



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
L Instituto de Ciências da Saúde

**EM BUSCA DA EXCELÊNCIA**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica  
Portuguesa para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem

Por Sofia Isabel Macário Dias Osório

PORTO, MARÇO DE 2010



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **EM BUSCA DA EXCELÊNCIA**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica  
Portuguesa para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem

Por Sofia Isabel Macário Dias Osório

Sob orientação de Enfermeira Amélia Ferreira

PORTO, MARÇO DE 2010

“É preciso aceitar o que vem, e o importante é que você o enfrente com coragem e o melhor que tem para dar.”

Eleanor Roosevelt

## RESUMO

Este relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica surge como documento elucidativo da aprendizagem efectuada durante os estágios, que se encontram integrados no plano curricular.

O curso contempla 3 módulos de estágio – Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e Opcional. Tendo cada módulo de estágio uma carga horária de 180 horas.

O Módulo III – Opcional foi creditado, como reconhecimento por ter competências na área de Enfermagem Perioperatória e por funções exercidas em bloco operatório.

O Módulo I de estágio decorreu no Hospital Pedro Hispano, no Serviço de Urgência. O Módulo II, no Hospital da Prelada, na Unidade de Queimados/Unidade de Cuidados Especiais.

Este relatório realça o que foi realizado durante os dois estágios, através de reflexões críticas dos objectivos traçados para os mesmos, assim como, clarifica as actividades desenvolvidas para a concretização dos objectivos e relata situações problemáticas encontradas, referindo estratégias sugeridas.

O estágio clínico constitui uma excelente oportunidade de complementar e aplicar os conhecimentos apreendidos nas aulas teórico-práticas e a aquisição de novas competências inerentes ao grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Com estes estágios foi possível desenvolver a tomada de decisão, favorecendo a aquisição de autonomia para um futuro desempenho como Enfermeira Especialista.

Assim, as competências adquiridas permitem-me obter uma melhoria dos cuidados prestados e uma reflexão sobre as responsabilidades éticas, sociais e profissionais.

O Módulo de estágio do Serviço de Urgência, permitiu a aquisição de conhecimentos/competências na área do doente crítico, doentes em situações de trauma, em suporte avançado de vida, na colocação de Pacemakers, assim como sobre dor torácica.

O estágio na Unidade de Queimados/Unidade de Cuidados Especiais foi fascinante, na medida em que adquiri competências sobre doentes queimados, ventilados, na execução de pensos a doentes queimados e no sofrimento atroz que estes têm.

Neste sentido o relatório começa com uma breve descrição do serviço, dos objectivos traçados e as respectivas actividades ou competências desenvolvidas, reflectindo sobre as mesmas.

## **ABSTRACT**

The following report on my Master's Degree in Nursing, specializing in Medical-Surgical Nursing, reflects my learning experience during each of the internship periods integrated in the study plan.

The Course is comprised of 3 internship modules – Emergency Room, Intensive Care Unit and Optional, with 180 hours each. I have received credit for Module III – Optional, as a result of the skills acquired in the field of Perioperative Nursing, as well as for the work performed in the Operating Room.

Module I of my internship took place at Hospital Pedro Hispano's Emergency Room. Module II was spent at Hospital da Prelada's Burn Unit/Special Care Unit.

This report emphasizes the work developed during both internship periods, reflecting on the goals that were set for each one, while clarifying the activities developed towards the achievement of these goals, reporting difficult situations that I came across and the strategies followed to overcome them.

The clinical internship is an excellent opportunity to complement and apply the knowledge acquired in theoretical-practical classes, as well as to develop new skills as a Clinical Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing.

During these training periods, my decision-making capability was improved, allowing me to become more self-sufficient in the future as a Clinical Nurse Specialist.

The skills acquired led me to provide a better service, and to reflect upon my ethical, social and professional responsibilities.

During the internship module spent at the Emergency Room, my knowledge/skills in the field of critically ill patients, trauma patients, advanced life support, insertion of Pacemakers and chest pain were greatly improved.

The internship spent at the Burn Unit/Special Care Unit was fascinating, allowing me to acquire skills in the field of burn patients, ventilated patients, change of dressings in burn patients, as well as the realization of their immense suffering.

This report starts by presenting a brief description of the work that was carried out and the goals that were set, while reflecting upon the activities and skills that I was able to develop.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao longo destes oito meses em que estive envolvida em estágios da especialidade e na respectiva preparação e redacção deste documento, tive a oportunidade de contar com diversas pessoas que directa ou indirectamente, contribuíram para a obtenção do presente relatório de estágio.

Em primeiro lugar, desejo agradecer a todos aqueles que, com o seu saber, a sua colaboração e o seu apoio crítico, dispuseram do seu tempo para debater comigo orientações.

Estou especialmente grata à minha orientadora, pelo estímulo e entusiasmo, pela utilidade das críticas e sugestões feitas ao longo da orientação, pela disponibilidade e cordialidade com que sempre me recebeu.

Por último, não posso deixar de manifestar o meu apreço pelo constante apoio da minha família e, em particular, do meu marido e da minha mãe.

## INDICE

	pág.
<b>0- INTRODUÇÃO</b> -----	8
<b>1- MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA</b> -----	11
1.1- Objectivos / Actividades e Competências desenvolvidas -----	11
<b>2- MÓDULO II – UNIDADE DE QUEIMADOS/UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS</b> ---	28
2.1- Objectivos / Actividades e Competências desenvolvidas -----	29
<b>3- MÓDULO III – OPÇÃO (PERIOPERATÓRIO)</b> -----	42
<b>4- CONCLUSÃO</b> -----	44
<b>5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> -----	47

### ANEXOS:

ANEXO I - RESIDUOS HOSPITALARES

ANEXO II - ESTUDO DE CASO (UNIDADE DE DOR TORÁCICA)

ANEXO III - FICHA DE LEITURA (SINDROME DE STEVENS JOHNSON)

ANEXO IV – TRABALHO SOBRE “COMUNICAÇÃO”

ANEXO V – ESTUDO DE CASO (UNIDADE DE QUEIMADOS)

ANEXO VI – PANFLETO SOBRE “GUIA PARA VISITAS”

ANEXO VII – PANFLETO SOBRE “ORIENTAÇÃO PARA ALTA”

## **SIGLAS / ABREVIATURAS**

AINE – Anti-Inflamatório Não Esteróide

CVC – Cateter Venoso Central

ECG – Electrocardiograma

HCIS - Health Care Information System

HPH – Hospital Pedro Hispano

HQS – Health Quality Service

LR – Lactato de Ringer

Pág.- Página

SF – Soro Fisiológico

U.C.E.- Unidade de Cuidados Especiais

UKA – United Kingdom Accreditation

U.Q.- Unidade de Queimados

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## 0 – INTRODUÇÃO

Inserida no plano de estudos do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, faz parte a realização de um relatório de estágio, orientado para dar resposta aos objectivos do curso.

No decurso de um ensino clínico, as experiências vividas são muito diversificadas, permitindo uma aquisição de saberes e conhecimentos, que possibilitam tomar consciência do caminho percorrido. As capacidades reflexivas e a estruturação do pensamento deverão ser estimuladas constantemente, permitindo uma melhor qualidade de aprendizagem.

A unidade curricular Estágio está dividida por 3 módulos – Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e Opcional - com a duração total de 540 horas. Por exercer funções em bloco operatório há mais de 5 anos e ter competências na área de Enfermagem Perioperatória, obteve a creditação ao módulo III (opção). Assim só desenvolveu estágio em 2 módulos, com a duração de cada um de 180 horas.

Os estágios realizados foram:

Módulo I – No Serviço de Urgência, do Hospital Pedro Hispano, de 20 de Abril de 2009 a 20 de Junho de 2009;

Módulo II – Na Unidade de Queimados / Unidade de Cuidados Especiais, do Hospital da Prelada, de 6 de Outubro de 2009 a 29 Novembro de 2009.

Durante a realização dos estágios ficou sob orientação de enfermeiras tutoras, nomeadas pelos enfermeiros chefes dos respectivos serviços. No primeiro serviço eram enfermeiras de referência, com especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica; enquanto que no segundo essas funções foram atribuídas a enfermeiras peritas na área de doentes queimados e críticos.

A elaboração deste relatório visa dar conhecimento das actividades/competências desenvolvidas para o alcance dos objectivos inicialmente propostos.

A realização deste relatório tem como objectivos:

- Ilustrar o percurso efectuado no decurso dos estágios, dando a conhecer as competências adquiridas, as actividades desenvolvidas, relacionando-as com os objectivos propostos no início do curso;
- Reflectir sobre algumas das actividades desenvolvidas;
- Descrever situações problemáticas;
- Demonstrar espírito crítico, face às acções possíveis de realizar inerentes aos problemas detectados;
- Constituir-se como instrumento de avaliação.

A metodologia escolhida para a realização deste documento baseia-se no método descritivo e analítico, consumadas por estratégias sobre diferentes actividades realizadas durante os estágios.

Para a realização deste documento recorreu à pesquisa bibliográfica, à vivência profissional e académica, à reflexão pessoal e sobretudo, às experiências vivenciadas nos estágios.

Pretende, com o relatório dar a conhecer as diferentes etapas dos estágios, reflectindo sobre as mesmas.

Para uma melhor leitura, recorreu a uma estrutura de aproximação focalizada em que começa por uma breve apresentação de cada campo de estágio, seguida de enumeração dos objectivos delineados para o mesmo, assim como as competências adquiridas e as actividades realizadas para a sua consecução. Por fim, na conclusão é apresentada uma retrospectiva sobre os itens de maior relevo.

A realização dos estágios no Hospital Pedro Hispano, constituiu-se como uma proposta pessoal uma vez que pertencia à sua área de residência. Não conhecia o Hospital nem como doente, nem como profissional, mas sabia que era um hospital novo, creditado e com bons campos de estágio, o que lhe garantia à partida o recurso a excelentes condições de trabalho.

A realização do módulo referente à Emergência, teve lugar no Hospital Pedro Hispano mas, o módulo de Cuidados Intensivos foi realizado no Hospital da Prelada, na Unidade de Queimados/Unidade de Cuidados Especiais, não por opção, mas porque o campo de

estágio, seleccionado (Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos do Hospital Pedro Hispano), estava já com a lotação máxima de enfermeiros estagiários.

O Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano presta cuidados hospitalares directos à população do concelho de Matosinhos e ainda cuidados hospitalares de referência às populações de Vila do Conde e Póvoa do Varzim.

Aquando da sua permanência no Serviço de Urgência, o concelho da Maia também pertencia a esta unidade. A partir de Setembro de 2009 o concelho da Maia passou a pertencer ao Hospital de São João.

O Serviço de Urgência está localizado no piso -1 do Hospital Pedro Hispano. É composto por uma área administrativa e por três alas distintas, com a forma de U. Este Serviço recebe qualquer doente da área Médico-cirúrgica, excepto Pediatria.

A Unidade de Queimados / Unidade de Cuidados Especiais, do Hospital da Prelada, é um serviço hospitalar com uma estrutura física e características muito específicas no que respeita aos recursos humanos e ao tipo de cuidados prestados, na medida em que foi o único Serviço (concomitantemente com o de Coimbra), durante muitos anos, na zona Norte a receber doentes queimados.

Situa-se no 2º piso juntamente com o serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva e com um dos Blocos Operatórios.

A U.Q./U.C.E. é um serviço fechado, em que a entrada é restrita a pessoas bem como, a objectos; aqui não existem enfermarias conjuntas, os doentes encontram-se isolados em “boxes”, tudo isto devido ao alto risco de infecção, que está associado ao doente queimado.

As patologias, dos doentes aqui internados, são pouco diversificadas na medida em que grande parte dos doentes são queimados, com necessidade ou não de suporte ventilatório. Alguns doentes permanecem internados por longos períodos, ficando por vezes no serviço durante meses.

## 1 – MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Hospital Pedro Hispano está integrado na Rede de Referenciação Hospitalar do Norte, mantendo ligações com outras instituições (Hospital Magalhães Lemos, Instituto Português de Sangue, Instituto Nacional de Medicina Legal...), de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde.

O Serviço de Urgência é um serviço Médico-cirúrgico, que acolhe situações de urgência/emergência. Cumpre com os requisitos exigidos pela Direcção Geral de Saúde, sendo uma unidade diferenciada de um hospital distrital, dispondo das valências clínicas e serviços de apoio necessários, estando articulado a um nível superior com o Hospital de São João e Hospital de Santo António e a um nível inferior com os Hospitais de Vila do Conde e da Póvoa do Varzim.

Na altura em que lá estagiou, o Serviço de Urgência recebia em média 300 doentes por dia, tendo decaído este número após o concelho da Maia ter passado a pertencer ao Hospital de São João.

A Urgência é composta por três alas, com o formato de U: Uma ala comporta a Triagem, a sala de emergência, a sala de trabalho, a sala de inaloterapia e os consultórios médicos; uma outra ala comporta o gabinete da Enfermeira Chefe, o gabinete da Directora de Serviço, a sala de pequena cirurgia, os gabinetes médicos, o gabinete de radiologia e a sala da unidade rápida de diagnóstico; a terceira ala comporta a sala de observações e a unidade de dor torácica.

### 1.1 – Objectivos / Actividades e competências desenvolvidas

Por definição, objectivo é a pretensão da consecução de determinada meta, tendo em vista a realização de um projecto, processo ou trabalho mais abrangente e que se define pela materialização e realização dos diferentes objectivos que o alicerçam.

Assim, os objectivos que traçou para o Serviço de Urgência foram os seguintes:

<b>Objectivos</b>
Desenvolver competências na Triagem;

Desenvolver competências no conjunto de procedimentos realizados na Sala de Emergência;
Identificar as patologias mais frequentes;
Aprofundar conhecimentos sobre colocação de pacemakers;
Aprofundar conhecimentos sobre oxigenoterapia.

A permanência no sector da Triagem, foi uma experiência que a levou a ser uma profissional mais exigente, visto que pressupõe uma capacidade de observação e interpretação apurada, de sinais e sintomas. É, por este motivo, que só os enfermeiros habilitados com o Curso de Triagem de Prioridades, podem aí desempenhar funções.

Na Triagem teve como funções:

1. Atender o doente aplicando os algoritmos de triagem de prioridades;
2. Encaminhar o doente para as diferentes áreas de acordo com a prioridade atribuída;
3. Supervisionar os doentes triados através de câmaras de vigilância e efectuar retriagem de doentes sempre que necessário;
4. Articular-se com os assistentes operacionais dando instruções no encaminhamento e nas prioridades;
5. Articular-se com o médico coordenador, com chefe de equipa e médicos de especialidade assim como com a equipa de administrativos.

Quando se faz a Triagem de Manchester é atribuído ao doente uma pulseira colorida, consoante a gravidade da situação: vermelho (situação emergente), laranja (situação muito urgente), amarela (situação urgente), verde (situação pouco urgente) e azul (situação não urgente).

Os doentes com a pulseira de cor vermelha são os que entram directamente para a Sala de Emergência e que são observados de imediato; as laranjas podem ter que esperar 10 minutos para serem observados; os doentes amarelos poderão aguardar até uma hora, os verdes até duas horas e os azuis quatro ou ainda mais horas. Estes últimos não são considerados urgentes e poderiam ser atendidos ao nível dos cuidados de saúde primários, mas no entanto, acabam por recorrer ao hospital e o que por vezes provoca o

congestionamento desnecessário do Serviço de Urgência. Os tempos estipulados nem sempre são respeitados e quando o número de doentes à espera é superior a 10, é recrutado um outro enfermeiro para dar apoio à Triagem.

