



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

O CAMINHO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DIFERENCIADAS EM ENFERMAGEM: PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação
Crítica

Por Iva Rafaela Pereira Alves

Porto, Março de 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

O CAMINHO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DIFERENCIADAS EM ENFERMAGEM: PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO

THE PATH FOR THE ACQUISITION OF DIFFERENTIATED SKILLS IN NURSING: INFECTION PREVENTION AND CONTROL

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação
Crítica

Por Iva Rafaela Pereira Alves

Sob orientação da Professora Doutora Ana Sabrina Sousa

Porto, Março de 2022

RESUMO

O relatório foi concebido com o objetivo de demonstrar o percurso das aprendizagens ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre, servindo também como instrumento de avaliação da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”.

Durante o primeiro ano deste curso foi iniciado o contexto prático no serviço de urgência, no âmbito da Unidade Curricular a pessoa em situação crítica e família – vigilância e decisão clínica, no qual foram desenvolvidas várias competências que contribuíram para o início da mudança do pensamento critico-reflexivo, assim como o interesse na área de prevenção e controlo de infeção.

No segundo ano, no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, a componente estágio foi dividida entre dois contextos que foram devidamente caracterizados: serviço de medicina intensiva e unidade de queimados. As atividades desenvolvidas durante os dois estágios e a elaboração deste documento, alicerçaram-se nos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo dos anos, na experiência profissional e nas competências comuns do enfermeiro especialista nomeadamente nos seus domínios de responsabilidade profissional ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O desenvolvimento de competências na área de cuidados intensivos envolveu a execução de cuidados a pessoas em situação crítica tais como: a nível de comunicação com o doente e família, participação em emergências médicas internas, transporte de doentes à câmara hiperbárica e compreensão das suas funcionalidades, participação passiva nas consultas de *follow up* de enfermagem, crescimento de aptidões a nível da prevenção e controlo da infeção antes, durante e após a hemodiálise e investigação e implementação de um protocolo de higiene oral na pessoa em situação crítica com ventilação não invasiva, assim como a constante pesquisa bibliográfica e reflexão sobre os cuidados prestados.

As competências desenvolvidas na unidade de queimados centraram-se na gestão de cuidados, recursos materiais e humanos, proteção da individualidade e privacidade dos doentes assim como o contínuo desenvolvimento de aptidões a nível da prevenção e controlo da infeção como parte integrante da comissão de controlo de infeções e resistências aos antimicrobianos, realizando auditorias neste âmbito e desenvolvimento de proposta de intervenção da consulta de *follow up* de enfermagem de queimados.

O caminho académico realizado até ao momento, permite concluir que a prática clínica especializada tendo por base conhecimentos teórico-práticos com base na melhor evidência científica levou ao crescimento pessoal e profissional não só nos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, mas principalmente como enfermeira na área da prevenção e controlo de infeção.

Palavras-Chave: Competências; Consulta de Follow Up; Enfermeiro Especialista; Higiene Oral; Prevenção e Controlo de Infeção; Pessoa em Situação Crítica; Pessoa Queimada.

ABSTRACT

The aim of this report is to demonstrate the course of learning throughout the Master's Degree in Nursing with Specialization in Medical Surgical Nursing in the Area of Critically Ill Patients from Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, serving also as an evaluation tool for the Curricular Unit "Est Final and Report".

During the first year, the practical context started in the emergency service, in which several skills were developed and were a contribution for the beginning of the change in critical reflexive thought as well as the interest in infection prevention and control.

In the second year, within the scope of the Final Internship and Report Curricular Unit, the internship component was divided between two contexts that were duly characterized: intensive care unit and burn unit. The activities developed during the two internships and the preparation of this document were based on theoretical knowledge acquired over the years, on the professional experience and skills of the specialist nurse, particularly in areas of ethical and legal professional responsibility, improvement continuous quality management, care management and development of professional learning.

