma lesão ou patologia que afeta o sistema somatosensorial, alterando a excitabilidade dos neurónios do corno posterior da medula. É descrita, tipicamente, como queimadura, parestesia ou choque e pode ou não ser lancinante. Associados à dor neuropática, surgem fenómenos de alodinia, que se caracteriza por uma sensação dolorosa resultante de um estímulo que habitualmente não provocaria dor e surge em locais circundantes à lesão, mas não lesionados. Outro fenómeno associado à dor neuropática denomina-se por hiperalgesia e consiste numa resposta exacerbada a um estímulo doloroso. Subdivide-se em hiperalgesia primária, se ocorrer no local da lesão e estiver relacionada com os mecanismos que envolvem os neurónios aferentes; ou hiperalgesia secundária, se o estímulo for evocado em locais circundantes à lesão e envolver os mecanismos relacionados com os neurónios eferentes (Fishman *et al*, 2010).

Os tratamentos a que o Doente Vítima de Queimadura é submetido são realizados sob forte medicação opióide, o que conduz a um outro fenómeno que o autor denomina de hiperalgesia induzida por opióides, em que a exposição prolongada a doses elevadas destes medicamentos pode resultar em dor paradoxal devida à sensibilização central provocada, ou seja, facilita a transmissão do impulso nervoso em vez de o inibir (Fishman *et al*, 2010).

Qualquer um destes fenómenos associados à dor neuropática tem um impacto negativo no dia a dia do Doente Vítima de Queimadura, podendo ser comparado às patologias cardíacas ou oncológicas, quando nos referimos à influência negativa que podem ter nas diversas áreas da vida do doente, agravando-se por ser incompreendida, não diagnosticada e não tratada. O controlo da dor nestes doentes torna-se vital, como fator preponderante para a melhoria da capacidade funcional e estado psicológico, aumento da qualidade de vida e reinserção bem sucedida na sociedade e na vida ativa (Fishman *et al*, 2010).

Para compreender o impacto dos fenômenos anteriormente descritos e a importância das intervenções farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor no Sobrevivente de Queimadura e promoção da qualidade de vida, foi definida a seguinte questão de investigação:

Quais as intervenções farmacológicas e não farmacológicas que promovem o alívio da dor no Sobrevivente de Queimadura e que melhoram a qualidade de vida após a alta?

Com esta questão, pretende-se dar resposta a questões secundárias como Qual a importância da adequação do regime terapêutico para o controlo da dor? Quais as intervenções de Enfermagem que contribuem para o controlo da dor? Qual o impacto da dor no Sobrevivente de Queimadura?, com o objetivo de determinar a melhor evidência científica em relação ao alívio da dor no Sobrevivente de Queimadura, esclarecendo as relações entre as atuações e consequências para o referido alívio e melhoria da qualidade de vida.

Foram, posteriormente, definidos os termos-chave para a pesquisa em bases de dados científicas, de acordo com a lista proposta pelo Decs<sup>1</sup>:

*Atuação do pessoal de Enfermagem, Queimadura, Dor crónica/neuropática.*

Recorri à metodologia PI[C]OS: Participantes (e situação clínica), Intervenções, Resultados (Outcomes) e Tipo de Estudo (Study) para obter os textos constituintes da amostra, cujas características gerais se encontram resumidas na Tabela nº 1.

Como critérios de inclusão, defini artigos escritos nos idiomas português, inglês e castelhano, gratuitos, que versassem sobre o tratamento farmacológico e não farmacológico da dor crónica no doente vítima de queimadura, sem limite de data de publicação e foram excluídos textos escritos em qualquer outro idioma ou que versassem acerca da dor aguda nestes doentes.

A pesquisa foi realizada em três bases de dados científicas: PubMed, Scielo e Lilacs entre abril e novembro de 2014, com recurso apenas ao operador booleano AND, pois o que pretendia era obter artigos que conjugassem os três descritores definidos à priori.

Obtive cinco artigos dos quais apenas dois estavam disponíveis na sua totalidade. Dos restantes três apenas estavam disponíveis os resumos, pelo que considerei este fato uma limitação para a realização da revisão.

---

<sup>1</sup>Descritores em Ciências da Saúde

Tabela nº 1: Características gerais dos estudos constituintes da amostra

<b>Estudo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Desenho</b>
Silva, B. <i>et al</i> (2011). Participação da equipa de enfermagem na assistência à dor do paciente queimado	Dados recolhidos através dos estudos	Descrições e reflexões da participação da equipa de Enfermagem na assistência à dor do doente queimado	Refletir sobre a participação da equipa de Enfermagem na assistência à dor do doente queimado	Descritivo com análise qualitativa
Carrougher, G.J. <i>et al</i> (2003). Comparison of patient satisfaction and self-reports of pain in adult burn-injured patients	84 doentes queimados	Relatórios bissemanais sobre o pico de dor e a dor média, a satisfação com o plano terapêutico	Perceber se a satisfação dos doentes relativamente ao plano terapêutico é superior nos doentes com níveis de dor mais baixos ou nos doentes com um plano terapêutico mais adequado	Estudo prospetivo e comparativo
Choinière M. <i>et al</i> (1991). ). Pain and paresthesia in patients with healed burns: an exploratory study	104 doentes queimados entrevistados um ano ou mais após a alta	Entrevistas estruturadas, realizadas telefonicamente	Perceber a prevalência e características das sensações de dor e parestesia nos doentes queimados após a alta	Estudo quantitativo
Dauber, A. <i>et al</i> . (2002). Chronic persistent pain after severe burns: a survey of 358 burn survivors	358 respondentes de 1500 membros da Phoenix Society for Burns Survivors	Respostas aos inquéritos realizados	Determinar a prevalência, características e efeitos da dor crónica, persistente, em sobreviventes de queimaduras	Análise quantitativa de conteúdo
Gray, P. <i>et al</i> (2011). Pregabalin in severe burn injury pain: A double-blind, randomized placebo-controlled trial	Doentes entre os 18 e os 65 anos com área queimada igual ou superior a 5% e com dor igual ou superior a 4	Resultados de um conjunto de 3 componentes: -Neuropathic Pain Scale -Escala numérica da dor associada aos procedimentos dolorosos -Avaliação dos efeitos secundários, numa escala de 4 pontos (nenhum, ligeiros, moderados, intensos)	Avaliar se o uso de pregabalina, quando comparado com placebo, diminui a presença de dor aguda durante os procedimentos e se tem efeitos na existência de dor aos 6 meses	Estudo quantitativo, randomizado com dupla ocultação

## Apresentação, análise e interpretação dos achados

No seguimento da revisão da literatura, realizei uma leitura dos artigos e resumos a que foi possível aceder, a fim de identificar e interpretar os dados relevantes de cada um deles para o estudo em questão, com os quais elaborei a Tabela nº 2 para facilitar a consulta dos mesmos. Por forma a enriquecer a interpretação dos achados, submeti a análise não só os estudos constituintes da amostra, mas outros sobre a mesma temática que, embora não cumprissem os critérios de seleção, considerei pertinentes para a discussão.

Tabela nº 2: Achados dos estudos constituintes da amostra

<b>Estudo</b>	<b>Achados</b>
Silva, B. <i>et al</i> (2011).	O prognóstico do quadro algico está relacionado com a forma como a dor é levada em consideração pelos profissionais de Enfermagem; A participação da equipa de Enfermagem é fundamental para o processo de controlo da dor e pode influenciar a eficácia das técnicas de alívio da dor; As intervenções não farmacológicas potenciam as intervenções farmacológicas; Os profissionais de Enfermagem entrevistados sentem necessidade de maior formação na área de controlo da dor.
Carrougner, G.J. <i>et al</i> (2003)	A satisfação dos doentes em relação ao plano terapêutico está relacionada com níveis de dor mais baixos durante os procedimentos; Os doentes têm noção que a total ausência de dor é um objetivo irrealista.
Choinière M. <i>et al</i> (1991)	82% dos entrevistados referiu sensações de formigueiro, rigidez, sensação de frio ou calor e dormência e 35% refere dor nas áreas cicatrizadas; Estas queixas estão relacionadas com a extensão da queimadura e a existência de enxertos cutâneos.
Dauber, A. <i>et al.</i> (2002).	52% dos respondentes mantém dor no local da queimadura; 55% refere que a dor interfere nas atividades de vida e 66% refere que a dor interfere na reabilitação; Os fatores que exacerbam a dor incluem o frio, atividades físicas, contraturas, depressão e memórias do acidente; Os fatores que aliviam a dor incluem o repouso, medicação, apoio da família, amigos, crenças e os enfermeiros; Os autores concluíram que a dor associada às queimaduras continua a ter impacto nas vidas dos doentes muito depois da alta.
Gray, P. <i>et al</i> (2011).	A pregabalina, quando usada no início do internamento, é útil no controlo da dor aguda e permite, se uso continuado, um controlo multimodal da dor neuropática após a alta; A dor crónica de tipo neuropático caracteriza-se por ardor, calor, dormência.

Abordar o tema do controlo da dor no Sobrevivente de Queimadura implica conhecer a sintomatologia que apresentam e de que forma interfere com a sua recuperação e desempenho das rotinas do dia a dia.

Apesar de escassas começam a surgir, na década de 90, referências a uma diversidade de sintomas que os sobreviventes de Queimaduras referem constituir um entrave à sua recuperação

após a alta. No seu estudo exploratório acerca de dor e parestesia em sobreviventes de queimaduras, Choinière *et al* (1991) descrevem um conjunto de sintomas que os entrevistados referem sentir nas cicatrizes e que, mais tarde, vêm a ser confirmados por Dauber *et al* (2002), como sendo incapacitantes na reabilitação e retoma das atividades diárias destes doentes. Os sintomas incluem formigueiro, rigidez, dormência, frio ou calor e mesmo dor, são característicos da dor crônica de tipo neuropático e que Gray *et al* (2011) concluem posteriormente que resultam dos danos nos nociceptores cutâneos. Estes últimos constataram ainda que a utilização de gabapentina e o seu análogo, a pregabalina, parece ter resultados positivos no controlo da dor associada aos procedimentos, potenciando o efeito de analgésicos e opióides utilizados durante os procedimentos dolorosos realizados ao longo do internamento e reduzindo a incidência de dor crônica de tipo neuropático aos seis meses de cicatrização das queimaduras.