Na Triagem o enfermeiro que lá se encontra tem de ser uma pessoa ágil, atenta, observadora, sendo também vital que detenha uma boa capacidade de gestão de conflitos.

Notou que escassos eram os enfermeiros que gostassem de permanecer na Triagem, na medida em que os doentes e familiares passam o tempo a reclamar da demora para serem atendidos.

A Sala de Emergência é um espaço físico em linha directa com a entrada do serviço de Urgência. Disponível 24 horas por dia, encontra-se sempre preparada para receber e tratar qualquer doente crítico, até dois doentes em simultâneo, em casos excepcionais, três.

Na sala de emergência o enfermeiro presta cuidados ao doente em situação crítica e procede ao registo dos mesmos em folha própria. É também responsável por verificar material e equipamento assim como repor stocks e medicação. Embora simples esta tarefa é das mais importantes na resposta eficaz a situações emergentes. A rápida acessibilidade e a correcta preparação de todo o material necessário para estas situações marcam a diferença entre a vida e a morte, uma vez que cada segundo é vital.

A segurança que este procedimento transmite aos profissionais que dele dependem, permite-lhes dedicarem-se exclusivamente à avaliação e intervenção correcta do doente, sem correrem o risco de falharem por dificuldades materiais.

Entrar um doente na sala de emergência em paragem cardíaca, onde é necessário desfibrilhar e o desfibrilhador não estar pronto ou operacional, pode custar a vida daquele ser humano, daí que compara o procedimento da organização e manutenção da sala de emergência, como o trem de aterragem de um avião, só se dá conta que ele lá está se precisarem dele, e se falhar pode ser catastrófico.

Esta pequena reflexão e experiência fez perceber também que não há trabalhos menores em Saúde, constituímo-nos como elos de uma corrente que não funciona se algum deles ceder.

Apreendeu que a Sala de Emergência:

- 1 – Deve estar sempre preparada para início de uma ressuscitação;
- 2 – Todo o material de emergência deve estar bem visível, rotulado e de fácil acesso;
- 3 – Todo o material de intervenção deve estar protocolado por área de intervenção;
- 4 – Deve estar aquecida a 24-26°;
- 5 – Só deve permanecer na sala o número de pessoas estritamente necessário;
- 6 – Toda a equipa de atendimento deve usar meios de protecção pessoal que inclui bata, luvas, máscaras, protecção de calçado, barrete e óculos;
- 7 - O trabalho é feito em equipa, com espírito de coerência e linguagem comum, cada um sabe o seu papel e as suas responsabilidades sob a coordenação de um elemento previamente estipulado;
- 8 - A actuação de cada elemento deve ser precisa e objectiva;
- 9 – A comunicação entre os elementos multidisciplinares deve ser clara;
- 10 – Durante a fase de ressuscitação deve-se restringir ao mínimo a comunicação verbal;
- 11 - Em situação de vários acidentados, deve-se dedicar apenas a um e pedir ajuda para os restantes.

Na sala de emergência, o enfermeiro cuida da pessoa a vivenciar situações complexas de saúde, tendo adquirido competências para responder em tempo útil e de forma holística. Prestando assim, cuidados ao doente em situação de emergência e respondendo de forma pronta e antecipatória, demonstrando conhecimentos em suporte avançado de vida.

Ao Serviço de Urgência recorrem diariamente várias pessoas com diversas Patologias, que passam pelo simples facto de desejarem serem atendidas por um médico específico, até aos politraumatizados, hemorragias digestivas, cirroses hepáticas, doentes em fase terminal, crises de hipertensão arterial, enfartes do miocárdio, metrorragias, tentativas de suicídio, etc.

Existem várias formas de tentativas de suicídio, quer por arma de fogo, quer por arma branca, intoxicação medicamentosa ou com produtos químicos. Os doentes que deram entrada foram sobretudo por ingestão de medicamentos e de produtos químicos.

Foram sobretudo pessoas jovens que deram entrada nestas circunstâncias, apontando razões de ordem familiar e profissional.

A sua forma de actuar seguiu a mesma linha de orientação de muitos outros colegas, recorrendo à tentativa de diálogo com estes doentes no sentido de tentar perceber as razões que tiveram na origem de tais actos. Fazer entender a vítima dos problemas e tentar dar-lhes algum conforto, fazendo-os sentir que são de alguma forma ouvidos e compreendidos.

No dia 1 de Maio de 2009, no decorrer do estágio surgiu o primeiro caso confirmado da gripe A (H1N1) em Portugal.

Nessa altura foram implementadas normas de triagem e respectivos procedimentos para o caso de aparecer algum doente com suspeita de gripe A.

Dia 11 de Junho a Organização Mundial de Saúde declarou o estado de pandemia devido à gripe H1N1, tendo subido o nível pandémico para o mais elevado (nível seis), por existir um risco aumentado e substancial de transmissão na população.

Num dos dias de estágio deu entrada um doente vindo de Cuba há 10 dias, com hipertermia e na triagem foram tomadas todas as medidas de prevenção e isolamento, tais como por exemplo a colocação de máscara ao doente, até se descartar a hipótese do doente ser portador do vírus H1N1.

Colocar os Pacemakers foi fascinante, na medida em que nunca tinha reflectido sobre a importância de um aparelho electrónico tão pequeno em tamanho, mas de uma importância vital na manutenção e na melhoria da qualidade de vida. Foi uma técnica rápida e precisa.

Acompanhou os doentes no pré, durante e pós implantação do Pacemaker. Fez a preparação para a cirurgia, fazendo a tricotomia da axila e peito e puncionando um acesso periférico para a administração de medicação. Acompanhou os doentes à sala, onde observou a execução da técnica e aí deu apoio aos doentes. Terminada a pequena cirurgia, os doentes voltam para a enfermaria, onde até ao dia seguinte, devem permanecer em repouso e não devem movimentar o braço esquerdo. Deu algumas informações necessárias para retomar as actividades do seu dia-a-dia, como os cuidados a ter com a sutura, assim como os sinais de alerta que possam surgir, nomeadamente: tonturas, tensão baixa, etc.

Ainda no decorrer deste estágio teve a oportunidade de visitar o Serviço de Medicina Hiperbárica e aí aprofundar conhecimentos sobre este tipo de técnica. Esta é uma

especialidade médica que envolve o tratamento de patologias num meio ambiente com uma pressão superior à atmosférica.

Trata-se da área médica que se dedica ao estudo das adaptações fisiológicas, actividades recreativas e profissionais em meios hiperbáricos, e que estuda, coordena e prescreve a aplicação terapêutica do oxigénio hiperbárico. Em Portugal estão a funcionar neste momento quatro Câmaras Hiperbáricas: uma no Hospital da Marinha (Lisboa), outra na Base Naval de Alfeite (Lisboa), uma no Hospital da Horta (Açores) e a quarta no Hospital Pedro Hispano (Matosinhos).

Esta modalidade terapêutica, ainda pouco divulgada no nosso País, beneficia milhares de doentes que padecem de doenças crónicas como a diabetes mellitus, e lesões rádicas oncológicas, que atingem uma faixa tão sensível como as crianças. As infecções ósseas e dos tecidos moles, e outras lesões agudas, como os reimplantes de membros, os acidentes de descompressão dos mergulhadores, as intoxicações por fumos e monóxido de carbono de que são vítimas os bombeiros e as populações na época dos fogos, são algumas das suas situações abrangidas por esta especialidade.

As competências mais desenvolvidas foram as técnico científicas, de adaptação e na área da gestão dos cuidados.

<b>Objectivos</b>
Demonstrar espírito de iniciativa e interesse pela aquisição de novos conhecimentos técnico-científicos;
Participar activa/passivamente na prestação dos cuidados ao doente/família;
Desenvolver competências na interacção e comunicação com a equipa multidisciplinar, doente e família;
Participar na prestação de cuidados na sala de emergência;
Assistir a doentes em paragem cardio-respiratório;
Acompanhar o enfermeiro/médico na comunicação das más notícias.

A equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência demonstrou dinamismo e receptividade, revelando disponibilidade para esclarecer qualquer dúvida que tenha surgido.

A Prática de Enfermagem de Urgência é altamente aliciante e motivante, visto que é uma área da Enfermagem personalizada, diversificada e multidimensional. Atravessa todos os grupos etários e inclui cuidados que vão do controlo da doença e prevenção de complicações, até medidas de reanimação para salvar a vida. Muito da prática do enfermeiro da urgência implica sagacidade na tomada de decisões, capacidade analítica e científica na recolha de dados e qualidades de reflexão crítica.

Ao longo deste estágio foram muitas as experiências que viveu, boas ou más, que a ajudaram a crescer como pessoa e enfermeira.

Esforçou-se, todos os dias, por aprender o necessário para cuidar melhor do doente urgente/emergente, visto ser um serviço de elevada complexidade.

A integração no Serviço foi feita gradualmente. Inseriu-se numa equipa de profissionais dinâmica, simpática e receptiva, que revela empenho na prestação de cuidados de qualidade e que denota respeito e confiança mútua, que lhe conferiu um ambiente de trabalho saudável. Ao longo do ensino clínico foi aos poucos reconhecendo um acréscimo de confiança por parte dos enfermeiros que tentaram sempre proporcionar o maior número de experiências possíveis.

Num Serviço de Urgência, caracteristicamente, encontram-se as mais diversas patologias, todas diferentes, todas com necessidade de cuidados diferenciados e urgentes/emergentes, em que o enfermeiro precisa de usar todo o seu conhecimento num curto espaço de tempo. Enquanto aluna/enfermeira esforçou-se por adquirir um conhecimento teórico, assim como destreza mental e capacidade crítica, para poder actuar o mais rapidamente e o melhor possível.

A prática de Enfermagem ultrapassa a vertente técnica e os cuidados em termos físicos, se bem que as aptidões envolvidas assumem, também, muita importância. Implica também uma relação de ajuda e empatia. Daí que neste estágio um dos grandes objectivos era desenvolver o domínio técnico e relacional. Todas estas relações são de elevada importância para a aprendizagem, na medida em que se proporciona um ambiente calmo e de inter-ajuda. É com espírito caloroso e altruísta que se deve viver o quotidiano porque só assim se progride e se vive de um modo correcto e feliz.

Na sua opinião, a comunicação é a base da relação com o doente. Manter uma comunicação efectiva foi sempre uma das suas preocupações.

A comunicação é outro dos instrumentos fundamentais do enfermeiro da Urgência. A capacidade de abordar as diferentes situações clínicas, com diferentes doentes, com diferentes preocupações e ansiedades define muitas vezes, a barreira entre um atendimento pacífico e a adaptação eficaz do doente ao tratamento, à desordem, ao caos que leva a situações de conflito. Sendo que a comunicação não passa apenas pela linguagem verbal, a atitude, a postura, o toque, a empatia e o respeito pelo próximo podem ser procedimentos terapêuticos tão ou mais importantes que a mais complexa das intervenções clínicas.

A relação estabelecida com os doentes foi muito positiva, apercebendo-se de tal através das respostas que foi obtendo, do cunho valorativo pelo seu trabalho/desempenho, nos elogios ou satisfação demonstradas.

Entre as diversas relações interpessoais estabelecidas foi com os doentes que disponibilizou um esforço acrescido das suas energias para que se sentissem, tal como ela, fortalecidos e felizes, dentro do possível.

Assistiu a pessoa com alterações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde, demonstrando conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e dos medos vividos pela pessoa em situação crítica; adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde.

Os familiares perceberam o seu desempenho e nunca se apercebeu de situações de desvalorização. Muitas vezes solicitaram que cuidasse bem dos seus familiares (doentes) e para permanecer o máximo de tempo junto deles quando estes se encontrassem ausentes. Respeita e compreende os pedidos dirigidos pois, na mesma situação, certamente também o faria.

A partir de Junho de 2009, foi publicada em Diário da Republica a (lei nº 33/2009) que contempla o direito dos doentes a terem acompanhamento, durante a sua permanência no Serviço de Urgência, de qualquer Hospital do país. Assim, os “seguranças” que se encontram à porta da Urgência dos Hospitais, a “barrar” o acesso aos acompanhantes dos doentes que entram na Urgência já não o podem fazer.

Assim, já ninguém pode dizer que ficou abandonado numa maca, num corredor de um Hospital.

A relação com a equipa médica e restante equipa de enfermagem estabeleceu-se numa base de respeito e cumplicidade no trabalho dirigido para um melhor atendimento ao doente.

Prestar cuidados humanizados é uma meta que todos os enfermeiros deveriam empenhar-se em atingir. É a essência da Enfermagem. Como tal, não o pode deixar de referir, não só para este estágio como para toda a sua vida profissional.

Sendo este um Serviço em que a maior parte dos doentes carecem de cuidados urgentes, será também um Serviço complexo a nível Humano. Muitas vezes os cuidados urgentes, assim como o stress vivido por parte dos doentes e profissionais, leva a que a humanização dos cuidados seja uma tarefa difícil não deixando, no entanto, de ser cumprida.

O estabelecimento de prioridades é a base da organização dos cuidados de Enfermagem, muito mais quando se trata de um doente urgente/emergente em que uma má gestão de prioridades pode ser fatal.

O espírito de iniciativa foi bastante desenvolvido neste estágio permitindo, assim, uma maior interacção com o doente e com a restante equipa multi-profissional.

Com a realização deste estágio tinha como expectativa participar activamente nos cuidados a prestar ao doente.

Os cuidados prestados aos doentes neste serviço, no decorrer deste estágio, foram muito variados. Eles foram:

1. Monitorização cardiorespiratória;
2. Cuidados de higiene e conforto no leito;
3. Preparação e administração de medicação;
4. Preparação dos doentes para a realização de exames complementares de diagnóstico;
5. Tratamento de feridas;
6. Colheitas de produtos biológicos para análise;
7. Colaboração com a equipa médica na realização de alguns procedimentos, tais como, cardioversão, inserção de CVC, inserção de drenos torácicos, suturas;
8. Ensino ao doente e família;

9. Preparação do doente para ir ao bloco operatório;
  10. Acompanhamento do doente ao bloco operatório;
- (...) Entre outros.

Algumas das patologias com que trabalhou no Serviço de Urgência, já lhe eram familiares, outras eram desconhecidas pelas suas especificidades, como por exemplo as patologias cardíacas e hepáticas. Como tal, teve que solicitar esclarecimentos aos elementos da equipa sobre os procedimentos e os cuidados a ter em determinadas situações, assim como fazer pesquisas bibliográficas, nomeadamente sobre cardioversão, implementação de Pacemakers e doenças hepáticas.

Foram de facto estas três áreas em que sentiu maior necessidade de aprofundar conhecimentos, mas que por seu lado também acabaram por serem gratificantes, uma vez que se constituíram como maiores descobertas/conquistas.

Para ela, permanecer na Sala de Emergência foi a área mais atractiva do Serviço de Urgência, na medida em que os cuidados lá prestados, o aumento da adrenalina, o saber que os doentes estão nas “nossas mãos”, entre outros procedimentos eram muito aliciantes.