Skills development in the field of intensive care involved practice of care for people in critical situations, such as: communication with the patient and family, participation in internal medical emergencies, to transport patients to the hyperbaric chamber and understanding its functions, passive participation in nursing follow-up consults, to develop skills in prevention and control of infection before, during and after hemodialysis and to investigate and to implement an oral hygiene protocol for people in critical situation with non-invasive ventilation, as well as constant bibliographic research and reflection on the care provided.

The skills developed in the burn unit focused on the management of care, material and human resources, protection of the individuality and privacy of patients as well as the continuous development of skills in terms of prevention and control of infection as an integral part of the commission to control infections and antimicrobial resistance, carrying out audits in this area and developing an intervention proposal for the follow-up consultation from nurses to burned patients.

The educational path carried out so far, allows to conclude that the specialized clinical practice based on theoretical-practical knowledge with the best scientific evidence led to personal and professional growth not only in the areas of common competences of the specialist nurse, but mainly as a nurse in the scope of infection prevention and control.

Key words: Burnt Person; Competencies; Follow Up Consultation; Infection Prevention and Control; Oral hygiene; Person in Critical Situation; Specialist Nurse.

AGRADECIMENTOS

À **Professora Doutora Ana Sabrina Sousa**, pela orientação e disponibilidade que contribuíram para chegar a bom porto.

Aos **tutores** que tornaram este percurso tão produtivo, rico em conhecimento, permitindo ainda assim o companheirismo durante a sua orientação.

Ao **namorado**, pela paciência, amor e incentivo durante este caminho.

À **minha irmã**, que por mais longe que esteja, está sempre perto do coração.

Aos **meus pais**, a quem devo uma parte das minhas conquistas, por serem uma voz de incentivo e auxílio sempre que necessário.

Aos **amigos**, por compreenderem as ausências, por todo o apoio e por me permitirem confiar os momentos bons e menos bons.

Às **amigas**, que mais que presentes, contribuíram disponibilizando o seu tempo e partilhando os seus conhecimentos.

À **minha açoriana favorita**, pela partilha de conhecimentos e pelos momentos de convívio,

A **todos** aqueles que, de alguma forma, contribuíram para que este percurso se realizasse,

o meu sincero e profundo obrigado.

Como enfermeiras, temos a oportunidade de curar a mente, a alma, o coração e o corpo de nossos pacientes, as suas famílias e a nós mesmos. Podem esquecer o seu nome, mas nunca vão esquecer como os fez sentir.

(Maya Angelou)

LISTA DE SIGLAS

ATP	Trifosfato de Adenosina
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CCI	Comissões de Controlo de Infecção
CCIRA	Comissão de Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos
CDC	<i>Centre for Disease Control and Prevention</i>
COVID-19	<i>Coronavirus Disease</i>
DGS	Direção Geral de Saúde
ECDC	<i>European Centre for Disease Control and Prevention</i>
HO	Higiene Oral
IACS	Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
HAI-NeT-ILC	Programa de Vigilância da Infecção em Unidades de Cirurgia
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
PAC	Pneumonia Adquirida na Comunidade
PACS	Pneumonia Associada aos Cuidados de Saúde
PAI	Pneumonia Associada à Intubação
PN	Pneumonia Nosocomial
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências a Antimicrobianos

REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPICI	Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos
SU	Serviço de Urgência
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
ULS	Unidade Local de Saúde
UQ	Unidade de Queimados
URL	Unidades Relativas de Luz
VNI	Ventilação Não Invasiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama PRISMA para seleção da amostra	42
Figura 2 - Protocolo de Higiene Oral para Doentes Com Ventilação Não Invasiva traduzido e adaptado de Warren, Medei, Wood, & Schutte (2019).....	43
Figura 3 - Diagrama PRISMA para seleção da amostra consulta de follow up de enfermagem do doente queimado	60
Figura 4 - Organograma de planificação da consulta de follow up de enfermagem do doente queimado.....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação de Zonas de Risco.....	49
--	----