Na sua obra *Total Burn Care*, Henderon (2002, Pág.: 749) refere-se a estes sintomas como resultantes da reorganização neuronal e vascular que se inicia cerca de cinco a seis semanas após o enxerto cutâneo, ou cerca de seis meses após a cicatrização da queimadura por segunda intenção e pode permanecer ao longo do tempo, com graves consequências a nível físico, psicológico, social e espiritual. Estas conclusões vão ao encontro dos achados de Dauber *et al* (2002), que através dos seus inquéritos a sobreviventes de queimaduras, obtêm ainda dados que remetem para a ideia de que a dor é um processo complexo, que envolve não só fatores fisiológicos mas também espirituais, psicológicos e sociais e que o seu alívio depende, em grande medida, de um equilíbrio entre todos eles e a medicação adequada, afirmando ainda que situações como a depressão ou as memórias do trauma do acidente podem ser suficientes para despoletar o descontrolo da dor. Também Silva *et al* (2011) ressaltam a importância do equilíbrio entre as diferentes esferas do indivíduo para uma correta adesão terapêutica, pois só assim se consegue uma correta compreensão sobre se o caminho escolhido é o mais adequado para o controlo da dor.

Os supracitados autores confirmam os achados de Dauber *et al* (2002) no que concerne à influência das diferentes esferas que compõem o indivíduo no controlo da dor, reforçando a ideia de que estas têm o poder de forçar o aparecimento de picos dolorosos ou promover o seu controlo, consoante exista equilíbrio ou não, concluindo que a dor pode mergulhar o doente num ciclo vicioso o qual se pode sentir incapaz de romper.

Paralelamente, Carrougher *et al* (2003) concluíram que os sobreviventes de queimaduras têm consciência que a total ausência de dor é um objetivo utópico, mas que um controlo eficaz advém, não só de uma adequação do regime terapêutico, mas também de um grau de dor inferior aquando da realização dos diversos procedimentos durante o internamento, conclusões essas que vêm a ser confirmadas por Gray *et al* (2011), nos seus estudos acerca do controlo da dor através do uso de pregabalina numa fase precoce do internamento, e referenciadas por Echinard (2012), quando afirma que a dor associada aos procedimentos será melhor controlada, quanto melhor for o controlo da dor contínua que o doente sente durante o internamento, e que a conjugação destes dois fatores podem contribuir para um menor grau de dor crônica, numa fase posterior da recuperação.

No que respeita aos profissionais de Enfermagem, os achados de Silva *et al* (2011) confirmam a necessidade que estes sentem de compreender como fatores psicológicos ou sociais, como o apoio de familiares e amigos, podem ser recrutados, para reforçar a ajuda prestada aos doentes a seu cargo, rompendo com os limites da atuação tecnicista e indo mais além, oferecendo o apoio necessário para que o doente seja capaz de desenvolver, por si, mecanismos de controlo da dor. Esta opinião já anteriormente tinha sido defendida pelo estudo de Dauber *et al* (2002).

Desta forma, consegue-se chegar às conclusões de Silva *et al* (2011), quando afirmam que as intervenções farmacológicas no controlo da dor devem ser indissociáveis das estratégias não farmacológicas como psicoterapia, distração cognitiva e outras que permitam o equilíbrio das diferentes esferas do indivíduo, para que tal controlo seja potenciado. Os autores referem que se o doente não estiver focalizado na dor, mas sim em algo mais agradável e possuir um suporte familiar e social adequado para ultrapassar esta fase, consegue obter o efeito analgésico desejado da terapêutica. Defendem ainda que, apesar da dor ser uma experiência subjetiva, dependente das características de cada um, a importância que os profissionais de Enfermagem lhe reconhecem constitui um fator de bom prognóstico no seu controlo, pois atuam como sendo algo real e não como fruto da sua imaginação e forma de procura de atenção (Silva *et al*, 2011).

Ainda referente ao estudo de Silva *et al* (2011), verifica-se que há um conhecimento teórico insuficiente acerca das diferentes estratégias de controlo da dor nestes doentes, insuficiência essa que é sentida pelos entrevistados, quando referem que os cursos de Enfermagem parecem não estar a preparar Enfermeiros para o controlo da dor. Esta preocupação parece ter por base o fato de serem os profissionais de Enfermagem quem administra o tratamento e dispense grande parte do tempo junto do doente, conhecendo-o e às suas reações à dor e controlo. Como tal, deverão dominar a terapêutica que administram, pois são uma valiosa fonte de informação para o doente.

De acordo com a OE (2008), o controlo da dor é um objetivo prioritário pois interfere na qualidade de vida de cada um. É fundamental que exista um compromisso de avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento da dor, por forma a que se consigam atingir as desejadas boas práticas nos diferentes contextos de intervenção da equipa de Enfermagem. O profissional de Enfermagem que lidera esta equipa tem o dever de saber adequar a avaliação e intervenções no controlo da dor, pelo que as necessidades de aumento do conhecimento teórico devem ser colmatadas, por forma a que estas estratégias sejam adaptadas da melhor forma. Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a qualidade do sistema de registos é de vital importância para a continuidade dos cuidados (OE, 2008, Silva *et al*, 2011).

Estes autores defendem ainda o que é preconizado pela OE (2008, Pág.: 11), quando afirmam que é importante que se eliminem mitos, falsos conceitos e informação desadequada que impedem o correto uso de medicação analgésica, nomeadamente o vício associado à utilização de opióides a longo prazo. Estes podem impedir que os profissionais atuem com confiança, destruindo o poder que detêm de ajudar o doente a desenvolver esperança na eficácia da analgesia e na capacidade de se re-inserir na vida social e ativa.

Ao longo desta análise fui confrontada com a escassez de material científico acerca da dor crónica, de tipo neuropático, nos sobreviventes de queimadura, o que me levou a concluir que é urgente pesquisar e publicar dados acerca da dor crónica de tipo neuropático que afeta o sobrevivente de queimadura, por forma a que, alicerçados nestes conhecimentos, os cuidados prestados sejam de excelência, com ganhos a nível da sua qualidade de vida e na diminuição do impacto económico que a dor pode originar, através da redução absentismo laboral e dos custos a ele associados.

## **2-Análise reflexiva sobre a prática**

O plano de estudos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (2012) define objetivos e competências que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve desenvolver, nomeadamente na área da assistência de Enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave e em estado crítico. Para tal, estão contempladas 540 horas para a concretização da unidade curricular Estágio, que se subdivide em três módulos de 180 horas cada um.

Este capítulo versará sobre as situações vivenciadas durante os estágios no SUC e na UMD de um Hospital Central de Lisboa, realizados respetivamente entre 28 de abril e 21 de junho de 2014 e 9 de setembro e 22 de outubro de 2014, bem como as competências adquiridas e conhecimentos aprofundados, sob a forma de análises reflexivas sobre a prática clínica. Será composto por 3 subcapítulos, organizados de acordo com o eixo condutor do percurso efetuado pelo Doente Vítima de Queimadura, desde a admissão no Serviço de Urgência até ao momento da alta. Como referido na introdução, as 180 horas correspondentes ao Módulo II – Cuidados Intensivos foram creditadas, uma vez que desempenho a minha atividade profissional há 9 anos na Unidade de Queimados, sendo que num dos subcapítulos apresentarei uma reflexão sobre a experiência adquirida neste serviço e que me conferiu conhecimento aprofundado e competências desenvolvidas num domínio específico da Enfermagem, que se traduziam num conjunto de competências especializadas relativas ao campo específico da interação com o Doente Vítima de Queimadura

Desenvolver competências unicamente através da aquisição de conhecimentos teóricos revela-se insuficiente, tal como defendem Silva & Silva (2004). As reflexões sobre a prática clínica constituem o guia orientador do caminho a seguir para a exploração e adequação de competências de acordo com as necessidades diagnosticadas nos diferentes cenários de atuação. Estes autores afirmam ainda que as competências só existem quando é possível observá-las nos contextos de prática clínica, dado que a articulação entre a formação teórica e prática, realizada no âmbito de estágios, permite ao profissional de Enfermagem desenvolver a sua capacidade de resolução de problemas, adequado-a a cada situação experienciada.

No que se refere às competências adquiridas através da prática, os autores supracitados referem que a valorização das experiências e as reflexões críticas acerca das mesmas constituem um vantajoso contributo para o percurso de desenvolvimento profissional. Para tal, o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa visa uma formação de tipo andragógica, em que é preconizada a aquisição e desenvolvimento de competências através de uma aprendizagem proativa. Concordo com Knowles (2009) quando afirma que este método é uma forma de desenvolvimento pessoal, em que cada um aprende a partir das experiências de vida e cujo foco é a resolução imediata de problemas do ambiente envolvente. Aprender a lidar com situações desconhecidas, saindo da

minha zona de conforto, agitando pensamentos e atuações pré-concebidas, e refletindo acerca das mesmas, permitiu-me aprofundar conhecimentos e desenvolver competências, obtendo o reconhecimento perante os pares e restante equipa de saúde.

Com base nas afirmações de Silva & Silva (2004) e Knowles (2009) e para poder fazer face à rápida evolução tecnológica e científica que se tem vindo a verificar no âmbito dos cuidados de Enfermagem, tornou-se, para mim, evidente que adquirir conhecimentos de uma forma mais sistematizada, aplicá-los numa prática clínica longe da habitual e realizar reflexões acerca da mesma constitui-se como o caminho a tomar para quem deseja prestar cuidados de Enfermagem de excelência com vista à obtenção de ganhos de saúde para doentes e famílias a vivenciarem processos de doença crítica e/ou falência multiorgânica.

Seguidamente, serão apresentados os sub-capítulos referentes a cada módulo e respetivas reflexões, seguindo o eixo condutor do percurso efetuado pelo Doente Vítima de Queimadura, desde a admissão no Serviço de Urgência até ao momento da alta.

## Módulo I – Serviço de Urgência

O Hospital Central de Lisboa que selecionei para a realização dos estágios tem mais de seis décadas de prestação de cuidados de saúde ao cidadão, de acordo com a sua capacidade e reponsabilidade, constituindo-se também como um centro de referência no ensino e formação pré e pós graduada. O SUC da referida instituição é um serviço de grandes dimensões aonde acorrem doentes com as mais variadas alterações do seu estado de saúde, sendo que as mais frequentes durante o meu período de estágio foram politraumatismos e descompensações do foro cardíaco, respiratório e metabólico.

Este SUC encontra-se dividido em áreas distintas, para permitir uma melhor organização e especificidade dos cuidados prestados, que consistem nas componentes ambulatória e de internamento do SUC. A componente ambulatória inclui três postos de triagem, duas salas de reanimação, I e II direccionadas respetivamente para doentes de trauma e medicina, sala de laranjas, amarelos - subdivididos em ortopedia, pequena cirurgia e especialidades –, verdes e sala de aerossóis. O Serviço de Observação A (SOA) corresponde ao internamento do SUC. Possui 16 camas, onde são admitidos doentes que aguardam por tempo operatório, vagas em serviços da especialidade ou apenas por observação pelas mesmas ou estabilização do seu quadro clínico para possível alta para o hospital de origem ou domicílio.

Quando um doente necessita de ser submetido a uma intervenção cirúrgica, esta é realizada numa das duas salas do Bloco de Urgência, mas se se revelarem insuficientes, existe a possibilidade de se utilizar uma terceira sala, sendo que durante o período diurno será ocupada a sala do Bloco Operatório Central que mais cedo ficar disponível e no período noturno será ocupada uma das salas do bloco de ortopedia, o mais próximo do Bloco de Urgência.