Para o doente ser admitido na Sala de Emergência, tem que obedecer a determinados critérios. É, o enfermeiro da Triagem o responsável por receber o doente vindo da rua e o encaminhar para a Sala de Emergência activando um sinal sonoro para que a equipa médica e de enfermagem se direccionem para a sala.

Durante o tempo que permaneceu, na Sala de Emergência, foram várias as situações em que fez parte da equipa multidisciplinar, na prestação de cuidados aos doentes. A maioria dos doentes, que deram entrada nesta sala eram politraumatizados, vítimas de enfarte do miocárdio e de acidentes vasculares cerebrais.

Os primeiros procedimentos a ter nesta sala são: a colocação de catéter venoso periférico (e se necessário fazer a recolha de sangue para análise), monitorização e administração de oxigénio. Para as restantes actuações, deve-se aguardar pelas indicações dos médicos responsáveis.

A paragem cardio-respiratória é uma situação de emergência, a qual exige dos profissionais de saúde uma resposta rápida eficaz e organizada.

Os profissionais de saúde que exercem funções na emergência têm necessidade de atualizarem frequentemente os seus conhecimentos e capacidades desenvolvidas na área da ressuscitação. As hipóteses dos doentes com paragem sobreviverem depende também da competência destes profissionais, em continuar os passos da cadeia de sobrevivência, de forma adequada.

Outro ponto incontornável neste tipo de experiência clínica é o contacto com a morte.

A morte é um fenómeno natural, o qual é sempre um acontecimento que perturba a vida de qualquer pessoa, na medida em que a única certeza que se tem na vida é que vamos morrer.

O que não deixa de ser curioso, uma vez que passamos a vida à procura de certezas que nos tornam mais seguros, e a única coisa de que temos verdadeiramente medo é da concretização da única certeza que possuímos desde a partida.

Os enfermeiros são frequentemente confrontados com a morte. As reacções que se tem com um doente em fim de vida podem ser extremas, podem ir desde o afastamento do doente ao envolvimento emocional e de forma muito intensa.

Morrer com dignidade é morrer em paz, morrer com companhia, com aqueles que queremos muito e que nos querem. É o contrário de morrer sozinho. É morrer com assistência médica (sem dor) e afectiva. Acredita que a morte embora seja um momento terrível tem de ser encarado como um processo de adaptação e cabe a nós enquanto profissionais de saúde, como pessoas, restituir dignidade a um momento que muitas vezes é traído pela carga emocional que transporta e para isso, acredita que basta estar presente, não deixando que o doente se sinta sozinho no inicio desta passagem

A presença da família junto da doente pode minimizar-lhe a ansiedade sentida e há que incentivar a família na colaboração de cuidados.

Ainda se recorda de ouvir Frei Bernardo dizer que “O que mais angustia o moribundo é o receio de ficar só”.

Ao cuidar de um doente terminal, experimenta-se sentimentos de frustração, raiva, irritação, culpabilidade, tristeza, ansiedade e depressão.

A idade com que o doente morre e da forma como morre tem muita influência na nossa atitude. Por muito duro que seja, aceita-se melhor a morte de uma pessoa idosa, na medida em que já teve a sua oportunidade para viver, do que a de uma jovem a quem muito podia ainda acontecer.

Durante este estágio deparou-se com algumas mortes, as quais eram comunicadas à família. Quase sempre foram os médicos que falaram com os familiares e informaram-lhes do sucedido. Aqui, demonstrou ter obtido conhecimentos e habilidades comportamentais facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto. Embora até fosse um procedimento que dispensasse, este acto levou-lhe a reflectir e acreditar que deveria haver uma equipa especializada neste tipo de situações. Elementos com formação comunicacional, clínica e psicológica que lhes permitisse ser aquilo que os familiares necessitassem no momento.

Uma má notícia causa sempre choque e cria necessidade de algum espaço, de forma a poder interiorizar a informação obtida. No hospital é por vezes difícil de encontrar um espaço privado onde chorar. No entanto, por vezes, consegue-se arranjar um recanto para criar privacidade.

As competências mais desenvolvidas foram as ético deontológicas, desenvolvimento pessoal e cognitivo.

<b>Objectivos</b>
-------------------

Colaborar e participar nas actividades referentes à gestão e administração.
-----------------------------------------------------------------------------

Tem que admitir que este objectivo não foi cumprido na íntegra. Apesar da disponibilidade demonstrada pela enfermeira chefe, não houve a possibilidade de a acompanhar na área da gestão do serviço. Na altura do estágio estava a ser implementado o sistema HCIS, ou seja o registo clínico electrónico, o que gerou um caos no serviço, pois a equipa não sabia trabalhar com o sistema. A enfermeira chefe era chamada constantemente para explicar o seu funcionamento e tirar algumas dúvidas.

As enfermeiras tutoras desempenharam um papel importante na medida em que orientaram na gestão de materiais, na gestão dos cuidados, adequando os recursos às necessidades, organizando o plano de trabalho e otimizando o trabalho de equipa. Pôde depois, acompanhar e colaborar na verificação e reposição de materiais dos diferentes sectores do serviço, mas estas actividades não foram suficientes para aceitar este objectivo como atingido plenamente. Tinha necessidade de saber mais, de gerir melhor, de planear estratégias e avaliar resultados, de gerir recursos e coordenar equipas, isto porque acredita que estas são áreas fundamentais que uma enfermeira especialista deve dominar. Só a gestão correcta dos recursos permite garantir a maior eficácia e qualidade dos cuidados.

Embora as experiências neste sector não tenham sido muitas, acredita que o principal objectivo foi atingido, que é o de tomar consciência desta capacidade de organização mental, pessoal e colectiva.

As competências mais desenvolvidas foram de organização e gestão.

<b>Objectivos</b>
Desenvolver atitude reflexiva/crítica sobre a prática de enfermagem;
Desenvolver a capacidade de análise de problemas éticos e deontológicos na prática de cuidados de enfermagem, no Serviço de Urgência.

Os enfermeiros invadem constantemente a intimidade e a privacidade do doente ao realizar os cuidados de enfermagem.

Existe uma necessidade de reflectir sobre o assunto, pois é uma questão ético-legal e moral para os profissionais de enfermagem, na medida em que, a protecção da privacidade dos doentes ainda é muito débil nos cuidados prestados. Especialmente em cuidados urgentes, o doente sujeito aos cuidados de enfermagem não deixa de ser um ser humano e, como tal, tem personalidade, honra, pudor e preconceito.

A doença gera sentimentos como a incapacidade, dependência, insegurança e sensação de perda de controlo sobre si mesmo. Para os doentes a hospitalização é encarada com dificuldade em manter a sua identidade, intimidade e privacidade e por dependerem dos outros para a sua melhoria e sobrevivência. Além disso, o internamento é angustiante por haver uma exposição emocional e física.

Muitas vezes os enfermeiros têm uma postura de “poder” sobre o corpo dos outros, ao cuidar dos mesmos. Tocam-lhes e expõem os corpos, muitas vezes sem pedir autorização e o doente já pouco questiona sobre essa invasão. Porque na sua percepção, ela é necessária para a sua recuperação, porém estes doentes sentem-se constrangidos, envergonhados, desconfortáveis e embaraçados. Sentem-se assim, porque culturalmente e no núcleo familiar, aprende-se que expor o corpo não está correcto, relacionando a nudez com a sensualidade e a sexualidade.

Uma vez que os enfermeiros ainda apresentam falhas na protecção da privacidade do doente, é sempre bom sensibilizá-los, assim como aos outros profissionais da saúde para garantir a privacidade do mesmo e para que a sua individualidade seja resguardada.

A privacidade mais do que a assunção da individualidade é o direito natural de cada um ao controlo daquilo que é mais íntimo para si.

Quis na altura reflectir sobre este tema porque acredita ser importante para a humanização dos cuidados de enfermagem, bem como para a própria recuperação do doente.

Da forma como encara este tema, é claro para ela, o investimento feito pela equipa de enfermagem na manutenção e promoção da privacidade do doente é talvez o pilar mais forte da edificação de um novo patamar da saúde.

Uma vez internado, o doente ve-se desprovido de todos os referenciais importantes da sua vida. Tudo aquilo que conhece, que acredita e que se agarra para enfrentar um dia depois do outro é agora substituído por uma “unidade do doente”. Assim o que permanece da vida que conhece, que gosta e pela qual luta, é o seu íntimo, seu interior, a sua individualidade, a sua privacidade.

A vulnerabilidade que a doença impõe e a submissão “obrigatória” aos cuidados de saúde enfraquecem o íntimo de onde começa qualquer recuperação. Assim, assegurar a individualidade, a privacidade e o direito de ser único para si mesmo é alimentar toda uma estrutura psíquica que fortalece o sistema imunitário.

O controlo da sua individualidade é o controlo de si e do seu sistema de defesa, é o primeiro passo num caminho difícil mas que já começou ali, na manutenção daquele pilar que o distingue como pessoa e não como objecto.

A Passagem de Turno é uma base da continuidade dos cuidados, um momento de passagem de informação relativamente aos doentes, como também um momento de formação inter-equipa.

Ela pode ser realizada num ou vários espaços, de acordo com os serviços. Uns utilizam as salas de trabalho, outros vão para as enfermarias, expondo os doentes diante de terceiros.

Quando é feita numa enfermaria, junto ao doente, nem sempre é feita com todo o cuidado para assegurar a privacidade deste. Os espaços são insuficientes para manter a privacidade, mas... tenta-se não falar em certos assuntos mais sensíveis junto deste, quando isso implica possíveis intromissões auditivas de terceiros. Tenta-se com esta fórmula um envolvimento do doente no processo de tratamento e na tomada de decisões.

O doente tem todo o direito à informação sobre o seu estado de saúde, mas também tem o direito à sua privacidade e sigilo sobre o seu caso clínico e sobre todas as informações que nos transmite.

Na sua opinião é fundamental respeitar a privacidade e confidencialidade. Este ponto, é de resto a base de toda a relação terapêutica.

Outra vantagem que vê na passagem de turno junto do doente, passa também pela visualização da pessoa. No entanto esta poderá ser feita através de uma câmara e transmitir a imagem para a sala de trabalho.

Acredita também que é assustador a presença de pessoas a falar de assuntos que não se domina, contribuindo para a fragilidade e impotência do doente.

O respeito pelo direito à privacidade implica o dever dos profissionais de saúde de praticar qualquer acto no respeito pela intimidade da pessoa.

O Código Deontológico expressa os deveres, que, quando violados, fazem incorrer em infracção disciplinar...

É pelo direito à confidencialidade que se afirma o dever de sigilo.

O enfermeiro especialista, tem que promover a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos, assumindo responsabilidades em gerir situações potencialmente comprometedoras para os doentes, como tal, tem que promover a confidencialidade, o

respeito do doente à privacidade, assim como promover o respeito pelo direito do doente no acesso à informação.

As competências mais desenvolvidas foram as ético deontológicas.

<b>Objectivos</b>
Colaborar com o enfermeiro responsável pela formação em serviço.

Após ter averiguado as lacunas e as necessidades formativas no serviço de Urgência e depois de ter falado com as enfermeiras responsáveis pela formação, foi-lhe proposto a observação e o que acharia que poderia ser feito para instituir algumas mudanças no serviço em relação aos resíduos hospitalares. (Anexo I)

Os Resíduos Hospitalares são os lixos resultantes das actividades de saúde de uma unidade onde se prestam cuidados de saúde.

Estes resíduos não podem ir para a mesma rede de recolha de resíduos normais visto serem potencialmente portadores de patologias, bem como de materiais radioactivos. Estes resíduos podem ser líquidos ou sólidos.

Após terem sido recolhidos devem ser incinerados, para que os microrganismos potenciais causadores de doenças, sejam destruídos.

É essencial fazer a separação do lixo correctamente. Em primeiro lugar os objectos cortantes e perfurantes têm de ser colocados em recipientes próprios. Por outro lado, é feita a separação do lixo de acordo com a sua perigosidade

Com a realização deste trabalho, tentou-se envolver toda a equipa na gestão do risco, para prevenir riscos ambientais.

Enquanto permaneceu na Unidade de Dor Torácica elaborou um Estudo de Caso, (Anexo II). A selecção deste estudo de caso recai sobre uma doente que considerou possuir uma situação clínica interessante a nível daquilo que é o internamento de um doente na dor torácica e os procedimentos a que é sujeito e, fundamentalmente, a nível de cuidados de Enfermagem.

O estudo de caso é indispensável para proporcionar um cuidado individualizado e personalizado, colocando a pessoa cuidada num plano singular. O objectivo da realização do Estudo de Caso é, sobretudo, identificar os problemas e necessidades do doente, tentando adequar as estratégias disponíveis e personalizar os cuidados de Enfermagem contribuindo, assim para tentar solucionar os problemas e necessidades do doente, tal como, contribuir para um melhor nível de saúde e bem-estar físico, psíquico e espiritual.

Para a realização deste estudo de caso, o processo de recolha de dados foi efectuado através do diálogo com a doente, observação da mesma assim como o seu processo clínico.

As competências mais desenvolvidas foram as educativas, pedagógicas e de investigação.

## **2 – MÓDULO II - UNIDADE DE QUEIMADOS / UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS**

O Hospital da Prelada, designado por Hospital Dr. Domingos Braga da Cruz é uma instituição que pertence à Santa Casa da Misericórdia do Porto e que iniciou a sua actividade em Outubro de 1988. As valências, desenvolvidas neste Hospital são: a Medicina Física e de Reabilitação, Ortopedia, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Geral, Urologia e ainda uma Unidade de Queimados / Unidade de Cuidados Especiais. Neste momento, aguarda-se a abertura da valência de Oftalmologia.

Até 2006 o Hospital da Prelada, assim como o Hospital da Universidade de Coimbra eram os únicos da Região Norte a ter uma Unidade de Queimados. Foi, nesse ano, inaugurada a Unidade de Queimados do Hospital de S. João.

Em Fevereiro de 2007, o Hospital da Prelada foi o 1º Hospital privado em Portugal a obter a Acreditação em Qualidade, por um organismo nacional e internacional. Recebeu a Acreditação Total em Qualidade, referente a todas as áreas do Hospital, pelo Organismo Internacional de Acreditação – HQS – UKA.

A U.Q./U.C.E. dispõe de uma estrutura física que permite tratar o doente queimado em regime de isolamento, para prevenir as infecções cruzadas. Estruturalmente é constituída por 8 quartos individuais, cada um com casa de banho; um Bloco Operatório com duas salas cirúrgicas; uma sala de realização de pensos/banhos; um gabinete médico; um gabinete de enfermeiro responsável; uma sala de trabalho; uma sala de enfermagem; uma sala de stock esterilizado; vestiários; uma copa; uma sala de stock de materiais e uma sala de sujos.

É um serviço que está preparado com ventiladores, monitores de sinais vitais, máquinas perfusoras assim como material esterilizado para a prestação de cuidados.

Esta Unidade suporta no máximo 3 doentes ventilados e 6 doentes que se encontrem queimados. Dois dos quartos existentes no Serviço ficam de reserva para os doentes internados neste Hospital.

Os enfermeiros apresentam-se vestidos com fatos específicos da Unidade, barrete, socas e estão separados do espaço exterior ao serviço através de uma barreira, materializada por uma porta.