Índice

1. INTRODUÇÃO	19
2. O INÍCIO DO PERCURSO	23
3. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA	27
3.1 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	27
3.2 UNIDADE DE QUEIMADOS.....	30
4. O AMADURECIMENTO AO LONGO DO PERCURSO	33
4.1 COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	33
4.2 COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	37
4.3 COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	50
4.4 COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	55
5. CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICES	73
APÊNDICE I	75
CONTROLO DE INFEÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	75
APÊNDICE II	85
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: HIGIENE ORAL NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	85
APÊNDICE III	117
APRESENTAÇÃO POWERPOINT: HIGIENE ORAL NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	117
APÊNDICE IV.....	135
ARTIGO DE REVISÃO - HIGIENE ORAL NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: O DOENTE COM VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	135
APÊNDICE V.....	157
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: CONSULTA DE FOLLOW UP DE ENFERMAGEM DE QUEIMADOS	157

1. INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e está inserido na Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, que faz parte do plano curricular do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no 1º semestre do ano letivo 2021/2022. Tem como propósito a reflexão crítica sobre os objetivos, atividades e competências que foram desenvolvidas neste contexto durante o percurso de aquisição de competências nesta área específica.

Nesta Unidade Curricular, foram realizadas, de um total de 840 horas, 360 horas de estágio, 20 horas de orientação tutorial, 20 horas de seminário e 440 horas de trabalho individual. O período de realização das horas de contacto decorreu de 6 de setembro de 2021 a 26 de outubro de 2021, sendo que as 7 semanas seguintes se destinaram à elaboração do relatório final. O estágio teve início no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um Centro Hospitalar da área metropolitana do Porto e terminou na Unidade de Queimados (UQ) sob a orientação da Prof.^a Doutora Ana Sabrina Sousa e dos respetivos tutores.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem. O regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (n.º 429/2018) complementa esta assunção, dizendo que é esperado do enfermeiro especialista que responda eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade de cuidados.

Tendo em mente as premissas anteriores, ao longo dos últimos anos comecei a desenvolver uma necessidade em cuidar com maior nível de conhecimento e de segurança, tendo em conta que a licenciatura de base de enfermagem em Portugal, apesar de formar alguns melhores profissionais na profissão a nível

Europeu apresenta ainda várias lacunas, algumas que se preenchem com anos de experiências práticas e outras que requerem investimento na procura do conhecimento teórico produzido em cursos avançados, como as Pós Graduações, Pós Licenciaturas ou Mestrados.

Quando terminada a Licenciatura em Enfermagem, no ano de 2014, a crise sócio-económica que assolou a Europa e Portugal em 2010 e que se arrastou ao longo de alguns anos levou muitos enfermeiros a abandonarem o país, fazendo eu parte desse fenómeno migratório. O Reino Unido foi o país eleição, pela facilidade na comunicação e pelas oportunidades de trabalho.

Em Novembro de 2014 iniciei funções no Hospital de Ipswich, como enfermeira júnior numa Unidade Aguda de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), onde executei funções durante 2 anos com progressão da carreira, oportunidade de ficar como enfermeira responsável e realizar orientação de alunos. Em 2016, por motivos pessoais, regressei a Portugal, onde ingressei no Centro Hospitalar Médio Tejo – Unidade de Abrantes, inicialmente no serviço de medicina e posteriormente no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica, perfazendo no total quase 2 anos. Em 2018 foi-me oferecido um contrato para o Centro Hospitalar Universitário do Porto para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente que continua neste momento a ser o foco do meu trabalho profissional.

Assim, após 7 anos de experiências várias depois da aquisição do grau de licenciada, com formações relevantes como Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e Emergência concluída em 2017, foi pertinente e importante retomar, uma vez mais, os estudos rumo à obtenção de grau de Mestre em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica.

É essencial realçar a importância que o primeiro ano do presente curso teve, uma vez que o fortalecimento do conhecimento teórico é a base para a compreensão, a execução e o caminho para uma reflexão crítica da prática baseada na evidência.