Durante o período que passei no SUC, este encontrava-se em remodelação por forma a englobar as urgências das especialidades de Oftalmologia e Otorrinolaringologia, centralizando assim os cuidados dos doentes que recorrem a este hospital.

A definição de Enfermagem de Urgência passa pela diversidade de doentes e patologias com que o profissional de Enfermagem se depara diariamente e que lhe exigem conhecimentos vastos e um conjunto de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento alargado (Sheehy, 2001). Os doentes que recorrem ao SUC são, numa primeira abordagem, avaliados e as suas queixas priorizadas de acordo com o Protocolo de Triagem de Manchester.

GRAU DE PRIORIDADE	COR DA PULSEIRA	MINUTOS DE SEGURANÇA PARA PRIMEIRA OBSERVAÇÃO MÉDICA
EMERGENTE	VERMELHO	IMEDIATO
MUITO URGENTE	LARANJA	Até 10 MINUTOS
URGENTE	AMARELO	Até 60 MINUTOS
POUCO URGENTE	VERDE	Até 120 MINUTOS
NÃO URGENTE	AZUL	Até 240 MINUTOS

Figura nº 1: Protocolo de Triagem de Manchester

(<https://www.saudecuf.pt/Content/Home/Triagem+de+Manchester>)

Compreender a diferença entre situações clínicas urgentes e emergentes torna-se essencial para o profissional de Enfermagem a exercer funções num Serviço de Urgência onde se aplica o protocolo acima citado. Assim sendo, e de acordo com a Rede Hospitalar de Urgência/Emergência (DGS, 2001), consideram-se situações clínicas urgentes todos os casos de alteração do estado de saúde de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de falência de funções vitais. As situações clínicas emergentes são todas as de estabelecimento súbito, em que se verifica a instalação ou risco de compromisso de uma ou mais funções vitais.

Inicialmente, em conjunto com o objetivo de prestar cuidados de Enfermagem especializados ao doente crítico e família no SUC, pretendi realizar um levantamento das necessidades de formação no SUC, de modo a poder definir a área onde poderia atuar no sentido de melhorar os cuidados prestados ao doentes crítico e família que acorre ao SUC. Por sugestão do Enfermeiro Chefe e da Enfermeira Orientadora, e de acordo com as necessidades reveladas pela equipa prestadora de cuidados de Enfermagem serviço, direcionei o objetivo para a melhoria dos cuidados de Enfermagem ao Doente Vítima de Queimadura no SUC.

### **Prestar cuidados de Enfermagem especializados ao doente crítico e família no Serviço de Urgência**

O tempo de estágio no SUC foi, maioritariamente, dividido entre o SOA e as Salas de Reanimação.

Conhecer as instalações, o circuito dos doentes, a alocação aos diferentes locais de prestação de cuidados e as normas e protocolos que guiam os profissionais deste serviço, foi essencial para a minha integração na equipa de prestação de cuidados.

Durante os primeiros turnos realizados no SUC, tive oportunidade de prestar cuidados a doentes que padeciam de patologias do foro cardíaco, respiratório e metabólico, com diagnósticos

de Fibrilhação Auricular, Bloqueio Aurículo - Ventricular, Enfarte Agudo do Miocárdio, Edema Agudo do Pulmão e Cetoacidose Diabética bem como a doentes do foro neurocirúrgico, nomeadamente, com Traumatismos Vertebro-Medulares, que foram internados no SOA.

Perante doentes com patologias tão pouco habituais na minha prática profissional diária, senti necessidade de realizar pesquisa bibliográfica aprofundada, que alicerçou a prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade, o desenvolvimento da capacidade de resposta simultânea, a definição de prioridades e a gestão desses mesmos cuidados. Esta base teórica permitiu-me, aquando da receção de um doente, elaborar a anamnese e a avaliação inicial, focando-me nos pontos mais importantes de cada situação, elaborar registos claros, concisos e pertinentes para a promoção da continuidade de cuidados a cada pessoa.

Das diferentes atividades de Enfermagem desenvolvidas no SOA para a prossecução do objetivo definido, destaco as que me pareceram mais pertinentes para a minha aprendizagem, nomeadamente no que se refere a relembrar e atualizar práticas, bem como à anteriormente referida capacidade de gestão de prioridades:

- ✓ Colaboração na realização de eletrocardiogramas e sua interpretação, tendo em vista a atuação precoce perante alterações;
- ✓ Vigilância apertada de alterações do estado de consciência em doentes com cetoacidose diabética e a realização de avaliações periódicas de valores de glicémias capilares e cetonúria;
- ✓ Administração de medicação em tempo útil, reduzindo a probabilidade de sequelas e promovendo a estabilização do estado clínico do doente;
- ✓ Acompanhamento de doentes aquando da realização de exames complementares de diagnóstico;
- ✓ Transferência de doentes para os serviços de internamento das especialidades;
- ✓ Transmissão de informação clara e pertinente a familiares/acompanhantes do doente.

Destaco também a promoção do conforto e da privacidade em situações específicas de doentes com patologia avançada, progressiva e terminal, que são encaminhados para o hospital por familiares, em momentos de descontrolo de sintomatologia que diminuem o conforto nas últimas horas.

Numa segunda fase do estágio, realizei turnos nas Salas de Reanimação I e II. O doentes que são encaminhados para o SOA provêm destas duas salas, pelo que as atividades anteriormente citadas foram igualmente desempenhadas nestes locais. No entanto, outras atividades de destaque foram realizadas nestas salas, nomeadamente:

- ✓ Prestação de cuidados especializados a doentes submetidos a ventilação invasiva;
- ✓ Apoio na realização de cardioversão e cuidados pós recuperação de ritmo sinusal;
- ✓ Administração de medicação opióide para controlo da dor durante a realização de procedimentos dolorosos e vigilância de efeitos secundários;
- ✓ Atuação perante intoxicações medicamentosas, nomeadamente, lavagem gástrica e administração de carvão ativado para redução da absorção.

Durante os turnos em que estive, com a Enfermeira orientadora, alocada a uma das Salas de Reanimação e em que não surgiram casos emergentes, estando estas salas sem doentes, tive oportunidade de prestar apoio à sala dos laranjas, o que me permitiu contactar com doentes com uma maior diversidade de patologias, nomeadamente imobilização de fraturas do colo do fémur, administração de terapêutica analgésica e vigilância de doentes com cólicas renais, limpeza e desinfeção de feridas incisivas, antes do encaminhamento dos doentes para a pequena cirurgia, e administração de vacina anti-tetânica e realização dos respetivos ensinamentos.

Outro posto de trabalho que me proporcionou um enriquecimento dos conhecimentos foi a triagem, onde observei a aplicação do Protocolo de Triagem de Manchester e da Via Verde Sépsis. É neste ponto que concordo com Benner (2001, Pág.: 203), quando afirma que um Enfermeiro dificilmente será perito em todas as áreas em que desempenha as suas funções. Mas, através da motivação para desenvolver e aprofundar conhecimentos, é possível adquirir um conjunto mais alargado de competências.

Estas premissas serviram de sustentação ao meu desempenho no SUC, e deram o mote para a pesquisa bibliográfica e aprofundamento dos conhecimentos apreendidos em sala de aula. Só desta forma me foi possível desenvolver a capacidade de avaliação precoce, diagnóstico e atuação perante situações de âmbito geral e/ou específico, em qualquer faixa etária, e avaliação das intervenções, que podem variar entre a realização de limpeza e desinfeção de uma ferida incisa à aplicação de medidas de reanimação, passando pelos ensinamentos ao doente e família, orientações adequadas e reconhecimento das implicações legais das intervenções.

Diversas foram as situações que tive oportunidade de testemunhar e participar durante o tempo de estágio no SUC, mas gostaria de destacar duas que me marcaram:

Num dos primeiros turnos que realizei na Sala de Reanimação II tive oportunidade de prestar cuidados a um doente vítima de acidente de viação (colisão de motociclo com veículo ligeiro). Encontrava-se muito agitado, ansioso, referindo queixas algóicas, sendo difícil a obtenção da sua colaboração com as equipas médicas e de Enfermagem. Apresentava fratura exposta da tibia e fratura da articulação tibiotársica, com deformação e cianose do pé. Foi administrada medicação analgésica (morfina e paracetamol), com pouco efeito. Após realização de exames complementares de diagnóstico, a equipa médica decidiu realizar redução cruenta e alinhamento das fraturas, sob efeito de fentanil 600 mg transmucoso, de modo a reduzir a dor e a probabilidade de sequelas até à intervenção cirúrgica necessária.

O doente mantinha-se ansioso, sem saber o que se iria passar, se corria o risco de perder o pé, com dores intensas, pelo que recorri à comunicação com o doente, transmitindo-lhe a informação necessária à administração do Fentanil transmucoso a fim de realizar o procedimento da melhor forma. Após estes ensinamentos conseguiu-se reduzir a ansiedade do doente e obter a sua colaboração na realização da redução cruenta das fraturas. Consequentemente, verificou-se uma diminuição das queixas e aumento do conforto até à cirurgia.

A opinião de Benner (2001) foi preponderante para a reflexão sobre a prática nesta situação. A citada autora refere que a proximidade dos Enfermeiros ao doente, as funções educativas, relacionais e as suas observações têm um papel preponderante na redução do stress

e incerteza, adaptação do doente à sua nova condição e promoção da sua saúde e qualidade de vida. Mobilizei também a teoria da Incerteza de Merle Mishel (Smith, 2014) para a referida reflexão, na medida em que a teoria proposta pela autora defende que a incerteza surge em situações de doença ambíguas, complexas e imprevisíveis em que o doente é incapaz de estruturar os seus pensamentos em relação à doença por não ter dados suficientes sobre a mesma. O que pretendi com a minha atuação foi compreender angústias e medos que assolaram o doente e que, através do ensino, da confiança demonstrada no tratamento e da informação transmitida, que deve ser clara e concisa, promover a redução desta incerteza e consequente stress.

Outra situação que destaquei para reflexão passou-se durante os turnos desempenhados no SOA e refere-se a um doente com Neoplasia do Pulmão em estado avançado e terminal que chegou ao SUC acompanhado pelos familiares, que tentavam obter algum alívio para o seu sofrimento.

O doente apresentava-se dispneico e não reativo a estímulos externos. Foi internado no SOA, com o intuito de iniciar perfusão de morfina, por forma a aliviar o sofrimento nos momentos finais e proporcionar uma morte tranquila e digna. Após a transferência do doente para a cama, iniciou-se um doloroso processo de puncionar um acesso periférico para a administração da referida perfusão, sendo que, se tal não fosse possível, e dado que a punção de um acesso periférico não constituía uma medida "life saving", a indicação médica foi a de colocar a perfusão por via subcutânea, de modo a não aumentar o sofrimento do doente.