## 2.1 – Objectivos / Actividades e competências desenvolvidas

Os objectivos que traçou para o estágio na Unidade de Queimados/Unidade de Cuidados Especiais foram:

<b>OBJECTIVOS</b>
Identificar as patologias mais frequentes;
Aprofundar conhecimentos sobre sedação, analgesia e escala de dor;
Promover a autonomia e o auto-cuidado.

As patologias mais frequentes neste serviço são as queimaduras, muito ou pouco extensas.

A primeira patologia que encontrou neste serviço foi o Síndrome de Stevens-Johnson. Apenas ouviu falar nesta patologia, no seu curso base, há 14 anos. Já não sabia o que isso era, por isso teve a necessidade de investigar sobre ela, elaborando assim, uma ficha de leitura (Anexo III).

Inicialmente achou interessante o facto destes doentes serem assistidos em unidades de queimados como aquela em que estagiou, mas não foi preciso sequer investigar muito sobre os contornos clínicos da patologia em questão para descobrir o sentido deste tipo de internamento.

A forma como estes doentes sofrem, assim como o aspecto ulceroso e papular que reveste a sua pele (como se de uma queimadura se tratasse) justifica inteiramente estes cuidados, assim como toda a dedicação que possam ter para com estes doentes.

Algo que lhe fez reflectir foi o facto desta patologia, embora sendo rara, ser muitas vezes induzidas pela medicação que se toma, e abusa, comumente no nosso dia-a-dia. Um simples AINE pode levar ao estado patológico sistémico que além da debilidade física que induz, destrói muito das estruturas psíquicas de cada doente, devido à degradação de qualidade de vida a que obriga. Isso fez-lhe reflectir muitas vezes, que além da auto-medicação ser um erro, é um risco infundado e muito perigoso.

Devido ao contacto permanente dos enfermeiros com os doentes queimados, o enfermeiro torna-se fulcral no processo que envolve o controlo da dor nos doentes internados nesta unidade.

Infelizmente a dor está presente em todas as fases da queimadura, desde o acidente até ao pós alta.

O grau e a duração da dor, dependem de factores como: extensão e localização da queimadura, estado emocional, nível de ansiedade e de tolerância à dor, experiências anteriores, cultura e idade sendo certo que a percepção da dor varia de indivíduo para indivíduo.

O trabalho numa Unidade de Queimados, envolve a assistência ao doente em estado crítico e, é um trabalho considerado stressante, devido ao intensivismo que por vezes acontece.

Existem variadas reacções da equipa de enfermagem, na prática clínica, perante uma vítima que sofreu queimaduras e que vão desde manifestações de carinho, até por vezes rigidez e firmeza.

Existem vários factores para estas reacções, entre eles a história do acidente e todas as situações que envolvem os cuidados de enfermagem a esses doentes.

Quando a história do acontecimento é por tentativa de suicídio, esta é uma situação muito complicada para a equipa de enfermagem, na medida em que não está preparada para estender os seus cuidados para outros campos tão específicos como o de psiquiatria.

Quando envolve crianças queimadas a atitude de toda a equipa multidisciplinar é a de compaixão.

Diariamente, o doente queimado é submetido à higiene corporal e à limpeza da área queimada; este procedimento gera muita dor. São os enfermeiros que presenciam as queixas de dor, avaliam a sua manifestação e agem com a finalidade de a aliviar.

Sendo, as queimaduras, lesões de extremo sofrimento sensorial é necessário recorrer à medicação analgésica forte e com efeitos secundários consideráveis, tais como, depressões respiratórias.

Um tempo antes do banho são administrados analgésicos, para que se possa elaborar os pensos eficazmente, com mais tranquilidade e menos sofrimento.

Ainda bem que grande parte dos enfermeiros desta Unidade são sensíveis ao sofrimento destes doentes, o que vai influenciar os seus comportamentos e a sua proximidade.

O banho e a realização dos pensos são os procedimentos mais dolorosos num queimado, e são efectuados todas as manhãs e sempre que necessário. Após o pequeno-almoço são avaliados os sinais vitais, administrados os medicamentos para alívio das dores e de seguida os doentes são encaminhados para a sala de banho/penso.

As medicações para o alívio das dores, estão prescritas pelo médico, caso sejam necessárias, em SOS. A decisão de fazer ou não a medicação, fica a critério do enfermeiro responsável pelo doente. Vê-se por vezes, que são os enfermeiros que insistem com os doentes para que estes aceitem a medicação, outros enfermeiros nem chegam a oferecer. Esta disparidade levou-a a reflectir. Porque é que em duas situações semelhantes surgem sentimentos e atitudes tão desfasadas? A conclusão a que chegou tem a haver com a experiência dos profissionais, aliada às escalas pré-concebidas da revelação de dor que foram desenvolvidas inconscientemente ao longo do tempo. Ao mesmo tempo, a atitude do próprio doente, o seu espírito de sacrifício e a sua forma de interacção com a doença despoletam reacções de conformidade por parte dos profissionais que o assistem.

Independente do uso da medicação, durante a realização dos procedimentos as manifestações de dor vão desde o silêncio até gritos, choro e súplicas para que o sofrimento acabe. A ansiedade precipitada sobre os procedimentos dolorosos ou não, causam aumento progressivo na graduação sentida, tornando os doentes queimados menos tolerantes à mesma.

Alguns doentes têm dificuldade em dormir, pois já estão a pensar no sofrimento do “amanhã”.

Nesta unidade, obtive competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, identificando evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar. Garantindo a gestão de medidas farmacológicas e demonstrando conhecimentos em medidas não farmacológicas para o alívio da dor.

Só se pode incentivar para a promoção da autonomia e auto-cuidado se o doente não tiver dor excessiva.

Após a administração de analgésicos o doente poderá colaborar na sua mobilidade (reabilitação), assim como no seu cuidado de higiene. Se o doente sentir dor, este retrai-se e é incapaz de se mobilizar e de se auto-cuidar.

Um dos propósitos do incentivo ao ensino do auto-cuidado é o da recuperação, total ou parcial, da mobilidade e conseqüentemente a recuperação da qualidade de vida dos doentes.

Os enfermeiros têm muita influência nesta área, do ensino. Seria bem mais fácil e rápido para o enfermeiro se fosse ele a prestar os cuidados de higiene e conforto ao doente. Mas, neste caso o ensino é fundamental para a reabilitação do mesmo, nem que demore o dobro do tempo. Tem de haver paciência de parte a parte, pois neste caso o tempo vale “ouro”.

<b>Objectivos</b>
Participar na recepção dos doentes críticos provenientes de outras unidades hospitalares e do pré-hospitalar;
Preparar as altas e as transferências dos doentes;
Identificar o suporte psicossocial do doente/família;
Participar activa/passivamente na prestação dos cuidados ao doente/família;
Conhecer e desenvolver os princípios gerais de reabilitação e posicionamento dos doentes;
Orientar a família para os cuidados a ter com o doente.

A proveniência dos doentes na Unidade faz-se através da VMER, transferência inter-hospitalar ou por transferência intra-hospitalar, depois de terem sido contactados os médicos residentes ou o cirurgião plástico e estes terem dado ordem de entrada.

Os doentes são previamente observados e avaliados, a entrada de um doente queimado na Unidade obedece a determinados critérios, sobretudo relacionados com a sua gravidade, bem como a protocolos instituídos. Os doentes com queimadura da face entram no serviço, devido ao risco de obstrução da via aérea. São também admitidos

doentes com uma área corporal queimada superior a 25% com queimaduras de 2º grau, queimaduras de 3º grau de 10% ou mais da superfície corporal total, doentes que apresentem alterações do estado hemodinâmico e respiratório que implique ventilação assistida (invasiva ou não), suporte hemodinâmico e monitorização contínua.

A extensão da queimadura, isto é, a percentagem de área corporal queimada é importante ser quantificada, pois influencia muito na actuação e indica a maior ou menor gravidade da situação. Para este cálculo existem duas formas mais utilizadas: a Regra dos Nove de Wallace e Pulaski - é o método mais rápido para a determinação da área queimada, o qual divide a superfície corporal em segmentos que correspondem a aproximadamente 9% do total; ou o Método de Lund Browder – fórmula menos demorada, mas mais precisa, permite uma apreciação minuciosa da percentagem de área corporal queimada.

O tratamento de uma queimadura na fase aguda implica: a estabilização dos sinais vitais, suporte nutricional, desbridamento da ferida, antibioterapia, encerramento da ferida, prevenção e tratamento de complicações (infecções), a reabilitação e o apoio psicológico.

Um bom acolhimento do doente queimado numa unidade possibilita minimizar os receios e angústias que acompanham o doente e permite aos profissionais um conhecimento integral deste.

Quando a Unidade está completa, o enfermeiro tem que averiguar junto do médico responsável qual o doente a transferir para a cirurgia plástica, informar o doente do motivo da transferência e informar os serviços de farmácia, secretaria, entre outros, da saída do mesmo da unidade, terminando com o providenciar da desinfeção imediata da unidade do doente.

Embora estas actividades pareçam rotineiras, a verdade é que estão impregnadas de uma riqueza científica de amplo espectro.

Aquando da recepção do doente, é essencial perceber que tipo de doente está à nossa frente, fazendo uma avaliação psicológica, se é problemático ou não, se vai necessitar de apoio psicológico, assim como os seus familiares. Através desta avaliação, procura-se perceber o funcionamento do doente nas várias dimensões psicológicas, quer a nível cognitivo, emocional, afectivo, quer a nível relacional.

Logo de imediato, deve-se estabelecer uma relação terapêutica perante o doente e a família, seleccionando de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda e depois avalia o processo de relação estabelecida. Esta relação deve ter por base a confiança e a receptividade, não realizando julgamentos nem juízos de valor.

Por vezes é necessário preparar a família para o que vai ver, quando se aproximar do seu familiar. Encontram muitas vezes o seu familiar desfigurado, por vezes ventilado, com uma panóplia de coisas à sua volta, como ventilador, monitores, máquinas perfusoras, etc.

Para prestar cuidados integrais e holísticos aos doentes queimados, é necessário uma colaboração estreita entre os membros da equipa multidisciplinar. Esta equipa é formada por: enfermeiros, cirurgiões plásticos, anestesistas, assistentes operacionais, radiologistas, psicólogos, psiquiatras, dietistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, administrativos, entre outros.

Os doentes aqui admitidos podem-se classificar como graves e não graves. Os graves são geralmente doentes ventilados ou com possibilidade de o virem a ser durante a sua estadia na unidade, ou doentes hemodinamicamente instáveis. Os doentes não graves são aqueles que estão hemodinamicamente estáveis ou que não têm probabilidade de virem a ser ventilados.

O quarto tem que estar devidamente apetrechado para o doente que vai receber. A cama deve estar feita com roupa esterilizada; o sistema de oxigénio tem montado, testado e com máscara adequada ao doente; sistema de aspiração de secreções montado, testado e com sondas de aspiração; monitorização; colocação de suporte para máquinas perfusoras. Quando o doente é considerado grave deve-se testar ventilador; colocar aquecedores no quarto; colocar o carro de emergência à porta do quarto; montar e testar o laringoscópio; preparar material para entubação endotraqueal, entubação nasogástrica, colocar colchão anti-escara; retirar a cabeceira da cama (caso seja necessário entubar); algaliação, introdução de cateter venoso central e linha arterial. E estes doentes, mais graves, devem ficar sempre que possível nos quartos mais centrais (5 ou 6).

Aquando da entrada do doente, na unidade, coloca-se no hall de recepção um biombo, o trolley chuvaire (caso o doente não seja grave), ou a cama (caso seja grave) e identifica-

se de imediato o doente com a colocação da pulseira de identificação. Os enfermeiros equipam-se com bata, luvas de protecção e máscara. Caso o doente apresente queimaduras na face, deve-se colocar um plano inclinado para elevar a cabeça, tendo como finalidade prevenir e/ou reduzir o edema da face e pescoço.

Caso o doente seja grave leva-se para a entrada um insuflador manual e uma bala de oxigénio de transporte. Aqui, o anestesista deve estar presente para a estabilização ventilatória no transporte e para a conexão ao ventilador.

Na chegada do doente, um enfermeiro deve permanecer na entrada da Unidade para a colheita de dados junto dos acompanhantes do doente, dos profissionais da saúde, ou dos familiares.

Os primeiros cuidados a serem prestados a um doente NÃO GRAVE são: transferir o doente para a sala de pensos; questionar a história do acidente; consultar processo para conhecimento de traumatismos associados, medicação em curso, analgesia efectuada; questionar o médico responsável acerca de pré-analgesia para penso; administrar medicação analgésica e ou sedativa; iniciar banho e levante de penso com cuidado, atendendo às queixas e receios do doente; elaborar penso de acordo com prescrição clínica; encaminhar o doente para o quarto, monitorizar doente e colocar medicação prescrita em curso.

Os primeiros cuidados a ter a um doente GRAVE são: transferir o doente para o quarto com a colaboração do médico responsável e anestesista; monitorização hemodinâmica; colocações de perfusões em curso; administração de medicação prescrita; colaborar na entubação endotraqueal ou conexão do doente ao ventilador; colaboração na introdução de cateter venoso central, se necessário; entubação nasogástrica e algaliação.

Os cuidados imediatos são: efectuar colheitas prescritas; providenciar Rx e ECG, se prescrito; verificar prescrições terapêuticas e providenciar a medicação; preencher modelos das dietas extemporâneas para informar a cozinha da dieta do doente e informar também o secretariado da admissão do doente, para organização de processo.

Numa primeira fase do tratamento o equilíbrio do doente, grande queimado, passa por administrar uma quantidade considerável de soroterapia, que vai compensar o doente pela sua perda de líquidos. Existe uma fórmula, designada por Fórmula de Parkland que

permite calcular para cada doente a quantidade de soro (ex: lactato de Ringer) necessário, tendo em conta a percentagem de superfície corporal queimada e o peso do doente.

**Fórmula de Parkland** = 4ml de LR ou SF x Peso do Doente (Kg) x Área Queimada

Depois de se tratar este desequilíbrio, começa-se com os procedimentos cirúrgicos e a valorização de outras intervenções, tais como: o controlo da dor, a nutrição e a prevenção da infecção.

O suporte nutricional é muito importante para o doente queimado pois as suas necessidades metabólicas estão alteradas pela queimadura. Estes doentes têm que se alimentar de uma dieta hipercalórica e hiperproteica que contribui para a sua cicatrização.

É de máxima importância a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante um doente crítico, considerando o risco de infecção face aos múltiplos contextos de actuação, tais como a necessidade de recurso a medidas invasivas, entre outras, para a manutenção da vida da pessoa.

A perda de pele enquanto barreira ao meio ambiente, expõe o indivíduo aos microrganismos e conseqüentemente a infecções que podem colocar em risco a vida do doente. A infecção continua a ser a principal causa de morbidade e mortalidade no doente queimado. Por isso, as medidas utilizadas na Unidade de Queimados para prevenção da infecção: uso de material descartável ou esterilizado, uso de luvas e bata para procedimentos, uso de touca, máscara, a lavagem e desinfecção das mãos tanto dos profissionais como das visitas, o isolamento e cuidados redobrados a doentes infectados, a limpeza e a desinfecção cuidada de superfícies e materiais e a antibioterapia.

É muito importante o ensino aos familiares para os cuidados a ter aquando da visita ao seu familiar. Eles devem retirar a roupa da rua e vestir roupa descartável, colocar máscara, touca e protecção para os sapatos. Não devem entrar com nada para entregar

ao seu familiar, sem autorização. Devem lavar as mãos antes e depois do contacto com o familiar.