A unidade curricular “A pessoa em situação crítica em família - vigilância e decisão clínica” que consistiu num estágio de 300 horas, realizado entre 3 de Maio de 2021 e 26 de Junho de 2021 no Serviço de Urgência (SU) de um hospital

central da área metropolitana do Porto e foi o primeiro impacto como estudante de enfermagem novamente, contudo, com uma visão mais observadora, reflexiva e crítica que levou à aquisição de algumas competências do enfermeiro especialista.

A temática escolhida para este documento é explorada no enquadramento teórico e está direcionada para uma das mais importantes competências descritas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (n.º 429/2018) que é a prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Nos três contextos da prática clínica, a prevenção e o controlo de infeção estiveram muito presentes, tornando-se por isso num foco importante para desenvolver ao longo do relatório, realçando a importância da ação dos enfermeiros na prevenção da pneumonia nosocomial através da execução de uma simples intervenção como a higiene oral no doente com ventilação não invasiva.

Os objetivos deste relatório são: descrever as atividades desenvolvidas de forma a cumprir os objetivos gerais e específicos, refletindo criticamente sobre as atividades desenvolvidas demonstrando o percurso realizado ao longo dos ensinamentos clínicos, com um papel ativo no processo de aprendizagem.

A metodologia utilizada ao longo da elaboração deste documento foi descritiva e reflexiva, concretizada na descrição das atividades realizadas durante estágio e a sua análise face às competências desenvolvidas. As normas APA foram as selecionadas para a orientação da pesquisa bibliográfica na realização deste trabalho.

Com o intuito de facilitar a compreensão, apresentar clareza nas reflexões e simplificar a consulta, este documento encontra-se organizado em cinco capítulos. A introdução precede o segundo capítulo que se dedica ao início do percurso no contexto da prática. No terceiro capítulo é realizado o enquadramento dos locais de contexto da prática clínica. O quarto capítulo é referente ao amadurecimento ao longo do percurso, onde é feita a análise crítica e reflexiva dos indicadores de avaliação, das atividades desenvolvidas e

competências adquiridas, para responder aos pressupostos do curso de mestrado e indicadores de avaliação traçados inicialmente para cada campo de estágio. Este último capítulo foi dividido em quatro subcapítulos que correspondem aos quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista preconizados pela ordem dos enfermeiros e é composto pela descrição das atividades desenvolvidas enquadradas em unidades de competência presentes em cada domínio.

A conclusão demonstra o balanço entre as competências desenvolvidas e as dificuldades sentidas para a concretização dos objetivos preconizados para a finalização deste curso de mestrado, assim como as diferenças evidenciadas na minha prática diária após o termo deste período de formação.

2. O INÍCIO DO PERCURSO

No segundo semestre do primeiro ano do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica iniciei o percurso prático frequentando a Unidade Curricular “A pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica” relativa ao ano letivo 2020/2021, no Serviço de Urgência.

De acordo com o Despacho no. 10319/2014, o serviço de urgência polivalente corresponde ao nível mais diferenciado de resposta a situações de Urgência e Emergência, pelo que deve estar preparado para dar resposta à população da sua área. No caso do centro hospitalar em causa, estima-se que atenda cerca de 300 doentes por dia.

O serviço de urgência é uma passagem obrigatória neste percurso específico no qual estou inserida e um dos mais apelativos para mim. Apesar de já ter experiência no contexto de SU, existiam diversas áreas que eram uma realidade distante para mim, uma vez que o meu percurso foi encurtado pela oportunidade de mudar de rumo. Assim, foi uma excelente oportunidade de explorar, observar e refletir sobre vários aspetos relevantes.

O Regulamento no. 140/2019 (2019) relativo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista estipula que uma das quatro competências relevantes para a formação de um enfermeiro especialista é o domínio da gestão dos cuidados.

Ao acompanhar a enfermeira tutora nas suas funções, tive a oportunidade de estar do lado da perspetiva de coordenação e tudo a que lhe está inerente, o que resultou numa ótima experiência ao nível da compreensão de tudo aquilo que nos é exigido para estar do lado de quem dita as ordens e perceber a razão de certos procedimentos não podendo, em momento algum, descorar a segurança do doente, mas também a qualidade do ambiente de trabalho e o trabalho em equipa.