A punção foi bem sucedida, ao fim de algumas tentativas, devido ao estado de caquexia e desidratação do doente, e a perfusão de morfina iniciada. Posteriormente, encaminharam-se os familiares para junto do doente, permitindo o acompanhamento nos seus momentos finais, bem como a possibilidade da despedida dos familiares, dentro da privacidade possível de um serviço tão caótico como pode ser o SOA.

Apesar de ser da opinião de que as várias tentativas de punção seriam desnecessárias e que se podia ter instituído a perfusão de morfina por via subcutânea, tive oportunidade de observar na prática o pensamento de Benner (2001), quando afirma que o profissional de Enfermagem deverá saber distanciar-se do seu modo habitual de pensar e agir com o objetivo de curar, e promover o respeito pela dignidade do doente, enfrentando a sua impotência perante a manutenção da vida e optando por melhorar a qualidade da mesma, nos últimos momentos passados no hospital, através de atitudes e comportamentos que permitam oferecer conforto nas últimas horas.

Esta situação ilustra, na minha opinião, um sentimento que muitas vezes surge espelhado nos rostos de profissionais de saúde, o sentimento de que se desistiu de um doente. Pode-se ultrapassar este sentimento se formos capazes de pensar que não desistimos do doente, mas sim direcionámos a nossa atenção e atuação da cura para a promoção do conforto destes doentes

Também aqui me parece pertinente referir a Teoria da Incerteza de Merle Mishel (Smith, 2014), na medida em que o doente não está sozinho, existe toda uma família que o rodeia e que

vê surgir nos seus pensamentos a incerteza relativa ao conforto e alívio dos sintomas, bem como em relação ao momento final. Esta incerteza pode surgir se os dados fornecidos pelos profissionais, aquando do internamento, forem incompletos. Assim, segundo a opinião da referida autora, os profissionais de Enfermagem têm em seu poder a capacidade de reduzir incertezas geradas na família, através da confiança demonstrada na eficácia dos análgicos administrados no aumento do conforto, da informação clara e concisa que lhes é oferecida e do ensino efetuado, nesta situação concreta, acerca da perda e do luto e como gerí-los de uma forma adequada e não patológica.

### **Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem ao Doente Vítima de Queimadura, no contexto do Serviço de Urgência.**

O incêndio no Teatro Rialto, em New Heaven, em 1921, constitui um marco na investigação realizada no âmbito da sobrevivência dos doentes vítimas de queimaduras e os estudos de Underhill relacionados com este marco histórico comprovam que uma reanimação hídrica adequada a cada vítima desempenha um papel essencial na sua sobrevivência, na medida em que promove a manutenção da irrigação de órgãos, impedindo a falência mutiorgânica. A evolução dos cuidados prestados a estes doentes permitiu que, atualmente, a mortalidade por queimadura nos países ocidentais esteja mais relacionada com os antecedentes clínicos das vítimas ou a sua idade do que com a profundidade ou extensão da queimadura (Greenhalgh, David, 2007; Echinard, 2012).

Desde a hora do acidente até ao internamento numa unidade de cuidados especializados para queimados podem decorrer várias horas, pelo que se torna crucial que o profissional de Enfermagem que desempenha a sua atividade no SUC seja dotado de conhecimentos que lhe permitam uma atuação adequada e atempada, melhorando o prognóstico destes doentes.

Nos primeiros turnos que passei no SUC consegui fazer o levantamento de oportunidades de formação no âmbito da receção do Doente Vítima de Queimadura e atuação dos profissionais, nomeadamente no cálculo das áreas queimadas, fluidoterapia e cuidados iniciais às feridas. As referidas oportunidades refletem a premissa de Benner (2001, Pág.: 203), que opina que um Enfermeiro dificilmente será perito em todas as áreas em que desempenha as suas funções.

Tais necessidades de formação foram-me também transmitidas por alguns colegas e pelo Enfermeiro Chefe, pelo que inicialmente ponderei realizar uma ação de formação sobre o tema em questão. No entanto, tal como já foi referido inicialmente, o SUC encontrava-se em reestruturação, de modo a poder albergar também Urgências de outras especialidades, e os profissionais de Enfermagem a realizar sessões de formação para a integração nessas mesmas especialidades, pelo que a disponibilidade do serviço para tal formação verificou-se ser diminuta.

Assim sendo, decidi elaborar um poster, com a colaboração da Dr<sup>a</sup> Ana Mendes, cirurgiã plástica e coordenadora da Unidade de Queimados, subordinado ao tema **O Doente Vítima de Queimadura no SUC** (Apêndice I) com o objetivo de transmitir algumas melhorias que me pareceram pertinentes introduzir na atuação dos profissionais de Enfermagem no SUC perante um Doente Vítima de Queimadura. Abordei pontos chave a considerar durante as primeiras horas

da fase aguda da queimadura, nomeadamente em relação ao cálculo da área queimada, essencial para a reanimação hídrica, bem como a adequação dos pensos a situações de transferência inter ou intra hospitalar. Este último ponto permitiu-me introduzir algumas sugestões de gestão de recursos materiais, dado que os pensos elaborados neste serviço constituem, na maioria das vezes, apenas uma proteção até que se consiga internar o doente numa unidade especializada, não sendo necessária a realização de pensos demasiado complexos e conseqüente consumo de recursos.

A elaboração de um póster com as indicações essenciais para a abordagem destes doentes constituiu-se, de acordo com a equipa de Enfermagem a prestar cuidados no SUC, como a melhor forma de transmitir estas informações a um grupo tão vasto de profissionais bem como perpetuar essa informação no futuro, contribuindo para a melhoria dos cuidados de Enfermagem prestados ao Doente Vítima de Queimadura, nas primeiras horas, enquanto aguarda transferência para uma unidade de tratamento especializado.

## Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos (Módulo Creditado)

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) surgiram na década de 50, em paralelo com a evolução científica e tecnológica de que os cuidados de saúde foram alvo. Esta evolução promoveu a sobrevivência de doentes que apresentam uma ou mais funções vitais comprometidas e que, de outra forma, morreriam. Tendo por base estas premissas, é possível definir as UCI's como "locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais", concentrando em si saberes, competências e tecnologias, tornando possível o cumprimento do objetivo das UCI's, suportar e recuperar as funções vitais e tratar a doença (DGS, 2003).

Os profissionais de Enfermagem que desempenham funções numa UCI devem acompanhar as evoluções científicas e tecnológicas, quer no campo da medicina quer no da Enfermagem, mantendo um espírito curioso e atento, bem como tendo sempre por base a consciência dos limites dos seus conhecimentos e que podem ir mais além destes (Benner, 2001).

Na Unidade de Queimados onde exerço a minha atividade profissional são admitidos Doentes Vítimas de Queimaduras que abrangem grandes áreas e/ou queimaduras de áreas nobres, como mãos, pés, face e genitais e queimaduras respiratórias. São também admitidos doentes com Síndrome de Lyell, que não sendo uma queimadura, comporta-se como tal.

A área de abrangência preferencial desta unidade corresponde a toda a região a sul do Tejo, mas frequentemente, recebemos doentes de todo o país. O Doente Vítima de Queimadura Pediátrico apenas é internado nesta unidade se as Unidades de Queimados Pediátricos estiverem lotadas.

Esta unidade é composta por 3 áreas distintas, relacionadas entre si: Unidade de Internamento com 5 quartos de isolamento, Bloco Operatório e Sala de Balneoterapia. O circuito do doente na Unidade inicia-se pela Sala de Balneoterapia, aquando da admissão, onde é submetido ao banho terapêutico inicial, para limpeza profunda de todas as áreas, por forma a obter-se uma correta visualização de todas as áreas afetadas, o que permite realizar a primeira avaliação da área queimada e a sua profundidade. Também nesta altura são realizadas as zaragatoas protocolares às áreas queimadas, por forma a identificar potenciais microorganismos patogénicos que já estejam a colonizar a ferida. Ainda durante o internamento, o doente pode ser submetido a banhos terapêuticos nesta Sala de Balneoterapia, sempre que se justificar.

Caso haja necessidade de realizar procedimentos, como Escarotomias e/ou Fasciotomias, aquando do processo de admissão, o doente é encaminhado para o Bloco Operatório. É também neste bloco que o doente é submetido a desbridamentos cirúrgicos e enxertos de pele, durante o seu internamento. Trabalhar nesta unidade torna-se desafiante, uma vez que, além das funções inerentes aos cuidados gerais, desempenho as funções de Enfermeira Circulante, de Apoio à Anestesia e Instrumentista sempre que o doente necessita de ser submetido às intervenções cirúrgicas supracitadas.

A Unidade de Internamento é composta por cinco quartos de isolamento, onde se realizam os cuidados de higiene e conforto ao doente e se elaboram os pensos, sob anestesia/analgesia/sedação, bem como a estabilização e pós operatório do doente. São estes

quartos que constituem o seu lar durante o internamento, que se pode prolongar por longos meses.

Nesta unidade, como em qualquer UCI, os profissionais de Enfermagem atuam em interdependência com a restante equipa de saúde, mas tendo sempre em mente a autonomia conferida pelo saber. Podem assemelhar-se a cuidados técnicos, desenvolvidos com a rapidez própria de quem atua de modo rotineiro, mas são prestados com a consciência ética e deontológica que lhes é devida, bem como o fato de se sustentarem em conhecimentos científicos e experiência adquirida no desenvolvimento da profissão. Como tal, os já referidos 9 anos de experiência profissional foram continuamente pautados por reflexões sobre a prática, o desenvolvimento do autoconhecimento de suporte à prática e a contínua procura pelo aumento e consolidação de conhecimentos teóricos.

Defendo a opinião de Benner (2001), quando afirma que a experiência e o domínio dos conhecimentos são essenciais para alcançar a especialização através da experiência, uma vez que os referenciais teóricos podem ser rígidos perante situações com nuances específicas e elementos não previstos que surgem na prática diária. São as referidas nuances, em conjugação com os contextos e significados atribuídos que permitem aos profissionais de Enfermagem desenvolver competências que possibilitam a sua atuação como peritos em determinadas áreas da prática profissional, fazendo uso da experiência, motivação e recursos materiais e humanos disponíveis para fazer frente a elementos não previstos.

Nas UCI's, os cuidados a prestar devem ser diferenciados, de acordo com as necessidades observadas, planeando, executando e avaliando a sua adequação às especificidades de cada doente e família, nas diferentes fases da doença. Como qualquer doente crítico, internado numa UCI, o Doente Vítima de Queimadura atravessa diversas fases, desde a fase crítica até à reabilitação e preparação para a alta. Como Enfermeira perita, perante a complexidade de cada situação, mobilizo conhecimentos e competências adquiridas ao longo de 9 anos de desempenho profissional nesta Unidade de Queimados, de acordo com a fase em que o doente se encontra.