Uma outra experiência que teve neste serviço foi o manter um doente ventilado, por diversos motivos (queimaduras, tromboembolismos, etc), e realizar-lhe cuidados. A experiência que detinha com doentes ventilados remetia-se a procedimentos cirúrgicos. Aprendeu que se tem que efectuar alternâncias de decúbito (dorsal e semi-dorsal) de 2 em 2 horas, evitando assim decúbito lateral puro; efectuar mobilização passiva dos membros e posicioná-los de forma anatómica; manter a fixação de tubo endotraqueal com fita de nastro, a qual muda diariamente ou em SOS; alternar posição do tubo endotraqueal diariamente; vigiar integridade cutânea; não hiperinsuflar o cuff e verificar pressão do cuff uma vez por turno; mudar sistema de aspiração diariamente, mudar circuito ventilatório de 7/7 dias; cuidados de higiene oral prestados uma vez por turno e colocar vaselina nos lábios; lubrificar o globo ocular com soro fisiológico diariamente; vigiar sinais de conjuntivite e presença de exsudado purulento; monitorização de sinais vitais e vigilância de trânsito intestinal.

<b>Objectivos</b>
Levantar as necessidades de formação sentidas pelos enfermeiros do serviço;
Realizar uma acção de formação sobre um dos aspectos considerados necessários;
Identificar os problemas das práticas profissionais, para realização de formação;
Elaborar panfleto explicativo de um assunto relevante no percurso do ensino clínico;
Colaborar nas sessões de formação aos profissionais de saúde.

Como enfermeira, tem a consciência da necessidade dos doentes comunicarem, para tentarem minimizar o seu sentimento de solidão. Detectou que neste serviço nem sempre se valorizava o acto de comunicar, e como tal, teve necessidade de elaborar e apresentar um trabalho sobre a comunicação, aos enfermeiros do serviço (Anexo IV). Esta formação decorreu no dia 25 de Novembro 2009, na U.Q./U.C.E., pelas 16h, com a duração de 45 minutos. Foi apresentada oralmente suportada por uma apresentação em

PowerPoint e, com recurso a retroprojector. Estiveram presentes a equipa de enfermagem da Unidade, a exercer funções nesse dia. Durante a apresentação, os enfermeiros da Unidade estiveram muito participativos e estiveram de acordo com a necessidade de incrementar estratégias de comunicação e/ou distração mas, para eles o problema estava no reduzido número de enfermeiros.

A partir desta conclusão tão linear acredita que esta formação serviu acima de tudo para despertar a consciência dos enfermeiros e para reflectirem sobre as práticas clínicas diárias.

Um estudo de caso é indispensável para proporcionar um cuidado individualizado e personalizado. Durante este estágio realizou um estudo de caso (Anexo V) com o objectivo de identificar os problemas e necessidades do doente e as respectivas intervenções de enfermagem.

Além de ser um instrumento de orientação da prática clínica, o estudo de caso constitui-se como um elemento reflexivo fundamental.

Como é de conhecimento comum, não existe aprendizagem significativa sem reflexão sobre a mesma.

Assim, entende que esta dinâmica introspectiva com sentido prospectivo deve ser tão frequente quanto possível. O simples facto deste instrumento obrigar à organização das ideias por itens e parâmetros de processamento conduz o enfermeiro a uma indagação contínua sobre tudo aquilo que afecta directa, ou indirectamente, o doente e terá de ser levado em conta aquando do planeamento, execução e avaliação das actividades clínicas/enfermagem.

A salientar ainda, este aspecto dinâmico inerente ao processo de enfermagem, que o dota de cariz científico. O facto de ser um processo que se constrói com base nas estruturas prévias e permite a recursividade em qualquer parte do processo, tendo em conta as avaliações constantes que o método exige, tornando-o cada vez mais adaptado e adaptativo quanto maior seja o investimento, a perspicácia e a dedicação do profissional de enfermagem.

Outra actividade que achou importante desenvolver foi a formação dos doentes e seus familiares, em fases distintas de todo o processo de internamento.

Sendo a Unidade de Queimados um serviço extremamente especializado, sujeito a normas de assepsia de elevado rigor, é fundamental que todas as pessoas que o frequentam se guiem por princípios bem definidos.

Assim achou pertinente informar as visitas quanto às atitudes a tomar aquando das visitas ao seu familiar ou amigo.

Desta forma, sentiu a necessidade de elaborar um guia para estas pessoas, que além de conter regras de actuação e esclarecimento de protocolos inerentes aos cuidados do seu entequerido, pudesse ser também uma bússola num ambiente desconhecido, distante e catalisador de inseguranças (Anexo VI).

No mesmo sentido elaborou um segundo instrumento orientador tendo por destinatários os doentes aquando da alta (Anexo VII), para que pudessem adoptar hábitos de vida saudáveis e proactivos para um aumento exponencial da sua qualidade (de nova) vida.

As competências mais desenvolvidas foram as educativas, pedagógicas e de investigação.

<b>Objectivos</b>
Colaborar e participar nas actividades referentes à gestão e administração.

Para este estágio, delineou cooperar nas variadas actividades referente à gestão, com o enfermeiro chefe ou enfermeiro responsável.

Durante o período que passou nesta unidade, não acompanhou directamente o enfermeiro chefe, na medida em que chefia dois serviços simultaneamente, o Serviço de Cirurgia Plástica e a Unidade de Queimados, como tal passava mais tempo no Serviço de Plástica e deixava em sua substituição um enfermeiro responsável na Unidade.

Não foi possível desenvolver competências na área da gestão de recursos humanos, na medida em que era o enfermeiro chefe que o fazia e não foi possível acompanhá-lo.

Compete ao enfermeiro responsável orientar os restantes elementos da equipa na resolução de problemas, garantir o correcto funcionamento do serviço, dar continuidade às orientações recebidas do enfermeiro chefe e genericamente ser responsável pelo serviço.

Acompanhou várias vezes a enfermeira responsável, com a qual colaborou na realização dos pedidos de materiais, para evitar ruptura de stocks; no pedido diário da medicação e alimentação dos doentes.

Com a Responsável realizou também, os planos de trabalho, no qual os elementos são distribuídos por doentes, respeitando os graus de dependência dos doentes, de forma a manter um equilíbrio necessário.

Todos os dias, procedia-se ao controlo dos estupefacientes, procedendo à contagem e registo dos mesmos, em folha própria.

O enfermeiro responsável gere os cuidados, otimizando as respostas dos enfermeiros, para garantir a segurança e a qualidade das tarefas delegadas.

As competências mais desenvolvidas foram de organização e gestão.

<b>Objectivos</b>
Desenvolver atitude reflexiva/critica sobre a prática de enfermagem;
Desenvolver a capacidade de análise de problemas éticos e deontológicos na prática de cuidados de enfermagem.

Durante a sua estadia na Unidade de Queimados/Unidade de Cuidados Especiais reflectiu sobre a auto-estima dos doentes. Devido à alteração da sua imagem corporal (por vezes definitiva e incapacitante), estes doentes ficam com a sua auto-estima muito diminuída.

Auto-estima inclui a avaliação subjectiva que uma pessoa faz de si mesma como sendo intrinsecamente positiva ou negativa em algum grau.

A imagem física é o retrato mental que cada um tem do seu corpo e do seu funcionamento físico em qualquer altura. É baseada na percepção do passado e do presente e inclui as atitudes e sentimentos de cada um sobre o seu próprio corpo.

A auto-estima está parcialmente relacionada com as condições materiais, económicas e sociais. Ter uma auto-estima elevada ajuda-nos a lidar com o que nos rodeia e a

enfrentar algumas crises da nossa vida. Uma auto-estima pobre prejudica seriamente a capacidade de adaptação às alterações da vida.

As intervenções de enfermagem, devem ter sempre em conta o indivíduo como um todo, o que inclui a sua auto-estima. Se assim não forem as intervenções serão, provavelmente, ineficazes.

A explicação ao doente e aos seus familiares, sobre a alteração da imagem, ajudarão na recuperação.

O enfermeiro gere a comunicação interpessoal, que fundamenta a relação terapêutica com o doente e a família, face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, demonstrando conhecimentos sobre, técnicas de comunicação perante o doente e a família, assim como estratégias facilitadoras da comunicação em pessoas com “barreiras de comunicação”.

A atitude do enfermeiro, deve centrar-se na ajuda ao doente, para o controlo da alteração física e para as suas consequências psicossociais. O enfermeiro, deve ajudar o doente a reconhecer-se e aceitar a viver com as alterações resultantes... A capacidade do doente se adaptar, a ajuda disponível e a sua família são factores muito importantes no prognóstico das alterações da imagem física.

Perante uma doença grave a auto-estima elevada pode ajudar na recuperação. Um doente com queimaduras graves pode sentir-se humilhado, deprimido ou inferiorizado se um enfermeiro ou um familiar se retrair ou ficar horrorizado com a sua aparência. Nesta situação o doente pode até mesmo recusar-se a colaborar no tratamento. O papel do enfermeiro é fundamental, pois demonstrando interesse, aceitação e evitando juízos de valor poderá evitar este tipo de situações.

As competências mais desenvolvidas foram as ético deontológicas.

### **3 – MÓDULO III – OPÇÃO (PERIOPERATÓRIO)**

Num Bloco Operatório todas as actividades são realizadas em conjunto com a restante equipa. Aqui enfermeiros, assistentes operacionais e médicos necessitam reciprocamente uns dos outros.

As actividades dos enfermeiros de bloco operatório são muito específicas, é lhes exigido uma soma de conhecimentos e habilidades de natureza diversa para o desempenho dos papéis de enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista ou no recobro.

Os blocos operatórios são considerados serviços stressantes, devido às situações inesperadas quando se “abre” um doente, assim como as situações de emergência e por também serem serviços fechados. Por tudo isto suceder, toda a equipa multidisciplinar durante um acto cirúrgico deve manter um ambiente sereno e calmo.

Num Bloco Operatório aprende-se uma panóplia de coisas, tais como:

- Fármacos, analgesia, tipos de anestésias (geral, loco-regional, bloqueios, etc), ventiladores, entubações, colocação de linhas arteriais, de cateteres venosos centrais, de desfibrilhação, de traçados cardíacos;
- Técnicas assepsia, desinfecção das mãos e do campo operatório; execução de pensos;
- Material cirúrgico e técnicas cirúrgicas; cirurgias de urgência/emergência;
- Importância de enviar peças extraídas aos doentes para anatomia patológica, devidamente identificadas.

No decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, faz parte um estágio opcional, que pode ser desenvolvido na área da Emergência Pré-hospitalar, na área do Controlo de Infecções (Comissões Hospitalares de Higiene e Controlo de Infecções) ou na área de Bloco Operatório.

Por desenvolver a sua actividade profissional num bloco operatório, há mais de 10 anos, e possuir competências nesta área, escolheu-a, para deste modo poder obter creditação (com base na experiência profissional), e ter somente de frequentar 360 horas de estágio, e não 540 como teria de fazer se não tivesse nenhuma creditação.

Embora tenha noção que, ao fazê-lo perde oportunidade de conhecer outras áreas de actuação de Enfermagem, que não conhece, não poderia ser outra a sua opção, visto ser um grande esforço (físico, intelectual e mesmo familiar) ter de cumprir dois horários diferentes.

#### **4- CONCLUSÃO**

A enfermagem, como ciência, assenta num conjunto de conhecimentos teóricos, mas também em grande parte em saberes que advêm da prática clínica. Esta dicotomia teórico-prática, permite à enfermagem fortalecer-se enquanto disciplina do saber, e teoria e prática alimentam-se mutuamente. Se este facto se reveste de grande importância para teóricos e investigadores, torna-se inquestionável a importância de enfermeiros em formação terem acesso à vertente prática da enfermagem. Deste modo, os enfermeiros podem reflectir, durante as suas experiências da vida prática, moldando a sua concepção de profissão, e sedimentando os conhecimentos teóricos previamente adquiridos.

A realização dos estágios constitui uma excelente oportunidade de complementar e aplicar os conhecimentos apreendidos nas aulas teórico-práticas.

A elaboração deste Relatório foi utilizada como instrumento de estimulação do pensamento reflexivo, acerca do seu desempenho, nestes estágios, uma vez que proporcionou a oportunidade para documentar, registar e estruturar, os procedimentos assim como a própria aprendizagem. Importante para a sua formação como Enfermeira Especialista.

Pensa, que este documento se encontra bem organizado e estruturado, permitindo-lhe atingir os objectos que estão inerentes à sua elaboração.

Foi intenção deste Relatório, fornecer uma imagem de tudo o que foi realizado ao longo destes estágios, demonstrando também todos os esforços realizados para atingir as metas pretendidas, as quais pensa ter atingido com sucesso.

Ao longo dos estágios, outras necessidades foram identificadas, levando-a obrigatoriamente a redefinir os objectivos e as actividades a realizar.

A seu ver, a elaboração deste documento, foi importante não só pela aprendizagem que obteve com a sua realização, como também pelo facto de servir como um instrumento de registo e consulta.

Apesar das dificuldades com que se deparou, pensa ter atingido os objectivos a que se propos, facto para o qual muito contribuiu o apoio e disponibilidade demonstrada pelas

enfermeiras tutoras e por todas as equipas multidisciplinares dos serviços, por onde passou.

As dificuldades, que aponta, resumem-se apenas ao esforço físico que a acompanhou na realização destes estágios, por estes serem executados em paralelo com o seu exercício profissional.

Assim, apesar de todo o trabalho que foi necessário para a realização deste relatório, pensa que, a elaboração do mesmo foi uma mais valia e complementa perfeitamente a prática clínica.

A Enfermagem Médico-cirúrgica pressupõe o desenvolvimento de competências que visam a assistência ao doente adulto e idoso, com doença grave com especial destaque para o doente em estado crítico. Estas competências permitem aumentar e padronizar boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade a prestar aos doentes.

Actuou constantemente de acordo com os princípios éticos e deontológicos, actuando sempre com respeito da autonomia, intimidade, individualidade e privacidade. Manteve sempre a confidencialidade da informação do doente, respeitando o sigilo profissional. Assumiu responsabilidades, assim como, reconheceu o direito do doente na decisão do processo terapêutico.

Durante os estágios, mobilizou e adequou os conhecimentos teóricos à prática, demonstrando interesse, curiosidade e espírito de iniciativa. Planeou e estabeleceu prioridades nas intervenções de enfermagem, dando na prática respostas em tempo útil e aplicando princípios científicos.

Adquiriu competências relacionais e de adaptação, na medida em que se inseriu bem nas organizações dos serviços por onde passou, integrando-se na equipa de saúde e estabelecendo comunicação eficaz entre eles. Demonstrou relação de ajuda com o doente e família, analisando os comportamentos e as atitudes dos mesmos.

No Serviço de Urgência teve a oportunidade de contactar com diversas realidades culturais, económicas e patológicas em adultos com diferentes faixas etárias, sendo que esta realidade possibilitou-lhe aprofundar conhecimentos, despertar para outros problemas e reflectir sobre os mesmos.

A passagem pela Unidade de Queimados/Unidade de Cuidados Especiais foi um contributo extremamente positivo para a formação, como Enfermeira Especialista em Médico-cirúrgica, permitindo-lhe adquirir conhecimentos específicos desta área e também, de adquirir competências impares para o futuro na Enfermagem.