Segundo Borges (2013), a equipa de enfermagem é constantemente confrontada com vários tipos de conflito devido a assimetrias de poder, quer pela organização ou pela distribuição de trabalho, uma vez que as instituições de saúde são locais com grande potencial de acontecimentos conflituosos por terem

vários profissionais com diferentes níveis de formação a cuidarem de pessoas que têm a sua própria individualidade.

O enfermeiro coordenador é uma extensão do enfermeiro-chefe, uma vez que o mesmo não consegue estar presente 7 dias por semana, 24 horas por dia. Por esse motivo, este enfermeiro é em quem o chefe delega várias funções de gestão, como a de recursos humanos, materiais e de conflitos, visto que, na ausência do chefe, este é o responsável máximo de enfermagem no serviço de urgência. Posto isto, é notória as implicações que uma boa gestão tem num serviço.

Uma outra competência trabalhada neste estágio foi o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, uma vez que a oportunidade de erros, a comunicação de informação privada e confidencial, assim como a privacidade do doente foram objeto de reflexão durante este período.

Os erros humanos são mais incidentes no meio hospitalar, uma vez que os riscos são maiores e eventualmente mais graves, devido a inúmeras situações, como o desenvolvimento da tecnologia, a desmotivação, a delegação de cuidados de enfermagem sem a supervisão mais correta, rácios de enfermagem inapropriados com acréscimo de turnos e más condições laborais, assim como uma interdependência dos profissionais incluídos onde cada um acredita que o outro faz a sua parte, descorando a comunicação (Abreu, 2015).

A comunicação é efetivamente uma das competências mais importantes na profissão de enfermagem, devido às capacidades que são necessárias para comunicar com pessoas de diferentes níveis de educação, assim como o diálogo entre pares e outros profissionais de saúde.

A comunicação entre médico e enfermeiro ainda precisa de ser trabalhada, uma vez que é frequentemente interrompida e pouco eficaz. Na minha prática diária, este tipo de interação é mais assertiva, no entanto, como as equipas de médicos são diferentes diariamente, pode conduzir à falta de cooperação e espírito de equipa que são necessários de forma a obter o máximo de eficácia e qualidade, diminuindo a probabilidade de errar.

Stein, Frankel & Krupat (2005) referem que a comunicação eficaz é essencial, não só porque se relaciona com os resultados do cuidar, mas também porque é

a essência daquilo que torna a medicina um empreendimento humano. Neste contexto de estágio, a comunicação por parte do profissional de enfermagem com o doente e com a família é despersonalizada, por ser realizada, na sua maioria das vezes em espaço aberto, onde toda a gente pode ouvir informação que deve ser confidencial e privada.

No código deontológico do enfermeiro, Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, o artigo 106º relativo ao dever do sigilo refere que toda a informação sobre a pessoa doente e sobre a família tem de ser considerada confidencial, assim como a partilha de informação deve ser realizada apenas com aqueles que estão implicados no plano terapêutico do mesmo.

Para além disso, existe, na maior parte dos turnos, uma grande ginástica a nível de espaço físico para conseguir manter a privacidade e dignidade dos doentes, principalmente em situações de cuidados básicos de higiene. Silva (2007), reforça exatamente esta ideia e diz ainda que existe um grande constrangimento no que toca à privacidade e ao pudor do doente, sendo, no entanto, algo permanente neste tipo de serviço. A enfermeira tutora fez um ótimo trabalho em demonstrar várias estratégias e lugares mais privados para a execução de procedimentos que exigem essa mesma privacidade.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi também uma das competências descritas no Regulamento no. 140/2019 (2019) conseguidas através da consciencialização e reflexão sobre a importância da prevenção e do controlo de infeção, fazendo esta também parte de uma das competências específicas do Regulamento no.429/2018 (2018).

A prevenção de infeções é um grande desafio no SU, pois os doentes que necessitam de tratamento neste serviço estão, normalmente, gravemente feridos ou em situação crítica, tendo um grande potencial para disseminar doenças infecciosas transmissíveis aos profissionais que não se encontram devidamente protegidos, e mesmo a outros doentes. No entanto, eles mesmos estão sujeitos a contrair uma infeção associada aos cuidados de saúde que lhes são prestados (Liang, Riethman & Fox, 2014).