Nos últimos 3 anos de prática profissional na unidade referida, desempenhei funções de segundo elemento e coordenação de equipas de Enfermagem, durante os quais pude experienciar a opinião expressada por Benner (2001) quando afirma que chefiar equipas de Enfermagem constitui um desafio, na medida em que uma equipa bem coordenada é essencial não só para a continuidade e qualidade dos cuidados, mas também para que as forças de cada elemento consigam transparecer e colmatar eventuais fraquezas e permitir cuidar de doentes com eficácia. Ser capaz de planear, organizar e priorizar os cuidados a prestar ao Doente Vítima de Queimadura, quando todos são de igual importância para a sua recuperação, consistiu numa aprendizagem constante e um superar de desafios. Associando a prática diária a contínuas reflexões sobre a mesma, o desenvolvimento do autoconhecimento e a procura constante do desenvolvimento de conhecimentos teóricos de sustentação para a prática, obtive o reconhecimento da aquisição de competências na área da gestão por parte dos pares e restante equipa multidisciplinar, o que se traduziu no acima citado desempenho de funções de segundo elemento e coordenação de equipas.

Nos tempos atuais, a escassez de recursos materiais e humanos, associada a medidas de controlo orçamental nas instituições de saúde cria um clima de crise, que necessita de toda a flexibilidade e imaginação dos profissionais para se poder trabalhar com tantos constrangimentos (Benner, 2001). Para que este pensamento da autora se refletisse na minha prática profissional, foi deveras importante a constante aplicação do julgamento crítico relativo a cada situação para que a priorização de cuidados a realizar fosse executada da melhor forma possível.

Como afirma a supracitada autora, é necessário uma integração profissional e social para que os novos elementos sejam capazes de prestar os cuidados com continuidade e seja possível o trabalho em equipa. A integração de novos elementos deve ser realizada de forma faseada, por forma a que sejam capazes de utilizar os seus recursos, mobilizando conhecimentos e competências já adquiridos quer teoricamente, quer durante a prática profissional prévia, essenciais na integração da equipa multidisciplinar prestadora de cuidados ao Doente Vítima de Queimadura.

Os cuidados prestados a estes doentes são de elevada complexidade, o que implica que os profissionais de Enfermagem sejam capazes de identificar e responder no imediato, adequando-os à fase em que o doente se encontra do seu internamento. Se, na fase de aguda da queimadura, a estabilidade geral do doente, no que se refere a equilíbrios eletrolíticos e ácido – base, estabilidade hemodinâmica e ventilatória, entre outros, é o foco major da atenção dos profissionais de Enfermagem, numa fase de recuperação, a atenção passa a abranger a evolução da queimadura, a adequação do material de penso à fase de cicatrização da mesma ou mesmo o desempenho de funções de Enfermeira Circulante, Instrumentista e de Apoio à Anestesiologia, durante as intervenções cirúrgicas a que os doentes são submetidos.

Prestar cuidados de Enfermagem de qualidade a doentes internados numa UCI, como o caso das unidades de queimados, necessita, para além das competências técnicas do profissional de Enfermagem, intervenções de suporte e ajuda, pois o medo do sofrimento e da morte, associados ao stress das intervenções e das dificuldades de comunicação, povoam a sua mente (Phaneuff, 2002). Promover um clima favorável à cura, através do alívio da dor e promoção do conforto, mantendo rigorosas medidas de assépsia e vigilância do estado geral do doente, bem como a compreensão do sentido da doença e dos significados criados acerca da mesma espelham a minha aplicação, na prática diária, de competências necessárias ao cuidar, na opinião da autora anteriormente referida.

Numa fase mais tardia da recuperação e com a alta e re-inserção do doente na sociedade em mente, cria-se um novo foco de atenção para os profissionais de Enfermagem, a reabilitação física e, não menos importante, a reorganização de pensamentos e emoções, redução de medos, angústias e incertezas. Através dos ensinamentos que realizam, das informações que fornecem e da competência e segurança com que desenvolvem estes cuidados, os profissionais de Enfermagem detêm o poder de ajudar o doente a criar novos significados, que lhe permitam encarar a vida após o trauma da queimadura de uma forma saudável.

A dor nestes doentes está associada aos procedimentos dolorosos a que são submetidos durante o internamento bem como à reabilitação, numa fase mais tardia do mesmo, para a

prevenção de sequelas. Reaprender a desempenhar as atividades de vida diárias com independência torna-se um desafio para estes doentes, especialmente quando ainda existem queimaduras por cicatrizar ou os movimentos implicam a manipulação de áreas cicatrizadas, cuja elasticidade da pele ainda não é a melhor e provoca a retração e impede tal mobilização. Todos estes factores contribuem para que, sem a dor controlada, surjam na sua mente sentimentos de ansiedade, angústia e depressão, entrando o doente numa espiral descendente da qual se sente incapaz de sair (Couvreur, 2001). Durante os 9 anos em que tenho desempenhado funções na Unidade de Queimados sempre me regi pelas opiniões de Phaneuff (2002), quando defende que competências comunicacionais e de apoio nas perturbações emocionais decorrentes do internamento devem acompanhar o controlo da dor, farmacológico e não farmacológico, pois frequentemente, existem medos e ansiedades, associados à sintomatologia, percepção da ameaça de morte e significados atribuídos aos mesmos que podem desencadear ou agravar picos dolorosos, tornando-se, assim, vital que o doente sinta esperança na recuperação, melhorando o estado psicológico e lutando por uma total recuperação (Tomey & Alligood, 2004).

Prestar cuidados de excelência em contexto de Cuidados Intensivos implica uma atualização constante de conhecimentos, de modo a que se atinjam competências que permitam um exercício eficiente e eficaz. Acompanhar a evolução constante da ciência e tecnologia torna-se, por conseguinte, o caminho a traçar pelos profissionais que almejam a prestação de tais cuidados. Com os 9 anos em que tenho vindo a desempenhar funções em contexto de Cuidados Intensivos, considero ter adquirido competências especializadas no âmbito da prestação de cuidados ao doente e família a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência multiorgânica, atingindo o patamar de perita, como definido por Benner (2001).

### Módulo III (Opcional) - Unidade Multidisciplinar da Dor

Para a realização do estágio do Módulo III, selecionei a Unidade Multidisciplinar da Dor (UMD) de um hospital central de Lisboa, pelo fato da dor e seu controlo serem um tema transversal a qualquer cuidado prestado e de desejar aprofundar conhecimentos e competências nesta área do saber.

A UMD foi inaugurada em 2008, partindo da já existente consulta de dor crónica realizada pelo serviço de Anestesiologia desta unidade hospitalar. Esta presta assistência a doentes que padecem de dor crónica referenciados pela Medicina Geral e Familiar, pelas consultas de ambulatório deste hospital ou mesmo a doentes internados nesta unidade hospitalar.

Tal como o seu nome indica, é constituída por uma equipa multidisciplinar, composta por médicos de anestesiologia, mas apoiados por médicos de outras especialidades como a estomatologia, reumatologia, ginecologia, entre outras. Além da parte médica, os doentes que recorrem a esta consulta têm também o apoio da equipa de Enfermagem, composta pela Enfermeira chefe, que chefia simultaneamente a Consulta de Cuidados Paliativos, e mais três enfermeiros, sendo que, durante o meu período de estágio, estes encontravam-se a realizar a integração na Consulta de Cuidados Paliativos e os colegas da referida consulta estavam, por sua vez, a ser integrados na UMD. Outros elementos que constituem a equipa multidisciplinar incluem uma dietista, uma assistente social e uma psicóloga.

O espaço físico da consulta inclui 3 gabinetes de consulta médica, um gabinete de Enfermagem e uma sala de técnicas/recobro, que é partilhada com a Consulta de Cuidados Paliativos.

No gabinete de Enfermagem desenvolvem-se atividades tão diversas como as consultas de primeira vez, onde é realizado o acolhimento ao doente, a anamnese e, após consulta médica, os ensinamentos pertinentes, de acordo com a terapêutica prescrita ou a técnica a que será submetido. É também neste gabinete que são planificadas as atividades de cada dia.

A sala de técnicas/recobro é um espaço dedicado, como o próprio nome indica, à realização de uma variedade de técnicas para controlo da dor crónica, avaliação inicial do sucesso das mesmas e despiste de eventuais efeitos adversos. Nesta altura são também realizados ensinamentos acerca dos cuidados a ter, de modo a potenciar o efeito analgésico, bem como reforçada a necessidade de existir um contacto entre o doente e a equipa da UMD para uma avaliação posterior dos resultados do tratamento. Está equipado com dois cadeirões e uma maca onde os doentes permanecem durante e após a aplicação do tratamento selecionado.

Outra importante atividade que a UMD desenvolve são as visitas aos doentes internados em diversos serviços do referido hospital, quando existe referência do médico assistente, o que permite obter uma melhoria dos cuidados prestados, com o controlo da dor, e dar início ao seguimento na UMD, se o caso o justificar. Qualquer que seja a situação que motive o internamento do doente, caso se verifique a necessidade de apoio da UMD, a equipa médica pode fazê-lo, através da folha de referência existente nos formulários do hospital (Apêndice II).

A dor é o sintoma que mais leva os doentes a procurar ajuda. Se, por um lado, a dor aguda representa um sinal ou sintoma de que algo não está bem e desaparece depois de tratada a

causa, por outro lado, a dor crónica prolonga-se no tempo e passa de sinal ou sintoma a constituir uma doença em si, implicando muitas vezes, para o seu controlo, diagnósticos e tratamentos realizados por uma equipa multidisciplinar (Bastos, 2005).

O estudo e tratamento da dor em Portugal tem o seu início na década de 70, quando algumas especialidades médicas se dedicaram à investigação e tratamento dos doentes com dor, mas é no final da década de 90 que a Direção Geral de Saúde (DGS), em colaboração com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor comprova ser necessário melhorar a abordagem à dor no nosso país, tendo desenvolvido o Plano Nacional de Luta Contra a Dor, que contempla, num dos seus eixos estratégicos, a organização de unidades diferenciadas para o tratamento da dor crónica (Bastos 2005; DGS, 2013).

Estudos elaborados pela DGS (2001, Pág.: 7) comprovam que pessoas com queixas álgicas a nível lombar, ou outra análoga, por mais de seis meses, abandonam a sua atividade laboral, evidenciando o fato da dor ser uma patologia com implicações humanas e sociais, com potencial incapacitante, podendo custar cerca de 2,5% ao PIB de um país industrializado. Como tal, torna-se premente olhá-la como uma patologia em si e não somente um sintoma, adequando o planeamento, organização e validação da estratégia a aplicar, com vista à melhoria da qualidade de vida, diminuição do impacto económico e humanização dos cuidados (DGS, 2001; Bastos, 2005; Cardoso, 2013).