## 5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- “A Admissão do Doente Vítima de Queimadura na Unidade de Queimados dos HUC”. Revista Sinais Vitais nº70 – Janeiro de 2007, ISSN: 0872-0844;
- Almeida, Manuel José Freitas. 2004. O respeito pela intimidade do paciente na Relação Terapêutica: Que limites?. Enfermagem Oncológica;
- “Ansiedade e Stresse na Família do Doente em Estado Crítico”. Revista Sinais Vitais nº81 – Novembro de 2008, ISSN: 0872-8844;
- Archer, Luís; Biscaia, Jorge; Osswald, Walter. 1996. Bioética. Lisboa, Editora Verbo;
- “Atendimento ao Grande Queimado no Serviço de Urgência”. Revista Sinais Vitais nº49 – Junho de 2003, ISSN: 0872-8844;
- “Câmaras Hiperbáricas na Segurança do Mergulhador”. Disponível: [www.horta.uac.pt/projectos/msubmerso/old/200308/camara.htm](http://www.horta.uac.pt/projectos/msubmerso/old/200308/camara.htm), (data da visita: 9 de Janeiro de 2010);
- COSTA, Elaine Carvalho; ROSSI, Lídia Aparecida. 2003. “As dimensões do cuidado em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico”. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v37n3/09.pdf>, (data da visita: 4 de Dezembro de 2009);
- Diário da República, 1ª Série – Nº134 – 14 Julho 2009; Lei nº 33/2009;
- “Hospital da Prelada”. Santa Casa da Misericórdia do Porto, 2007. Disponível: [http://www.scmp.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_PaginaId=1396](http://www.scmp.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=1396), (data da visita 26 de Fevereiro de 2010);

- Menche, Nicole; Schaffler, Arne. Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem, Manual para Enfermeiros e outros profissionais da Saúde. Loures, 2004, Lusociência. ISBN: 972-8383-78-9;
- Modelo de Desenvolvimento Profissional. Caderno Temático. Ordem dos Enfermeiros. Dezembro 2009.
- Modelo de Desenvolvimento Profissional. Caderno Temático. Ordem dos Enfermeiros. Janeiro 2010.
- “O Doente em Fase Terminal – Reflexão Ética”. Revista Sinais Vitais nº81 – Novembro de 2008, ISSN: 0872-8844;
- “O Enfermeiro Perante o Doente em Situação Terminal”. Revista Sinais Vitais nº38 – Setembro 2001, ISSN: 0872-8844;
- Pamela L.Swearingen; Janet Hicks Keen - Manual de enfermagem de Cuidados Intensivos - Intervenções de Enfermagem Independentes e interdependentes, 4ª Edição;
- “Porque o Cuidar, Cuida...!!!”. Revista Sinais Vitais nº49 – Junho de 2003, ISSN: 0872-8844;
- “Seleção de Resíduos Hospitalares”. Revista Sinais Vitais nº49 – Junho de 2003, ISSN: 0872-8844;
- Swearingen, Pamela; Keen, Janet. Manual de enfermagem de cuidados intensivos. Intervenções de enfermagem independentes e interdependentes. 4ª Edição. Lusociência. 2003;
- TENIZ, Liliana; PEREIRA, Diana. 2008. Disponível: <http://www.queimados.com.pt>, (data da visita: 4 de Dezembro de 2009).

# **ANEXOS**

# **ANEXO I**

## Triagem e gestão de resíduos hospitalares

Ao longo do estágio no Serviço de Urgência foi-se tendo a percepção de que as práticas desenvolvidas quer pelos profissionais quer pelos auxiliares de acção médica no âmbito da triagem e gestão dos resíduos hospitalares não eram as mais correctas, surgindo daí a necessidade de elaborar um trabalho com o intuito de se instituírem algumas mudanças no serviço.

Os **resíduos sólidos hospitalares** "[...] são os resíduos produzidos em unidades de prestação de cuidados de saúde, incluindo as actividades médicas de diagnóstico, tratamento e prevenção da doença em seres humanos ou animais, e ainda as actividades de investigação relacionadas." (Decreto-Lei nº Decreto-Lei nº 310/95, de 20 de Novembro, que estabelece as regras a que fica sujeita a gestão de resíduos).

É conveniente que, todos os profissionais da área da saúde demonstrem na sua prática diária um espírito de gestão e triagem dos resíduos sólidos hospitalares, capaz de preservar não só o ambiente mas também a saúde pública.

As práticas incorrectas na deposição, recolha, eliminação e transporte dos resíduos sólidos hospitalares, no interior e exterior das unidades de saúde, acarretam um custo elevado assim como riscos potenciais para o homem e para o ambiente.

A triagem e o acondicionamento dos resíduos deverão ter lugar junto do local de produção, devendo os resíduos hospitalares serem acondicionados de modo a permitir uma identificação clara da sua origem e do seu grupo: os resíduos do grupo I e II em recipientes de cor pretos; os resíduos do grupo III em recipientes de cor branca, com indicativo de risco biológico; os resíduos do grupo IV em recipientes de cor vermelha, com excepção dos materiais cortantes e perfurantes que devem ser acondicionados em recipientes ou contentores imperfuráveis. Os contentores utilizados para armazenagem e transporte dos resíduos dos grupos III e IV devem ser facilmente manuseáveis, resistentes, estanques, mantendo-se hermeticamente fechados, laváveis e desinfectáveis, se forem de uso múltiplo.

Para além disso, o armazenamento dos resíduos deverá ser feito num local específico para os resíduos dos grupos I e II, separado dos resíduos dos grupos III e IV, que deverão estar devidamente sinalizados. O local de armazenamento deve ser dimensionado em função da periodicidade de recolha e/ou da eliminação, devendo a sua capacidade mínima corresponder a três dias de produção.

Numa primeira análise, atendendo que a instituição tem protocolos bem definidos para a respectiva triagem, a separação dos lixos não é feita correctamente nos respectivos sacos, como também nos lixos do grupo I e II não existe a reciclagem ou reutilização de cartão e papel, de vidros, de metais ferrosos e não ferrosos, de películas de raios X, de pilhas e baterias.

As nossas sugestões passam pela utilização de sacos de lixo de diferentes cores, actualmente em prática: saco preto para lixo não perigoso (Grupo I e II), saco branco para lixo perigoso (Grupo III), e saco vermelho para lixo perigoso (Grupo IV), por forma à triagem ser realizada convenientemente, mas sugeríamos também a utilização de sacos de lixo transparente que destinar-se iam apenas aos resíduos que podem ser reciclados e consequentemente tratados como resíduos urbanos, tal como o papel e os plásticos, os plásticos dos invólucros de protecção de seringas e materiais afins; papeis das mãos, folhas de papel, caixas de medicamentos vazias e folhetos informativos.

Como sugestão seria necessário a aquisição de mais baldes de lixo para o serviço e a sua correcta identificação segundo o tipo de resíduos a serem depositados.

Numa segunda análise demos conta que, apesar da existência e do conhecimento geral do boletim normativo publicado sobre os procedimentos correctos em relação aos diferentes isolamentos, elaborado pela Comissão de Controlo e Infecção (CCI) da instituição, e como resultado de algumas reflexões feitas com os profissionais que integram o serviço, a equipa é unânime ao eleger a falta de condições físicas como a principal dificuldade no cumprimento dos protocolos, referindo também, que alguns contentores não são os mais apropriados, porque quando os sacos não estão bem acondicionados, devido à sua estrutura, não facilitam o depósito dos lixos.

Depois de proporcionar todas as condições básicas e essenciais a uma triagem é que podemos avançar para a etapa de incentivo e exigência aos profissionais de saúde e auxiliares para realizarem uma triagem responsável dos resíduos.

Fica a sugestão para o serviço da necessidade de formação e reestruturação quanto à triagem de resíduos, no sentido de motivar e alertar todos os profissionais para a correcta recolha, acondicionamento e deposição destes resíduos.

Maria João Freitas

Sofia Osório

## **ANEXO II**

# ESTUDO DE CASO

Segundo Pinto (1990), “o estudo de caso é um método de investigação que pretende descrever de um modo preciso os comportamentos de um indivíduo. O indivíduo é neste procedimento o principal foco de observação”

## FIBRILHAÇÃO AURICULAR

Analogamente à fibrilhação ventricular, a fibrilhação auricular é um tipo de arritmia cardíaca em que há movimentos irregulares dos átrios cujas fibras musculares individuais agem independentemente, não existindo a contração muscular. A fibrilhação reduz o enchimento do ventrículo esquerdo, mas não leva a paragem cardíaca. Inibe completamente o nódulo sinusal, daí resulta que a aurícula deixa de contrair de forma organizada e bombeia de forma menos eficiente. O ritmo cardíaco nesta situação é geralmente irregular e rápido e pode levar a desconforto ou sintomas de dispneia. A fibrilhação auricular pode ser do tipo *paroxístico* - episódios de arritmia que se resolvem espontaneamente -, *persistente* - que tem duração prolongada, mas também se resolve espontaneamente - e *permanente*, quando não há retorno ao ritmo normal.

Afecta cerca de 100 000 pessoas em Portugal. Pode afectar adultos de qualquer idade, mas a sua frequência aumenta com a idade. No grupo acima dos 75 anos, afecta cerca de 10% da população.

Para além dos eventuais sintomas, associa-se a um risco elevado de ocorrência de acidentes vasculares cerebrais (AVC). A sua terapêutica baseia-se no controlo do ritmo ou da frequência cardíaca e na prevenção de eventos tromboembólicos.

A palpitação é o sintoma de fibrilhação auricular mais comum, a sensação desagradável decorrente da percepção não habitual do batimento cardíaco rápido e irregular. Por vezes este sintoma passa despercebido a alguns doentes, sobretudo no caso de fibrilhação auricular recorrente.

A causa da FA não é ainda totalmente compreendida, mas desenvolve-se muitas vezes em doentes com doenças cardíacas comuns como elevação da pressão arterial, doença coronária,

doença das válvulas cardíacas. Pode associar-se a alterações do funcionamento da glândula tiróide, ingestão exagerada de álcool e infecções pulmonares.

### **O que acontece durante a fibrilhação auricular?**

O ritmo cardíaco é governado pelo nóculo sino-auricular – um conjunto de células que geram impulsos eléctricos regulares sendo estes enviados através do músculo cardíaco. Consequentemente, o músculo cardíaco é estimulado a contrair e bombear sangue. Num coração saudável a frequência das contracções segue um padrão regular, cerca de 70 pulsações por minuto.

Quando o doente apresenta fibrilhação auricular, o sistema é perturbado por impulsos eléctricos anormais que têm origem noutras partes do coração, fazendo com que a contracção do músculo cardíaco se torne descoordenada, podendo resultar em batimentos demasiadamente lentos ou rápidos, em ambos os casos poderá conduzir a que não seja bombeado o sangue necessário ao funcionamento regular do organismo.

### **Riscos e complicações**

O cardiologista alerta para a necessidade de tratar a condição de fibrilhação auricular com a maior brevidade possível, já que poderá conduzir a graves complicações. Devido às contracções descoordenadas, as câmaras cardíacas, as aurículas em particular, não se esvaziam por completo, permitindo que o sangue se acumule e forme um coágulo.

Consequentemente, existe o risco de que este coágulo se desloque para outros órgãos, nomeadamente para as artérias do cérebro, conduzindo a uma potencial embolia, originando um acidente vascular cerebral, vulgo AVC.

## **CASO CLINICO**

Doente do sexo feminino, de raça caucasiana, com 80 anos de idade, casada, autónoma nas actividades de vida diárias e cuidadora do marido acamado, reformada, residente na Senhora da Hora. Doente com razoável estado geral, vigil, colaborante, orientada no tempo e espaço. Apresenta mucosas coradas e hidratadas, anictérica. Nega hábitos tabágicos, como hábitos etílicos, bebe 1 a 2 copos de vinho tinto às refeições. Pesa 50 kg e diz ter perdido 20kg desde que começou a tomar conta do marido. Desconhece qualquer tipo de alergias. Trata-se de uma doente com antecedentes de:

- Pneumonia Adquirida na Comunidade em Abril de 2009, teve internada na medicina a fazer antibioterapia que sortiu efeito
- Hipertensão arterial controlada;
- Diabetes Mellitus tipo 2, descompensada, deveria fazer no domicílio (28u manha + 14u noite) de Insulatard, só que a doente não auto-administra.
- Insuficiência Renal Crónica agudizada;
- Citólise Hepática (alteração das enzimas hepáticas);
- Hiponatremia;
- Hipercalemia;
- Apendicectomizada;
- Obstipação crónica;
- FA permanente, iniciou Enoxaparina terapêutica, mas por histórias de quedas frequentes, suspendeu-se a hipocoagulação e iniciou-se AAS.

### **Historia da doença**

Doente trazida ao serviço de urgência por astenia generalizada, cansaço fácil e tonturas com cerca de 2 semanas de evolução, associada a zumbidos e alterações de visão episódicos, de agravamento progressivo nos últimos 2 dias. Nega perda de consciência, dor torácica, dispneia e palpitações.

TA- 136/54 mmHg

FC- 54 b/m

### **Terapêutica prescrita**

- Ranitidina 150 mg, oral, às 21h; (anti-ácidos, anti-ulcerosos)
- Enoxaparina sódica 20 mg, sc, às 19h; (anti-coagulante, anti-trombótico)
- Rosuvastatina 10 mg, oral, às 22h; (baixar o colesterol)
- Acido acetilsalicílico 100mg, oral, 13h; (anti-inflamatório não esteróide)
- Furosemida 40mg, oral, 7h-15h; (diurético)
- Nebivolol 1,25mg, oral, 9h; (Anti-hipertensores. Vasodilatador. Depressores da actividade adrenérgica. Bloqueadores beta. Selectivos cardíacos)
- Insulina Humana, sc, 9h-12h-18h; (diminui a glicose no sangue)

Obs. se:            < 150 = 0u  
                         150 – 250 = 4u  
                         251 – 300 = 8u  
                         301 – 400 = 10u  
                         > 400 = 12u

- Monitorização de ECG, FC, FR, SAO2;
- Registo Diurese;
- Pesquisa de Glicemia.

### **Atitudes terapêuticas**

- Monitorizar electrocardiograma;
- Monitorizar frequência cardíaca;
- Monitorizar frequência respiratória;

- Monitorizar saturação de oxigénio;
- Registo de diurese;
- Pesquisa de glicemia;
- Registo de sinais vitais;
- Cateter periférico.

### **Diagnóstico de Enfermagem**

- Autocuidade: Higiene  
Interrompido
- Autocuidado: Uso Sanitário  
Interrompido
- Arritmia: Arritmia FA R.V.R. (Fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida).

### **Intervenções de Enfermagem**

- Vigiar ritmo cardíaco através de monitor cardíaco;
- Monitorizar a saturação de oxigénio;
- Monitorizar temperatura corporal;
- Monitorizar tensão arterial;
- Monitorizar a dor através da escala de dor;
- Monitorizar débito urinário;
- Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter;
- Optimizar cateter venoso periférico;
- Executar tratamento ao local de inserção do cateter;
- Trocar cateter venoso periférico;
- Monitorizar a glicemia capilar.