Efetivamente, o controlo da transmissão de infeções no serviço de urgência é algo bastante difícil de gerir, todavia, penso que os enfermeiros que trabalham

neste local estão muito bem treinados e despertos para todas as precauções que são necessárias ter, ao contrário de profissionais de saúde que não estão acostumados a lidar com situações emergentes.

Foi realizada uma reflexão crítica sobre esta temática que se encontra em Apêndice I para consulta.

Este estágio foi, sem dúvida, um momento de formação e reflexão na prática que favoreceram a consolidação de conhecimentos, capacidade de autocrítica e autoavaliação. Constituiu-se num grande desafio, devido às alterações realizadas na própria dinâmica do serviço, a adaptação constante dos profissionais ao mesmo e a minha adaptação à equipa e à mudança organizacional.

3. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA

A escolha dos locais de estágio está intimamente relacionada com o interesse pessoal pelo cuidado ao doente crítico nas diversas vertentes. O facto de exercer funções numa Unidade de Cuidados Intensivos torna possível o desenvolvimento de algumas competências nesta área, mas cria, sobretudo, interesse e procura de informação cada vez mais recente noutras vertentes e contextos de cuidados críticos, daí ter seleccionado o SMI e a UQ.

Uma vez que este é um serviço de cuidados intensivos noutra unidade hospitalar que não a do meu contexto de prática habitual, espero ter a capacidade de desenvolver a minha prestação de cuidados num contexto diferente, apropriando recursos materiais e humanos, tornando assim mais rico o processo de evolução académica e profissional.

A unidade de queimados desperta um outro interesse, um novo tipo de doente crítico, na sua maioria, de grande instabilidade hemodinâmica. Requer um alto nível de perícia por parte do enfermeiro no seu tratamento, pelo que espero que seja um local onde consiga desenvolver diferentes níveis de competência.

A área do doente crítico surge como uma vertente de grande fascínio pessoal pela sua especificidade de conhecimentos e competências e exigência para o enfermeiro na identificação precoce e resolução rápida de problemas na pessoa em risco de vida.

3.1 Serviço de Medicina Intensiva

O Serviço de Medicina Intensiva onde foi realizado o primeiro estágio é composto por duas unidades, de nome SMI I e SMI II, cuja missão consiste na admissão de doentes críticos em que a sua situação seja potencialmente reversível, doentes no pós-operatório imediato que necessitem de monitorização, vigilância ou de suporte de função de órgão com meio técnico adequado, recebendo assim doentes do foro médico e cirúrgico. Este serviço tem a sua atividade distribuída por três vertentes: na Unidade/Serviço, na Emergência e na Consulta de *Follow-up*. Fisicamente está situado no piso -1, perto do Serviço de Urgência.

O Serviço de Medicina Intensiva I foi inaugurado a 29 de março de 2004, com capacidade para doze camas, podendo a sua lotação ser inferior após acordo entre a Direção do Serviço. De momento é constituído por dez unidades de doentes, cinco numa área comum *Open Space* e separadas por cortinas e cinco unidades de isolamento. Quatro das unidades de isolamento permitem alteração de pressão, para positiva, neutra ou negativa e dois dos quartos de isolamento têm antecâmara.

Todas as unidades têm uma cama articulada e carro de apoio individual com material necessário à prestação de cuidados. Do lado esquerdo estão dispostas as máquinas perfusoras, seringas perfusoras, máquina de alimentação entérica, entre outros. À direita pode ser encontrado o monitor, respetivos cabos de monitorização, o ventilador e restante material de apoio à via aérea, tal como o aspirador, máscaras de oxigenoterapia, sondas de aspiração, entre outros. Esta preocupação com a disponibilidade de materiais em cada unidade, que se restringem apenas ao uso exclusivo de cada doente, advém das diretrizes existentes a nível do controlo de infeção. Quando ocorrem as altas, os materiais são devidamente desinfetados e os recursos que não podem ser reutilizados são descartados.