O doente com queixas álgicas sofre uma perturbação da sua vida, uma vez que estas se constituem como um fenómeno complexo, dependente das várias esferas que envolvem o indivíduo e que abalam cada vez mais o seu equilíbrio bio-psico-social e espiritual, destroem a sua auto-estima e auto-imagem, e promovem o isolamento. Ao serem referenciados para uma consulta de dor, desenvolvem expectativas em relação ao tratamento e melhoria da qualidade de vida, desejando que a estratégia de tratamento seja eficaz e adequada à situação. Sentem-se, ainda, ouvidos e importantes, pelo que a dor que parecia ser imaginária transforma-se em algo real (Metzger, 2001; DGS, 2001).

Pode-se afirmar que a pessoa com dor crónica atravessa um processo de transição saúde – doença, na medida em que há uma mudança de um estado de saúde para outro, podendo ser precipitado por um evento que é percebido pela pessoa como importante, nomeadamente, o momento em que a dor passa a ter um profundo impacto no seu dia a dia, impedindo-o de cumprir as suas obrigações familiares ou laborais, por exemplo.

No entanto, pode não ser possível definir o momento exato em que a dor passa a ter impacto negativo no dia a dia do doente, podendo ser mais compreensível analisar a transição saúde – doença e as consequentes respostas do doente de forma sequencial, assumindo que a fase de estabilidade pode nunca ser atingida, mas que o doente consiga, apesar de tudo, ir realizando esta transição de uma forma saudável e adequada. Compreender a dor, a forma mais adequada de lidar com ela, quais as formas mais eficazes para obter alívio e permitir ao doente executar as suas atividades de vida diárias com independência são alguns dos focos onde o profissional de Enfermagem pode ter um papel preponderante, atuando de modo a ajudar o doente na realização de uma transição adequada (Meleis, 2010).

É importante que o doente com dor crónica e a sua família compreendam a forma como afeta o ser humano em todas as suas diferentes componentes – física, mental, espiritual, psicológica e social –, bem como a capacidade que a dor possui de moldar a personalidade de cada um. Além disso, os profissionais de Enfermagem que cuidam de doentes com dor crónica possuem o dever de trabalhar em conjunto com os doentes, ensinando-os a aliviarem as tensões acumuladas e diminuir preocupações que surgem, para que o prognóstico seja o melhor possível (Metzger, 2001).

Ajudar os doentes nesta compreensão e transição, não implica, necessariamente, mudar a forma de pensar do doente, habitualmente negativa, em relação ao que lhe aconteceu, mas sim ajudá-los a compreender a interpretação negativa e o que a originou. A partir de uma ótica de integração dos novos conhecimentos, é então possível ajudar o doente a crescer e a alterar o seu modo de vida, de modo a integrar a doença e suas especificidades numa transição saudável (Benner, 2001; Meleis, 2010).

#### **Prestar cuidados de Enfermagem especializados ao doente com dor crónica e família na UMD.**

Durante as sete semanas que passei na UMD, tive a oportunidade de colaborar na realização de consultas de Enfermagem a doentes seguidos em ambulatório, observar e participar na execução de algumas técnicas não farmacológicas para o controlo da dor.

Nos primeiros turnos que realizei na UMD, conhecer as instalações, o circuito do doente e as normas e protocolos pelos quais se guiam os profissionais de Enfermagem constituíram momentos-chave para uma melhor integração na equipa prestadora de cuidados.

Nesta unidade, fui confrontada com uma diversidade de patologias que podem estar na origem de dor crónica e incapacitante, tais como Fibromialgia, Síndrome de Coluna Falhada, Síndrome de Raynaud, fato que se contrapõe ao mito que povoava a minha mente de que a dor crónica apenas advinha de patologia neoplásica. Assim, alicerçar a prestação de cuidados numa pesquisa bibliográfica conjugada com uma reflexão sobre a prática foi fundamental, quer para compreender a fisiopatologia da dor, a forma como as diferentes patologias a podiam desencadear, compreender a adequação de cada tipo de tratamento, quer para me sentir segura dos cuidados a prestar aquando da realização das técnicas e respetivos ensinamentos.

Das diferentes atividades que tive oportunidade de observar e colaborar, destaco de seguida as que me pareceram de maior relevância para o desenvolvimento de conhecimentos e competências:

- ✓ Consultas de Enfermagem de primeira vez;
- ✓ Aplicação de Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS), que parte do princípio da aplicação da corrente elétrica variável, sob a forma de estímulos na região dolorosa. O efeito analgésico é atribuído à produção de endorfinas pelo Sistema Nervoso Central e à inibição dos sistemas anti-opioides (Metzger, 2002);

- ✓ Apoio na aplicação de pensos de capsaïcina (Qutenza), que estão indicados no tratamento da dor neuropática periférica em adultos não diabéticos. A capsaïcina é um agonista seletivo para o recetor potencial transitório, que se expressa preferencialmente em neurónios sensoriais de diâmetro reuzido. O seu efeito inicial é a ativação dos nociceutores cutâneos, oriando dor aguda e eritema. A exposição contínua a elevadas concentrações de capsaïcina provoca uma dessensibilização prolongada e reversível dos nociceutores cutâneos hiperativos, que estará na base do alívio da dor e que pode durar até 12 semanas (Astellas Farma, 2014);
- ✓ Apoio na injeção nos pontos dolorosos, ou pontos *trigger*;
- ✓ Observação de sessões de hipnose;
- ✓ Transmissão de informação clara e pertinente ao doente e família sobre o tratamento, seus efeitos, possíveis efeitos adversos e cuidados a ter.

Destaco ainda o acompanhamento dos profissionais da UMD durante as visitas aos diferentes serviços do hospital onde era solicitado o apoio da referida equipa para o controlo de queixas álgicas de doentes, na sua maioria, internados devido patologia neoplásica e vascular. O papel do profissional de Enfermagem durante estas visitas é semelhante ao que desenvolve na consulta, ou seja, realiza a anamnese junto do doente e recolhe informação junto da equipa do serviço, para que se possa melhorar a adequação da administração terapêutica aos diversos cuidados a que o doente está sujeito. Neste caso, desempenha também um papel formador, na medida em que promove a partilha de conhecimentos junto de pares, conjugando desta forma esforços para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados durante o internamento.

O tempo de estágio passado na UMD foi prolífico em situações profundamente marcantes e que me permitiram crescer quer a nível pessoal quer a nível profissional, e gostaria de destacar algumas.

Uma das situações em que acompanhei a equipa da UMD nas visitas ao internamento foi para avaliar uma doente de 45 anos, raça negra, evacuada para Portugal no seguimento do diagnóstico de neoplasia da base da língua, tendo sido internada no Serviço de Otorrinolaringologia (ORL). Afastada da sua família, impossibilitada de comunicar o que sentia à equipa médica, tanto por dor na cavidade oral como por dificuldades linguísticas, a doente mantinha-se recolhida ao seu sofrimento, isolada, negando dor sempre que abordada.

Comunicar com a doente parecia, inicialmente, algo relativamente simples, pois a doente respondia de forma, aparentemente, adequada, com acenos de cabeça. No entanto, após troca de informações com os colegas do serviço, conseguiu-se perceber que as respostas não eram tão adequadas à sua situação, quanto pareciam ser. A doente tinha, de acordo com os colegas, efetivamente uma dor que lhe limitava algumas atividades de vida como comer, beber e falar. Foi, então, necessário adequar a comunicação às características da doente para se conseguir obter mais informação acerca dos picos de dor e fatores de alívio, para adequar a estratégia terapêutica, que passaram pela prescrição, por parte da equipa médica da UMD, de medicação

adequada ao estado da doente e incentivar os colegas do serviço a administrá-la antes das atividades que, aparentemente, desencadeavam dor, como a alimentação.

Inicialmente, a estratégia deu resultado, com a doente a conseguir alimentar-se convenientemente e deglutir a medicação, mas com o evoluir da sua patologia, e sem se conseguir uma solução a curto prazo, a dor passou a ser de tal maneira incapacitante, que a doente deixou de conseguir deglutir, inclusivamente, a medicação analgésica e a sua própria saliva, pelo que a estratégia seguinte passou pela administração endovenosa, conjugada com Oramorph<sup>2</sup> de modo a obter-se um efeito analgésico mais rápido.

Os estudos de Dauber (2002), que concluem que a dor é um processo complexo que envolve fatores não só fisiológicos, mas também psicológicos, espirituais e sociais, e que o alívio da mesma implica um equilíbrio entre todos eles, refletiram-se na sugestão de pedido de apoio da psiquiatria de modo a que a doente tivesse oportunidade de realizar psicoterapia e melhorar o seu estado anímico, recuperando desta forma a força e a esperança.

Os escritos de Stephenson, citados por Cutcliffe (2002, Pág.: 838), alicerçaram a minha reflexão sobre a prática neste caso concreto, uma vez que afirmam que oferecer esperança a uma doente que não sabe o curso da sua doença pode ser uma influência positiva na forma como vai lidar com a mesma, pois é *um processo de antecipação que envolve a interação do pensamento, da atuação, dos sentimentos e das relações, e é direcionado para uma realização que tem significados pessoais.*

Infelizmente, o meu estágio terminou sem se conseguir obter resposta da psiquiatria, mas vim a saber, mais tarde, que a doente foi submetida a colocação de gastrostomia percutânea, de modo a poder alimentar-se e tomar a restante medicação analgésica e coadjuvante, obtendo forças para enfrentar os dias de espera até à intervenção cirúrgica para excisão da massa na base da língua.

Outra situação que pude acompanhar de início foi o caso de um doente de 63 anos de idade, sexo masculino, raça caucasiana, com diagnóstico de carcinoma da laringe com metastização pulmonar e óssea, que vem referenciado para a UMD pela oncologia médica para controlo da dor. Apresentou-se na primeira consulta de Enfermagem e Médica ansioso, apelativo e com um elevado consumo de medicação opióide de resgate. Após a observação médica, foi proposta a rotação de opióides, uma vez que a medicação atualmente prescrita não surtia o efeito desejado. Inicialmente, o doente aceita esta rotação mas surge várias vezes na consulta referindo descontrolo da dor, chegando-se à conclusão que mantém o consumo da medicação já suspensa, obtendo as receitas necessárias de outras especialidades médicas onde é seguido e a quem recorre.

---

<sup>2</sup> O Oramorph é um analgésico opióide utilizado para o alívio da dor intensa de forma rápida. É composto por sulfato de morfina de administração oral, que atua atenuando a dor, através da interação entre o medicamento e o estímulo doloroso.

Estes fatos permitem que se diagnostique uma adição à medicação, sendo proposto o internamento para hidratação, sedação e desmame e, à posteriori, proceder à respetiva rotação da medicação, proposta esta que o doente aceita, após algum tempo de reflexão. Durante este internamento, foi administrada morfina e cetamina em perfusão endovenosa e bólus de placebo (soro fisiológico). Este placebo seria seguido por bólus de 2mg de morfina endovenosa, caso não surtisse efeito ao fim de quinze minutos.