## **CONCLUSÃO**

A função cognitiva, risco de queda, adesão ao tratamento, facilidade de acesso a instituições de saúde para monitorização tempo de protrombina, interacções medicamentosas e possíveis

alterações necessárias na dieta e estilos de vida têm de ser tomados em consideração antes de submeter um paciente idoso com FA à anticoagulação.

Conclui-se ainda que determinados pacientes com FA deverão ser incentivados a tornarem-se mais activos na monitorização da sua terapêutica.

O apoio familiar é muito importante, para esta doente, na medida em que é uma senhora de 80 anos e com algumas limitações na tomada de medicamentos e controlo de glicemia.

O ensino à paciente e familiares é fundamental, pois terá que fazer pesquisas de glicemia com frequência, e de acordo com os resultados terá que administrar insulina “Atrapid” segundo prescrição médica.

A utente teve alta clínica.

À saída apresentava-se orientada no tempo e espaço, vigil e colaborante. Com mucosas coradas, hidratadas e anictérica. A frequência e ritmo cardíaco normalizados.

Não apresentava: palpitações, tonturas, dificuldade respiratória, cansaço, ou sensação de aperto no coração.

Sofia Isabel Osório

## **ANEXO III**

## FICHA DE LEITURA

### SINDROME DE STEVENS-JOHNSON

O Síndrome de Stevens-Johnson ou Eritema Multiforme, Síndrome de Lyell e em fases posteriores, Necrólise Epidermica tóxica, aparece como um distúrbio sistémico com envolvimento da pele e mucosas relacionadas a diversos factores, tais como infecções virais, fúngicas ou bacterianas e principalmente, a administração de medicamentos. Os mais comuns são: anti-convulsivantes (como fenobarbital), sulfamidas, anti-inflamatórios não-esteróides, incluindo o ibuprofeno, barbitúricos e antibióticos como amoxicilina e tetraciclina.

Esta doença apenas depende da reacção imunológica do organismo ás substâncias que são introduzidas externa a ela.

Pode ser causada por infecções, habitualmente após infecções virais, como o vírus do herpes simplex, influenza, parotidite, vírus Epstein-Barr, ...

A ocorrência do síndrome de Stevens-Johnson é extremamente rara e pode ocorrer em todos os sexos e raças. Na maioria dos casos ocorre em adultos entre os 20 e os 40 anos.

Esta doença pode provocar muitas dores, sofrimento e ansiedade. E em 15% a 20% dos casos pode provocar a morte.

Este síndrome é caracterizado como um processo eruptivo bolhoso agudo, em que a ruptura das bolhas resulta da formação de pseudomenbranas nos lábios, seguidos por incrustações e físsuras sangrantes. Vesículas intactas são raramente visualizadas, pois rapidamente se rompem, formando ulcerações e tornando a abertura da boca e a alimentação extremamente dolorosas.

O quadro ocular é caracterizado por uma conjuntivite purulenta bilateral.

No início as lesões têm uma distribuição simétrica na face e porção superior do tronco, que são as áreas mais gravemente afectadas. Outras manifestações não específicas que podem ocorrer são: necrose da pele, edema facial, tumefacção da língua, dor, febre alta, adenomegalias, artrites ou dores articulares, respiração superficial, hipotensão.

Em estadio avançado o corpo inteiro é coberto por erupções.

O tratamento do Síndrome de Stevens-Johnson é usualmente de suporte e sintomático: devem ser realizados cuidados meticulosos com a pele e mucosas, semelhante aos de um doente queimado, além de avaliação oftalmológica diária e acompanhamento por longo prazo. Além disso deve-se suspender de imediato ou substituir o uso da medicação que esteja relacionada ao aparecimento das lesões cutâneas.

O uso de corticosteróides no tratamento deste tipo de patologia é controverso, pois promoveria a imunossupressão, facilitando a disseminação de um eventual processo infeccioso.

Deve-se fazer fluidoterapia para prevenir a desidratação, pois o doente é geralmente incapaz de comer ou beber devido ao estado da boca. Por vezes há a necessidade da entubação nasogástrica.

Deve ser administrado suplementos de vitamina A, E, C, complexo B e Zinco para reconstruir o sistema imunológico e para a reconstrução da pele.

## **ANEXO IV**



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

Unidade Queimados / Unidade Cuidados Especiais

# COMUNICAR

**Elaborado por:**  
Sandra Machado  
Sofia Osório

**PORTO**  
**NOVEMBRO DE 2009**

## COMUNICAR

### O enfermeiro como principal agente de mudança

O enfermeiro deve estar munido de diversas competências, uma das quais é a da comunicação, pois está persistentemente presente na prática da enfermagem. A comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidado em enfermagem, é um método através do qual, pessoas interagem umas com as outras.

A palavra “comunicar” provém do latim *communicare*, o que designa pôr em comum, compartilhar, ligar, unir.

A comunicação, sendo um processo, é por isso dinâmica e evolutiva. Esta representa uma permuta de informação e compreensão entre as pessoas, com o propósito de transmitir factos, pensamentos e valores. É um procedimento humano de emissão e recepção de mensagens: o verbal e o não-verbal. O verbal contempla a linguagem falada e escrita, enquanto os gestos, as expressões corporais e o toque fazem parte da forma não verbal.

As técnicas de comunicação são o meio de expandir o relacionamento terapêutico, necessário a uma assistência de enfermagem de boa qualidade, por permitir a identificação das necessidades dos utentes. Pois estes, por perderem o contacto com o ambiente familiar, tornam-se mais sensíveis, necessitando tanto de atendimento de grande complexidade, como do relacionamento terapêutico, particularmente com a equipa de enfermagem, responsável pelos cuidados do utente hospitalizado.

Na perspectiva destes doentes, este processo de internamento é permeado pelo medo do desconhecido, como a utilização de técnicas invasivas, linguagem técnica rebuscada, pela apreensão de estar em um ambiente desconhecido, e ainda pela preocupação com a integridade física.

Segundo Stefanelli em 1993, a comunicação tem várias funções: a da investigação (recolha de dados sobre o doente); informação (envio de mensagens entre emissor e receptor ou vice versa); persuasão (levar o receptor à mudança de comportamento, sobre o qual não

tinha pensado antes); e entretenimento (mistura de persuasão com informação é utilizada para diminuir a ansiedade e favorecer a interação entre emissor e receptor).

“O processo comunicativo é a forma de estabelecer uma relação de ajuda ao indivíduo e à família.” (Saraiva, 1999)

A experiência de um internamento hospitalar cria situações únicas de stress não só para os doentes mas também para as suas famílias.

A comunicação com o doente torna possível o esclarecimento de dúvidas (evolução, prognóstico, procedimentos, normas e rotinas da instituição) e desempenha um papel importante na diminuição de tensão, sofrimento e ansiedade. Deve ser utilizada uma linguagem acessível, de acordo com o nível dos conhecimentos demonstrados pelos utentes.

O enfermeiro é o profissional que mais tempo permanece perto do doente. Por isso, deve fomentar o seu bem estar psicológico, social, espiritual e emocional. Hoje em dia é tão importante deter aptidões terapêuticas, como dominar conceitos e estratégias de comunicação.

A interacção enfermeiro-doente baseia-se em atitudes de sensibilidade, afectividade, aceitação e empatia entre ambos. A comunicação entre eles é denominada de comunicação terapêutica, porque tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde do doente e contribuir para melhorar a prática de enfermagem, ao criar oportunidades de aprendizagem e despertar nos doentes sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros (Stefanelli, 1993; Atkinson & Murray, 1989).

Ao cuidarmos de alguém, utilizamos todos os nossos sentidos para incrementar uma visão global do processo, observando continuamente o ambiente e os doentes com o intuito de promover a melhor e mais segura assistência.

“Para a nossa reflexão, vamos assumir que o cuidado emocional é a habilidade de perceber o imperceptível” Sá, em 2001, exigindo alto nível de sensibilidade para as manifestações verbais e não-verbais do doente que possam indicar ao enfermeiro as suas necessidades individuais.

A comunicação é o elemento chave para a criação de qualquer estratégia que englobe o cuidado emocional. Para que este seja prestado com distinção, é necessário sermos bons ouvintes, expressar um olhar delicado, tocar e confortar os nossos doentes, reavendo a sua auto-estima.

“O homem vai-se descobrindo, na relação com os outros. Mas há muitas dificuldades no auto-conhecimento, ninguém vê, exactamente, todas as dimensões da sua personalidade.”  
(Estanqueiro, 2005)

Para ajudar a diminuir o sofrimento e ansiedade presente, para que os cuidados sejam humanizados, integrais e individualizados é necessário avaliar os sentimentos, vontades e necessidades da pessoa que os arrecada.

“Está comprovado que nunca se alcança realmente uma boa comunicação antes que duas pessoas se decidam a trabalhar para isso. Precisamos de estudo e prática para aprender a difícil arte de comunicar.” (Powell; Brady, 2001)

Os enfermeiros devem meditar sobre a importância da utilização das técnicas de comunicação terapêutica na relação de assistência, quando o doente precisa de ajuda e segurança, necessidades essenciais a serem consideradas para uma assistência de enfermagem humanizada visando o ser humano na sua individualidade e integridade psicológica, social e espiritual.

“Estamos a viver num mundo de poucas palavras, onde a imagem predomina, em uma cultura onde a razão se sobrepõe à emoção.” (Keith, 1999)

**Hospital da Prelada**  
Unidade de queimados / Unidade de cuidados especiais

## COMUNICAÇÃO

Sandra Machado  
Sofia Osório

A palavra **"COMUNICAR"** provém do latim "communicare" o que designa pôr em comum, compartilhar, ligar, unir. A comunicação, sendo um processo, é por isso dinâmica e evolutiva.

Comunicar é um dos mais importantes aspectos do cuidado de enfermagem.

A interacção enfermeiro-doente baseia-se em atitudes de sensibilidade, afectividade, aceitação e empatia entre ambos.

Ao cuidarmos de alguém, utilizamos todos os nossos sentidos para incrementar uma visão global do processo.

"Para a nossa reflexão, vamos assumir que o cuidado emocional é a habilidade de perceber o imperceptível" (Sá, 2001)

A comunicação é o elemento chave para a criação de qualquer estratégia que englobe o cuidado emocional.

“O homem vai-se descobrindo, na relação com os outros. Mas há muitas dificuldades no auto-conhecimento, ninguém vê, exactamente, todas as dimensões da sua personalidade”  
(Estanqueiro, 2005)

É necessário sermos bons ouvintes, expressar um olhar delicado, tocar e confortar os nossos doentes, reavendo a sua auto-estima.

Para que os cuidados sejam humanizados, integrais e individualizados é necessário avaliar os sentimentos, vontades e necessidades da pessoa que os arrecada.

“Está comprovado que nunca se alcança realmente uma boa comunicação antes que duas pessoas se decidam a trabalhar para isso. Precisamos de estudo e prática para aprender a difícil arte da comunicação”  
(Powell; Brady, 2001)

# **ANEXO V**



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

Unidade Queimados / Unidade Cuidados Especiais

# ESTUDO DE CASO

**Elaborado por:**

Sofia Osório

**PORTO**

**NOVEMBRO DE 2009**

## **Sumário**

➤ 1 - Introdução	Pág.2
➤ 2 - Objectivos	Pág.2
➤ 3 - História clínica	Pág.3
➤ 4 - Antecedentes Pessoais	Pág.3
➤ 5 - Avaliação de enfermagem	Pág.3
➤ 6 - Exames complementares de diagnóstico	Pág.5
➤ 7 - Terapêutica Prescrita	Pág.6
➤ 8 - Tratamento não farmacológico	Pág.6
➤ 9 - Plano de cuidados	Pág.7
➤ 10 - Conclusão	Pág.11
➤ 11 - Bibliografia	Pág.12

## **1. Introdução**

A selecção deste estudo de caso recai sobre um doente que considero possuir uma situação clínica interessante a nível daquilo que é o internamento de um queimado com patologia associada e os procedimentos a que é sujeito e, fundamentalmente, a nível de cuidados de Enfermagem.

O estudo de caso é indispensável para proporcionar um cuidado individualizado e personalizado, colocando a pessoa cuidada num plano singular. O objectivo da realização do Estudo de Caso é, sobretudo, identificar os problemas e necessidades do doente, tentando adequar as estratégias disponíveis e personalizar os cuidados de Enfermagem contribuindo, assim, para tentar solucionar os problemas e necessidades do doente, tal como, contribuir para um melhor nível de saúde e bem-estar físico, psíquico e espiritual.

De forma a elaborar um estudo de caso abrangente e detalhado, delinieie um conjunto de objectivos, que pretendo atingir.

## **2. Objectivos**

- Elaborar uma apresentação pormenorizada da pessoa em estudo nas várias componentes;
- Descrever e fundamentar pormenorizadamente a situação em estudo, para permitir uma melhor percepção sobre o caso abordado;
- Aprofundar conhecimentos acerca de actuação em enfermagem, perante um doente queimado;
- Elaborar um plano de cuidados de enfermagem específico da doente tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE);
- Aprofundar e aplicar conhecimentos teórico-práticos anteriormente adquiridos.

### 3. História Clínica

C.M.P.A., feminino, 38 anos, raça caucasiana, solteira e nacionalidade portuguesa deu entrada na Unidade de Queimados do Hospital da Prelada a 16 de Outubro de 2009 devido a um acidente (explosão) quando tentava ligar o isqueiro, para acender um cigarro, numa bomba de gasolina. Foi levada pela VMER (viatura médica de emergência e reanimação) para a urgência do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, por volta das 18h sendo depois transferida para o Hospital da Prelada. Apresentava queimaduras de 2º e 3º grau a nível da face, couro cabeludo, orelhas, pescoço e dorso da mão esquerda.

Os primeiros tratamentos à queimadura foram executados com terricil pomada nos olhos e bacitracina na face e orelhas e administrado 8 mg de morfina (Analgésico Opiáceo) para as dores. Não apresentava estridor laríngeo, nem disfagia, nem rubor orofaríngeo.

### 4. Antecedentes Pessoais

Tem antecedentes de patologia psiquiátrica, desde os 14 anos, segundo a doente tem problemas de “esquizoafectivas” (sic). É seguida na consulta de psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e esteve aí internada todo o mês de Fevereiro de 2009.

### 5. Avaliação de enfermagem

#### **Sinais Vitais:**

Tensão Arterial: 101/51 mm/Hg;

Pulso: 63 p/min;

Temperatura: 36,3 °C;

Respiração: 16 c/min;

Saturação de oxigénio: 98% com ar ambiente.

**Dor:** de acordo com a escala numérica da dor, apresenta-se sem dor em repouso, e com dor intensa com um valor de 10 à manipulação da mão esquerda, face, orelhas e couro cabeludo, nomeadamente na realização dos pensos.