Segundo Metzger (2002), placebo significa “agradarei” e surge na literatura médica, no início do século XIX, como uma medicação que é prescrita mais para agradar ao doente do que para ser eficaz, podendo, assim, afirmar-se que o efeito placebo corresponde aos efeitos psicofisiológicos induzidos pela sua prescrição e administração podendo ter efeitos positivos, se for benéfico para o doente, não atuar no doente ou ter efeitos negativos, agravando o seu estado.

Eticamente, não é permitido que os doentes sofram sem tratamento, pelo que a aplicação de um placebo em doentes com dor crónica só é válida em situações raras, como o caso descrito, em que o doente manteve a analgesia e apenas se recorreu ao placebo para diminuir a ansiedade e tentar resolver a adição. A resposta positiva obtida com o esquema prescrito surge como um indicativo de que o doente possui, em si, a capacidade de controlar a dor, mas encontra-se dependente da relação de confiança que cria com o profissional de Enfermagem, para que se produzam efeitos positivos e se obtenha o máximo potencial do tratamento (Metzger, 2002).

Em relação às atividades desenvolvidas na UMD, gostava ainda de destacar a observação de diversas sessões de hipnose, uma vez que consolidaram a ideia, já existente, que a mente e o seu imenso poder de sugestão desempenham um forte papel no relaxamento e consequente controlo da dor.

Tive a sorte de, na minha experiência profissional na Unidade de Queimados, ter tido a oportunidade de observar e participar numa sessão de hipnose a uma Doente Vítima de Queimadura, com níveis de dor elevados aquando da realização dos pensos e da reabilitação, a quem estes foram realizados, tendo sido ainda removidos grafos de grandes áreas enxertadas, apenas sob analgesia e hipnose.

Devo referir que, no início destes cuidados, estava bastante cética em relação ao seu resultado, pensado que ao fim de dez minutos, estaria a sedar a doente profundamente. No final destes cuidados, senti que ultrapassei mitos e preconceitos existentes em relação à hipnose, e que cresci pessoal e profissionalmente, aproveitando esta oportunidade para atualizar conhecimentos que, de outra forma, não o poderia fazer.

Trazer à memória este episódio para me acompanhar nas sessões de hipnose que tive a oportunidade de presenciar durante este estágio foi bastante gratificante e reforçou a ideia, já bastante enraizada, de que a dor tem uma enorme componente psicológica. Esta ideia tem alicerces científicos em Dauber *et al* (2002), quando concluem que os fatores psicológicos podem promover o alívio da dor e em Silva *et al* (2011), quando afirmam que uma harmonia entre as diferentes esferas que compõem o indivíduo, onde se inclui a esfera psicológica, pode promover o alívio da dor.

**Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem ao Sobrevivente de Queimadura com dor neuropática, após a alta hospitalar, através da elaboração de um projeto de encaminhamento destes doentes para a UMD**

Ao longo dos 9 anos de atividade profissional na Unidade de Queimados ví-me frequentemente confrontada com doentes que entram em contato com a Unidade referindo sintomas como queimadura ou “choques elétricos” nas zonas enxertadas, o que reflete, na prática, as conclusões a que Choinière *et al* (1991) chegaram no seu estudo sobre a prevalência e características de dor e parestesia nos sobreviventes de queimaduras. Estes doentes sentem-se desamparados, incompreendidos, desacompanhados e incapazes de retomar uma vida normal devido a estas queixas e controlar-se esta dor constitui-se como um importante passo para a melhoria da sua qualidade de vida.

De acordo com a OMS a qualidade de vida *trata-se de uma perceção, por parte de indivíduos ou grupos, da satisfação das suas necessidades e daquilo que não lhes é recusado nas ocasiões propícias à sua realização e à sua felicidade*. Como tal, a dor crónica torna-se um foco de rutura com a qualidade de vida destes indivíduos, dado que ultrapassa os limites de apenas um local, espalhando-se por todo o organismo e incapacitando o doente. Quando associadas a uma incompreensão e não validação das suas queixas por parte da equipa de saúde, instala-se a dúvida acerca da perceção do eu e o isolamento da família e da sociedade, assemelhando-se frequentemente a um quadro depressivo, acabando este por surgir devido à incapacidade do doente de resolver os seus conflitos. A dor transforma-se, lentamente, de sintoma em doença, influenciando e sofrendo influência de estados de ansiedade e depressão, aprisionando o doente num ciclo vicioso que não consegue romper (Couvreur, 2001, Cardoso 2013).

A rutura deste ciclo torna-se, então, premente. Auxiliar o doente a compreender a mudança a que foi sujeito, através de informação clara e concisa e oferecida com confiança constitui-se, na minha opinião, num papel fundamental do profissional de Enfermagem, que irá permitir ao doente redefinir significados acerca da dor e seu impacto no dia a dia, reconquistar o controlo da sua vida e aproveitar as oportunidades de crescimento pessoal, executando a transição saúde-doença de modo eficiente e adequada.

Em contexto profissional, contato diariamente com a coordenadora da UMD, uma vez que, como médica anestesiológica, também exerce funções na Unidade de Queimados. Tendo por base a problemática do sobrevivente de queimadura com dor crónica de tipo neuropático e sabendo da possibilidade de os referenciar precocemente para a UMD ou para uma das unidades semelhantes existentes no país, desenvolvi um projeto de encaminhamento precoce destes sobreviventes para a UMD, ou outra Unidade de Dor. Este tem como objetivo o controlo da sua dor crónica de tipo neuropático e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida e uma reinserção na sociedade e mercado de trabalho mais facilitada. Realizá-lo numa fase precoce da sua alta permitirá, também, renovar a esperança num futuro, que, inicialmente, se avizinhava incerto.

Numa fase inicial da elaboração deste projeto, participei numa atividade denominada “Vinte minutos de ciência”, realizada todas as quintas feiras na UMD, com uma ação de formação subordinada ao tema **Dor Neuropática no Sobrevivente de Queimadura** (Apêndice III). A escolha deste tema surge não só das necessidades de formação sentidas e transmitidas pela equipa de Enfermagem da UMD, bem como do fato de constituir um ponto de partida para a elaboração do referido projeto de encaminhamento dos sobreviventes de queimaduras.

Ao longo dos 9 anos de experiência profissional a cuidar de Doentes Vítimas de Queimaduras, tenho vindo a comprovar a opinião de Benner (2001), quando defende que estes, como qualquer doente, esperam receber dos profissionais de Enfermagem um tipo de conforto diferente daqueles que lhes pode ser oferecido por outros prestadores de cuidados de saúde, pois têm o privilégio de passar 24 horas por dia junto do doente, conhecendo-o a fundo. Assim sendo, sempre senti necessidade de compreender seu o ponto de vista, de modo a que pudesse prestar os melhores cuidados de Enfermagem possíveis, tendo colmatado a referida necessidade através de uma aquisição e atualização constantes de conhecimentos, usando-os para ajudar os doentes a meu cargo a construir estratégias de adaptação. Como consequência, podem criar-se laços de confiança difíceis de quebrar, impedindo uma reinserção na vida social e familiar adequada. Como tal, e remetendo-me para o referido projeto, defendo, para que a quebra deste laço não seja brusca, uma partilha de informação entre os profissionais das Unidades de Dor e a Unidade de Queimados.

Compreender a Dor Crónica, como pode ser gerada e controlada, permitindo ao doente ser um membro ativo da sociedade, e fazer a ponte entre os conhecimentos desenvolvidos na UMD, a experiência adquirida em 9 anos de cuidados prestados na Unidade de Queimados e as reflexões sobre a prática em ambos os locais, foram passos essenciais para a concretização de um projeto há muito pensado mas nunca transcrito para o papel. A aceitação desse mesmo projeto, por parte das equipas de Enfermagem e Médicas das respetivas unidades contribuiu para o sentimento de objetivo cumprido no final deste estágio.

### 3-Conclusão

O presente relatório constitui-se como o culminar do percurso realizado no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, ao longo do qual pude vivenciar um crescimento pessoal e profissional perante contextos de estágio que abalaram formas rotineiras de pensar e agir e que me inculcaram uma ainda maior responsabilidade profissional, quer perante a aprendizagem quer perante a sensibilização de pares rumo à excelência dos cuidados.

A aquisição de competências científicas, técnicas e humanas e o desenvolvimento de uma prática orientada por conhecimentos fundamentados na evidência científica criaram o mote para uma reflexão sobre a prática, com cuidados de Enfermagem que se querem cada vez mais humanizados e de excelência, adequados às necessidades levantadas perante cada doente e família a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência multiorgânica. Este fato implica uma conjugação entre o papel instrumental ou técnico e o papel expressivo ou subjetivo do cuidar, sendo que esta capacidade de conjugação ilustra uma meta atingida, a de Enfermeiro perito, que é capaz de apreender as experiências, tais como os doentes as vivem, ajudando-os a incorporá-las na transição, como fatores facilitadores, sem descuidar as funções técnicas e científicas.

Doentes e famílias a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência multiorgânica podem estar sujeitos a perturbações da sua existência e do desempenho das suas atividades de vida, o que, por sua vez, leva a que se crie alguma inquietação face ao futuro. Se a estes fatores se associar o aparecimento de dor e sofrimento, estão criadas as condições ideais para a instalação de um sentimento de desesperança e falta de sentido para a vida. Estes fatos mantiveram-se sempre presentes durante o desenvolvimento da especialidade, pautando a minha atuação aquando da prestação de cuidados aos doentes durante os diferentes ensinamentos clínicos.

Compreender os mecanismos que estão na origem de tais sofrimentos e dores, como podem ser colmatadas, ou pelo menos atenuadas, escutando doentes e famílias que deles padecem e ajudando-os a encontrar, dentro de si, as ferramentas para as ultrapassar e efectuar transições saúde-doença de forma saudável e eficaz pautaram a minha atuação nos diferentes contextos de estágio.

Alicerçar a minha atuação e respetiva reflexão sobre a mesma de acordo com as mais recentes descobertas científicas, e conjugá-las com referenciais teóricos nem sempre foi um caminho fácil de trilhar, quer pela limitação temporal dos ensinamentos clínicos quer pela dificuldade em encontrar a mais recente investigação científica sobre a problemática em causa, a dor crónica, de tipo neuropático, no sobrevivente de queimadura e a forma de o ajudar criar estratégias de coping eficazes para que esta não se constitua como um obstáculo para a recuperação e ingressão na vida familiar, social e laboral.

A escassez de material científico referente à Dor Crónica, de tipo Neuropático, no Sobrevivente de Queimadura, após a alta hospitalar, e a dificuldade de acesso com que me deparei refletiram-se nas limitações da elaboração da Revisão da Literatura, pelo que me atrevo a

lançar como desafio, no qual me incluo, o desenvolvimento e publicação de investigação sobre a referida problemática, por forma a que se consigam obter bases científicas para pautar a prática, alterar comportamentos, visando a melhoria dos cuidados e a obtenção de reais ganhos de saúde para os sobreviventes de queimaduras.

Adquirir conhecimentos e competências inerentes a uma Enfermagem especializada numa determinada área do saber, a área médico-cirúrgica, implicou desafios como a realização de estágios em locais tão díspares da minha prática diária, como o Serviço de Urgência e a Unidade de Dor, com limites temporais estreitos, o que deu origem ao desenvolvimento de uma elevada capacidade de adaptação. O crescimento pessoal e profissional que pude experienciar, sendo desafiada a atuar perante situações pouco familiares, originou um necessário abalar de rotinas e pré-conceitos, levando-me a conseguir prestar cuidados de Enfermagem de excelência.

Refletir sobre as atividades desenvolvidas e a sua adequação às necessidades diagnosticadas, bem como acerca das competências adquiridas originou um conjunto de saberes que me permitirão, ao longo da vida profissional e pessoal, aplicá-los na resolução de problemas não familiares e realizar uma aprendizagem auto-orientada.

No final deste relatório, apesar das limitações referidas, posso afirmar que os objetivos a que me propus, quer nos locais de estágio quer na elaboração do presente relatório, foram atingidos, apesar dos obstáculos que surgiram ao longo deste percurso, obtendo as competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, definidas pelo plano de estudos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

## 4-Referências Bibliográficas

Almeida, Maria Elizabeth Bianconcini (1999). *Projeto: uma nova cultura de aprendizagem*. Recuperado em 29 de maio de 2014 de <http://www.proinfo.gov.br/didatica/testosie/txprojeto.shtml>

Apóstolo, João (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência*. II série, nº 9, março de 2009. 61-67.

Astellas Farma (2014). Informação de Segurança sobre QUTENZA para Médicos Prescritores.

Bastos, Zeferino (2005). *Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crônica*. Lisboa: Permanyer Portugal. ISBN: 972-733-178-5

Benner, Patrícia (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X

Cardoso, Alice (2013). *Manual de tratamento da Dor*. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-869-6

Carrougher, G.J. *et al* (2003). Comparison of patient satisfaction and self-reports of pain in adult burn-injured patients. in *Journal of Burn Care Rehabilitation*. Jan-Feb, 24 (1):1-8. PMID: 12543984

Castro, Rodrigo *et al* (2013). Tratamento da Dor em Queimados. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 63 (1):149-158.

Choinière M. *et al* (1991). Pain and paresthesia in patients with healed burns: an exploratory study. in *Journal of Pain Symptom Management*. Oct, 6 (7):437-44. PMID: 1940489

Couvreur, Chantal (2001). *A Qualidade de Vida: a Arte para Viver no Século XXI*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-21-5

Cutcliffe, J. & Herth, K. (2002). The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature. *British Journal of Nursing*. Vol. 11, nº 2. 832-840

Cutcliffe, J. & Herth, K. (2002). The concept of hope in nursing 3: hope and palliative care nursing. *British Journal of Nursing*. Vol. 11, nº 14. 977-983

Cutcliffe, J. & Herth, K. (2002). The concept of hope in nursing 5: hope and critical care nursing. *British Journal of Nursing*. Vol. 11, nº 18. 1190-1195

Dauber, A. *et al.* (2002). Chronic persistent pain after severe burns: a survey of 358 burn survivors. in *Pain Med.* Mar; 3 (1): 6-17. PMID: 15102213

Dealey, Carol (2005). *Tratamento de feridas – Guia para enfermeiros*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-204-1

Echinard, C. e Latarjet, J. (2012). *Queimaduras*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-77-6

Fishman, Scott M. *et at* (2010). *Bonica's Management of Pain*. (4ª Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN: 978-0-7817-6827-6

Gray, P. *et al* (2011). Pregabalin in severe burn injury pain: A double-blind, randomized placebo-controlled trial. in *Pain* Jan. DOI: 10.1016/j.pain.2011.01.055

Greenhalgh, David G. (2007). Burn Resuscitation. in *Journal of Burn Care & Research*. July/August 2007 - Volume 28 - Issue 4 - pp 555-565. DOI: 10.1097/BCR.0B013E318093DF01

Herndon, David (2002). *Total Burn Care*. (2ª edição). Londres: Harcourt Publishers Limited. ISBN: 0-7020-2612-3.

[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2840/19/ulfp037529\\_tm\\_anexo16\\_A%Andragogia,%20Nova%20Arte%20de%20Forma%C3%A7%C3%A3o.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2840/19/ulfp037529_tm_anexo16_A%Andragogia,%20Nova%20Arte%20de%20Forma%C3%A7%C3%A3o.pdf)

<http://www.informazionisuifarmaci.it/database/fcr/sids.nsf/pagine/B6A9AEB9377D5439C125703500534E50?OpenDocument>

Knowles, Malcom S. *et al.* (2009). *Aprendizagem de resultados: Uma abordagem prática para aumentar a efetividade da educação corporativa* (2ª Edição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda. ISBN: 978-85-452-4928-6.

Maciel, E. e Serra, M. C. (2004). *Tratado de Queimaduras*. São Paulo: Editora Atheneu. ISBN: 85-7379-653-7.

Meleis, Afaf (2010). *Transitions theory: middle – range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0535-6

Metzger, Chistiane *et al* (2002). *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-32-0

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Caderno Temático: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) / Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Guia Orientador de Boa Prática. Série I, Número 1: Dor. Lisboa

Phaneuff, Margot (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. Direção de Serviços de Planeamento (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. ISBN: 972-675-097-0

Portugal. Direção Geral de Saúde (2012) Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – 3.2: Eixo estratégico: Equidade e acesso aos cuidados de Saúde Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Portugal. Direção Geral de Saúde (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Portugal. Direção Geral de Saúde (2001). Plano Nacional de Luta contra a Dor. Lisboa: Direção Geral de Saúde. ISBN: 972-9425-95-7

Portugal. Direção Geral de Saúde. Direção de Serviços de Planeamento (2001). Rede hospitalar de urgência/emergência. Lisboa: Direção Geral de Saúde. ISBN: 972-9425-99-X

Sheehy, Susan (2001). *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática* (4ª edição). Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-16-9

Silva, B. *et al* (2011). Participação da equipa de enfermagem na assistência à dor do paciente queimado. in *Revista da Dor*. Out – Dez; 14 (4): 342-8

Silva, Daniel & Silva, Ernestina (2004). O ensino clínico na formação em Enfermagem. in *Millenium – Revista do ISPV*. Out. 04 (30).

Smith, M. & Liehr, P. (2014). *Middle Range Theory for Nursing* (3ª edição). New York: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-9551-7

Thelan, L. *et al* (1996). *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (2ª edição). Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 972-96610-2-2

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª Edição). Loures: Lusociência. ISBN:972-8383-74-6

Universidade Católica Portuguesa. (2012). Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional - Regulamento Geral. Lisboa.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar – Uma teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência. ISBN: 972-8383-33-9

Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors / *caritas process* as a disciplinary guide to the professional nursing practice. in *Texto e Contexto – Enfermagem*. Jan-Mar 2007 recuperado a 20 de Janeiro de 2015 de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000100016>

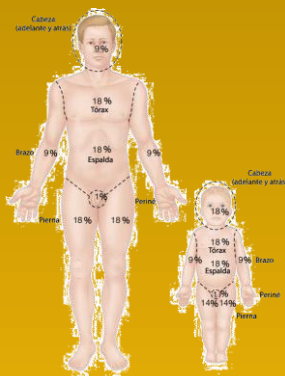
## **5-APÊNDICES**

**Apêndice I: Póster: O Doente Vítima de Queimadura no SUC**

## Abordagem inicial: Metodologia ABCDE

## Avaliação da Área Corporal Queimada

### Regra dos 9 de Wallace



Em caso de pequenas áreas dispersas, considerar 1% igual à superfície palmar da vítima



ÁREAS NOBRES são critério de internamento prioritário: face, mãos e genitais

## Fórmula do Parkland Hospital para a reposição da volémia:

$2-4\text{ml de Lactato Ringer} \times \text{Kg peso} \times \% \text{Área Corporal Queimada}$

Administrar metade do volume apurado nas primeiras 8h e o restante nas 16h seguintes



## Algaliar para controlo da diurese

**Objectivo:** 0,5-1ml / kg de peso / hora  
Se não atingido, aumentar ritmo da perfusão de soros

## Pensos das áreas queimadas

### Transferência intra-hospitalar

Proteger as áreas queimadas com campos esterilizados



### Transferência inter-hospitalar

Proteger áreas queimadas com Sulfadiazina de Prata SEM Cério, compressas e ligadura



**Apêndice II: Sessão de Formação: Dor Neuropática no Sobrevivente  
de Queimadura**

# Dor Neuropática no Sobrevivente de Queimadura

Isabel Esquetim 192013005 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica  
Sob orientação da Prof. Manuela Madureira e Enf.º Luís Abrantes  
Lisboa, 18 de Setembro de 2014

## Dor no Sobrevivente de Queimadura

Fase imediata: Nociceptiva, por estímulo dos nociceptores cutâneos termossensíveis

Fase pós alta: Neuropática, com origem nas terminações nervosas lesadas

➔ Hiperalgisia periférica: limiar de resposta dos receptores periféricos diminuído; resposta inflamatória pós queimadura causa sensibilização rápida dos nociceptores

➔ Hiperalgisia central: transmissão facilitada da dor; no queimado surge devido a estímulos nociceptivos repetidos nos tecidos hiperálgicos; progressiva e torna-se crónica por alterações do sistema nervoso

**Morfina:** Opioide de eleição no controlo da dor no Doente Vítima de Queimadura

- ➔ Curto prazo: controlo da dor
  - ➔ Longo prazo: sensibilização central; diminuição da inibição dos neurotransmissores NMDA, facilitando a transmissão do estímulo doloroso
- ➔ Potencializa o aparecimento da dor neuropática

**Tratamento farmacológico**

- Opioides: morfina, codeína e metadona (efeito anti-NMDA)
- Cetamina, para contrariar os efeitos pro-nociceptivos em doses baixas
- Ansiolíticos, em doentes com ansiedade associada ao tratamento e níveis de dor elevada ao temperamento do doente
- Anticonvulsivantes, diminuem a sensibilização central à dor

**Tratamento não farmacológico**

- Co-adjuvante da intervenção farmacológica
- Implicam tempo e disponibilidade dos profissionais experientes
- Hipnose, acupuntura, relaxamento por distração são os que demonstram mais eficácia e inocuidade

## Referências bibliográficas:

- Castro, Rodrigo *et al* (2013). *Tratamento da dor em Queimados*. Revista brasileira de Anestesiologia. 63 (1):149-158.
- Echinard, C. e Latarjet, J. (2012). *Queimaduras*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-77-6