**Profissão:** Desempregada.

**Religião:** Católica.

**Ocupação de tempos livres:** Passa o dia no Centro de Dia da Serra do Pilar.

**Agregado familiar:** Vive com o namorado.

**Onde vive:** Vila Nova de Gaia.

**Peso:** 67 kg.

**Altura:** 160 cm.

**Estado de Consciência:** Consciente, orientada no tempo e espaço.

**Estado Emocional:** Doente encontra-se ansiosa, triste, nervosa e angustiada.

**Resposta verbal:** Sem dificuldades comunicativas. Apresenta uma comunicação fluente, coerente e organizada.

**Audição:** Sem dificuldades auditivas

**Visão:** sem dificuldades visuais;

**Sistema Respiratório:** Amplitude normal, ritmo regular e do tipo mista;

**Sistema Circulatório:** Sem alterações

**Padrão de sono e repouso:** Apresenta dificuldades ao adormecer e insónias.

**Pele:** Encontra-se desidratada – tem queimaduras na face, pescoço, orelhas e dorso da mão esquerda.

**Hábitos alimentares:** O suporte nutricional é muito importante para o doente queimado pois as suas necessidades metabólicas estão alteradas pela queimadura. Estes doentes têm que se alimentar de uma dieta hipercalórica e hiperproteica que contribui para a sua cicatrização. É muito importante promover o bom funcionamento gastro-intestinal, através da ingestão de líquidos precoce e de suplementos alimentares.

Tem prescrito dieta geral. Apenas não gosta de fígado e desconhece quaisquer alimentos que lhe possam causar perturbações.

**Funcionamento Genito-Urinário:** Sem alterações – urina de características amarela, límpida e cheiro suis generis. Apresenta micções varias vezes por dia, não tendo conseguido estimar o número de vezes;

**Funcionamento Gastrointestinal:** Sem alteração. Apresenta dejecções 1 vez por dia de características normais

**Hábitos de Higiene:** A doente apresenta maus hábitos de higiene, tem uma aparência descuidada.

**Doenças:** Esquizofrenia, desconhece alergias.

**Próteses e Ortóteses:** Não tem

**Doenças Familiares:** Desconhece

## 6. Exames complementares de diagnóstico

Os exames complementares de diagnóstico efectuados ao longo do internamento mostraram sempre os parâmetros bioquímicos estáveis e dentro dos parâmetros normais.

## 7. Terapêutica Prescrita

Paracetamol 1g PO, 8/8h, SOS - Analgésico e Antipirético;

Voltaren 75 mg IM, 12/12h, SOS – Anti-inflamatório, anti-reumatismais;

Petidine 50 mg IM, 8/8h, SOS - Opióide;

Omeprazol 1 comp. PO, 1 x dia – Antiulcerosos, protector gástrico;

Lorazepan 2,5 mg PO, 6/6h - Ansiolítico;

Sertralina – Anti-depressivo;

Akineton – Anti-parkinsonico;

Depakine 1 carteira PO, 1 x dia – Anti-epiléptico;

Nicotinell 14 mg, transdermica – Tratamento da dependência da nicotina;

Haloperidol 2mg EV, 8/8h, SOS – Anti-psicótico;

Oxazepan 15 mg PO, 8/8h - Sedativos / hipnóticos (benzodiazepina), ansiolítico;

Vitamina C 1 carteira, PO, 3 x dia - Vitamina;

Vitamina B 1 comp., PO, 3 x dia - Vitamina.

## 8. Tratamento não Farmacológico

### Tratamento à área queimada

O penso era realizado diariamente com Hydrotul no testa, gaze gorda e flamazin na mão esquerda e bacitracina nas orelhas e pescoço. Posteriormente alterou penso para bacitracina na testa.

- ✓ Hydrotul é um produto não aderente, com capacidades de hidratação da lesão não oclusivo para o tratamento de feridas.

### Propriedades e modo de acção

O material de suporte é composto por poliamida, impregnado por um agente hidroactivo, baseado em triglicéridos.

Este material, fino, macio e flexível garante um bom contacto com o leito da ferida. Uma vez que absorve parte da humidade excessiva da lesão, garante características de não aderência à lesão.

Está indicado para o tratamento de feridas não infectadas e sem tecido inviável, crónicas ou agudas.

- ✓ Gaze gorda: Penso imprregnado que permite manter um ambiente gordo para a cicatrização da queimadura e que impede a aderência do material utilizado à ferida.
- ✓ Pomada de Bacitracina 50 000U.I. 1% Tratamento e prevenção de infecções de queimaduras superficiais. Activa contra Bactérias Gram +, Estafilococos e Estreptococos. Não actua contra Fungos nem Bactérias Gram -.

#### **Outros procedimentos:**

- ✓ Monitorização dos sinais vitais uma vez turno;
- ✓ Dieta geral

### **9. Plano de Cuidados**

Para além do diagnosticado existem outros problemas actuais e/ou potenciais que requerem atenção e vigilância por parte da equipa de enfermagem como forma de promover uma melhor prestação de cuidados. Desta forma, durante o período de internamento, foram diagnosticados alguns fenómenos cujas intervenções estipuladas assumiam como objectivo uma melhoria gradual e significativa do estado do doente. Consequentemente, serão descritos em tabela os planos de cuidados estipulados para o Sra. C.

Fenómeno/Status	<b>Queimaduras de 2º e 3º grau na face, couro cabeludo, orelhas, pescoço e dorso da mão esquerda;</b> 16/10/2009
Resultados Esperados/	- Queimaduras em boas vias de cicatrização.

Objectivos	
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar tratamento adequado à lesão, segundo técnica asséptica;</li> <li>- Avaliar evolução da queimadura em cicatrização (diária);</li> <li>- Iniciar medidas de prevenção da infecção.</li> </ul>
Fenómeno/Status	<b>Risco de infecção por queimaduras de 2º e 3º grau</b>
Resultados Esperados/Objectivos	- Infecção ausente.
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar sinais vitais 1x turno;</li> <li>- Iniciar medidas de prevenção da infecção;</li> <li>- Executar técnica asséptica no tratamento das lesões.</li> </ul>
Fenómeno/Status	<b>Pele Seca</b>
Resultados Esperados/Objectivos	- Pele hidratada.
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hidratar pele com creme hidratante;</li> <li>- Vigiar pele;</li> <li>- Incentivar a ingestão hídrica;</li> <li>- Ensinar sobre prevenção da desidratação.</li> </ul>
Fenómeno/Status	<b>Dor de nível 5 à manipulação por queimadura actual</b>
Resultados Esperados/Objectivos	- Dor diminuída / ausente.
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar técnica de distração;</li> <li>- Gerir analgesia (antes de levantar o penso) e em SOS;</li> <li>- Monitorizar dor, através da escala de dor;</li> <li>- Optimizar ambiente físico;</li> <li>- Confortar a pessoa;</li> <li>- Ensinar a pessoa sobre gestão da dor;</li> <li>- Vigiar dor.</li> </ul>

Fenómeno/Status	<b>Ansiedade presente em grau muito elevado</b>
Resultados Esperados/Objectivos	- Ansiedade diminuída.
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encorajar a comunicação expressiva de emoções;</li> <li>- Gerir medicação em SOS;</li> <li>- Gerir ambiente físico;</li> <li>- Encorajar auto-controlo: ansiedade;</li> <li>- Escutar o doente;</li> <li>- Facilitar suporte familiar.</li> </ul>
Fenómeno/Status	<b>Angústia presente</b>
Resultados Esperados/Objectivos	- Angústia diminuída.
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerir medicação em SOS;</li> <li>- Referir comportamento de risco ao médico;</li> <li>- Gerir ambiente físico;</li> <li>- Executar técnicas de relaxamento;</li> <li>- Proporcionar suporte emocional.</li> </ul>
Fenómeno/Status	<b>Nervosismo presente</b>
Resultados Esperados/Objectivos	- Nervosismo diminuído.
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar etiologia;</li> <li>- Identificar a percepção que o doente tem acerca de situações stressantes;</li> <li>- Gerir a comunicação;</li> <li>- Gerir a medicação em SOS;</li> <li>- Executar escuta activa;</li> <li>- Facilitar suporte familiar;</li> <li>- Encorajar o autocontrolo: nervosismo;</li> <li>- Instruir sobre técnicas de relaxamento.</li> </ul>

Fenómeno/Status	<b>Tristeza presente em grau elevado</b>
Resultados Esperados/Objectivos	- Tristeza diminuída / ausente.
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar técnica de distração;</li> <li>- Executar escuta activa;</li> <li>- Avaliar etiologia;</li> <li>- Instruir sobre técnicas de gestão de problemas;</li> <li>- Promover apoio emocional.</li> </ul>
Fenómeno/Status	<b>Imagem corporal comprometida</b>
Resultados Esperados/Objectivos	- Comprometimento da Imagem corporal ausente.
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar técnica de distração;</li> <li>- Executar escuta activa;</li> <li>- Incentivar a olhar-se ao espelho;</li> <li>- Promover consciência de si mesmo;</li> <li>- Promover a imagem corporal;</li> <li>- Promover apoio emocional.</li> </ul>
Fenómeno/Status	<b>Insónia Presente</b>
Resultados Esperados/Objectivos	- Insónia diminuída / ausente.
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar padrão habitual de sono;</li> <li>- Vigiar sono;</li> <li>- Gerir medicação hipnótica SOS;</li> <li>- Gerir ambiente físico;</li> <li>- Planear horário de sono e repouso;</li> <li>- Executar técnica de relaxamento;</li> <li>- Evitar a interrupção do sono.</li> </ul>

Fenómeno/Status	<b>Uso de tabaco presente em grau elevado</b>
Resultados Esperados/ Objectivos	- Uso de tabaco diminuída / ausente;
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar técnica de distração;</li> <li>- Gerir o uso de tabaco;</li> <li>- Gerir limites e rotinas;</li> <li>- Reforçar crenças de saúde;</li> <li>- Promover auto-controlo: comportamento abusivo;</li> <li>- Promover estilo de vida saudável;</li> <li>- Ensinar sobre os malefícios do tabaco;</li> <li>- Promover apoio emocional.</li> </ul>
Fenómeno/Status	<b>Auto-cuidado de higiene alterada</b>
Resultados Esperados/ Objectivos	- Auto-cuidado eficaz;
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar o auto-cuidado: higiene;</li> <li>- Supervisionar o auto-cuidado: higiene;</li> <li>- Incentivar a lavar a boca.</li> </ul>

## 10 - Conclusão

Ao chegar ao término deste estudo de caso, posso afirmar que atingi os objectivos inicialmente propostos, muito devido à possibilidade de acompanhar de perto esta doente, durante quase todo o seu internamento.

O facto de a Sra. C. estar sempre disponível e comunicativa, foi considerado um aspecto facilitador, permitindo assim recolher o máximo de informação possível e pertinente na elaboração deste estudo. Considero ter sido estabelecida uma boa relação terapêutica com a doente o que também contribui para esta se disponibilizar a responder a todas as questões.

## 11. Bibliografia

- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem; “*CIPE® versão 1.0*”; Geneva – ICN; 2005;
  
- DEGLIN, J.H.; VALLERAND, A.H.; Guia farmacológico para enfermeiros, Lusociência, sétima edição.
  
- Instituto Nacional da farmácia e do medicamento; *Prontuário Terapêutico*; Ministério da Saúde; Dezembro de 2004;

## **ANEXO VI**

## **Unidade de Queimados / Unidade de Cuidados Especiais HOSPITAL DA PRELADA**



### **GUIA PARA VISITAS**

- A equipa de saúde da Unidade de Queimados / Unidade de Cuidados Especiais tende a responder a algumas dúvidas que possam surgir.
- A Unidade de Queimados é um serviço onde se prestam cuidados a doentes queimados e a doentes graves. Onde há uma vigilância contínua do doente por pessoal especializado e qualificado.
- No interior do serviço só pode permanecer uma visita por dia, no máximo de 1 hora, das 13 às 19 horas.
- Através da janela podem permanecer no máximo 2 pessoas, revezando-se no período das 11 e às 19 horas.
- No dia em que o doente vai ao bloco operatório, este não deve receber visitas.
- O doente quando capaz, tem o direito de recusar visitas, ou determinar por quem deseja ser visitado.

- Todas as visitas têm que obter autorização para entrarem.
- No período das visitas, sempre que solicitado, serão dadas informações pelo médico de serviço e/ou pelo enfermeiro responsável pelo doente.
- Não é permitida a entrada ao serviço de crianças.
- Os doentes podem receber telefonemas do exterior das 17h às 21h
- As visitas não devem trazer nada do exterior (roupas, comida, medicamentos, flores, etc...), a não ser que seja solicitado.
- Antes de entrar deve vestir um fato descartável, colocar touca, máscara e protecção nos pés.
- Deve lavar sempre as mãos antes e após a visita.
- Desligue o telemóvel ou mantenha-o em silêncio.
- As visitas devem procurar ter um comportamento discreto, mantendo-se em SILÊNCIO.

### **Que postura deve ter junto do doente**

#### É fundamental:

- Um sorriso, uma palavra amiga.
- Calma e serenidade;
- Um aperto de mão, uma carícia;
- Uma atitude positiva;
- Não entre em pânico, saiba que esta situação é provisória.

**Elaborado por:**  
Sandra Machado;  
Sofia Osório

Novembro 2009

# **ANEXO VII**

## Unidade de Queimados / Unidade de Cuidados Especiais

**CUIDA DE TI ...  
...TU É IMPORTANTE**



Hospital da Prelada - Porto

Orientação para Alta

### **CUIDADOS A TER:**

- Tome um banho diário, enxaguando com toalha (turca macia), sem esfregar;
- Hidratação diária com creme hidratante (sem álcool);
- Não exposição solar;
- Evitar traumatismos;
- Vestir roupa de algodão;
- Evitar contacto com fontes de calor.

### **Deve ligar para a unidade de queimados sempre que:**

- Haja aberturas da área cicatrizada;
- Haja formação de flictenas (bolhas);
- Se houver rubor, dor, edema, rigidez ou calor na ferida ou em volta dela;
- Quando há aumento de exsudado ou quando este apresenta cheiro desagradável;

**Telefone da Unidade**

228330684

### **CONSELHOS:**

- Se tiver que sair à rua, evitar horas de maior intensidade de calor (10.30h – 17h);
- Colocar protector solar de ecrã total nas áreas queimadas (cicatrizadas);
- Usar chapéu de abas largas quando sair de casa, se sofreu de queimaduras da face
- Usar mangas compridas se braços queimados;
- Nos primeiros 2 anos deve evitar ir à praia porque a pele tem tendência a hiperpigmentar, aparecendo diferentes tons de pele e manchas.
- Quando tem articulações queimadas, fazer exercício de “fisioterapia”, tais como limpar os vidros, colocar as mãos em água tépida e mobilizar para não haver retracções;
- Mobilize as áreas afectadas, mesmo que sinta dor;
- Ingira muita água e comida rica em proteínas pois são importantes na cicatrização da pele;
- Teste a temperatura da água do banho numa área corporal não queimada, por forma a evitar novas queimaduras;

- Usar sabonete com pH neutro (sabão de glicerina);
- Os sabonetes adstringentes ou desodorizantes são para evitar;
- Renove a aplicação do creme sempre que sentir a pele seca e prurido (comichão);
- Deve evitar o uso de roupa de fibra e tecidos sintéticos que aumentam o calor e a irritação da pele;
- Evite o uso de roupa justa;
- Evitar bater com as regiões cicatrizadas em áreas que possam provocar lesões. Se tal acontecer, pode aparecer pequenas flictenas (bolhas) de sangue devido à ruptura de capilares que não devem ser seccionadas mas somente drenadas, se necessário;
- Se contactar com fontes de calor (ex. fogão) ter cuidado para evitar novas queimaduras;
- Seja autónomo.

**Realizado por:**  
Sandra Machado;  
Sofia Osório

Novembro 2009