Tem ainda um balcão de trabalho amplo, com vista sobre todas as unidades, uma sala de sujos e uma copa para preparação das refeições dos doentes.

A zona de apoio ao serviço é composta por um gabinete para o enfermeiro chefe, um gabinete para o diretor do serviço, um gabinete de enfermagem, quatro gabinetes médicos, armários para stock, uma arrecadação de equipamentos com monitores, máquinas, seringas perfusoras e material clínico, uma sala denominada laboratório onde se encontra o aparelho de broncofibroscopia, dois quartos para repouso (um para o médico de serviço e outro para o médico da sala de emergência com casa de banho), aprovisionamento e uma copa para o pessoal de serviço.

O SMI II foi construído no ano de 2020, devido à afluência de pessoas infetadas com COVID-19 a necessitarem de cuidados de medicina intensiva. Comunica com o SMI 1 através de um corredor e é composto por dez quartos de isolamento com antecâmara e dispositivos que permitem regular a pressão entre positiva, neutra ou negativa, devidamente equipados com equipamento de monitorização,

alimentação e ventilação, com mesa de apoio com gavetas e material mais utilizado na prestação de cuidados, caixotes do lixo, três janelas, sendo que uma delas é de iluminação natural e televisão. Todos os quartos dispõem ainda de uma câmara de vigilância com ligação para um monitor no balcão de enfermagem e um intercomunicador, para otimizar a comunicação entre profissionais de saúde, ou mesmo entre as pessoas hospitalizadas e os profissionais de saúde.

A zona de apoio ao serviço é ainda composta por um gabinete médico, balcão de enfermagem, uma sala de sujos, um wc para as pessoas internadas com banho assistido, um wc para os profissionais com chuveiro, uma sala de armazenamento de medicação, uma arrecadação de equipamentos com monitores, máquinas, seringas perfusoras e material clínico e uma copa para refeições.

A zona de acesso aos serviços inclui um vestiário feminino com duas casas de banho e dois chuveiros, um vestiário masculino com uma casa de banho e um chuveiro, uma sala de espera para as visitas/familiares com WC, um secretariado e uma sala de reuniões. A porta de acesso está codificada, sendo necessário código para entrar no SMI, tocar à campainha ou entrar através do reconhecimento do cartão de identificação do profissional.

No que respeita à equipa de enfermagem, neste momento, o serviço é assegurado por 9 elementos por turno, distribuídos pelas duas unidades conforme as necessidades do serviço, em que cada enfermeiro tem a seu cargo no máximo dois doentes, sendo apoiados pela Enfermeira Chefe, Enfermeiro de referência, Enfermeiro de Reabilitação e um responsável do turno que não tem doentes atribuídos, mas colabora com a restante equipa de enfermagem, assegurando o funcionamento da emergência interna. Em todos os turnos é elaborado um plano de trabalho com a distribuição das pessoas internadas por enfermeiro, atendendo ao grau de complexidade e gravidade do doente. Existe uma preocupação na promoção da rotatividade da equipa pelos diferentes doentes, permitindo o contato com diferentes patologias, terapêuticas e tratamentos, bem como um conhecimento mais detalhado de todas as pessoas internadas na unidade. Na eventualidade de surgir uma catástrofe ou uma situação excecional, compete ao enfermeiro responsável de turno a

responsabilidade de gerir essas situações conforme orientações do Plano de Emergência.

O serviço de logística (Farmácia e Aproveitamento) funciona através de um procedimento de reposição de stocks, elaborado por esse mesmo serviço e que é aplicado a todo o material clínico e de farmácia, o que implica a reposição nos stocks dos serviços clínicos num sistema de organização constituído por duas caixas (Rotas). Todas as caixas encontram-se identificadas com uma etiqueta da qual consta: designação da substância ativa, quantidade de produto a existir na caixa, localização do produto no armazém dos serviços farmacêuticos e localização da caixa no serviço clínico.

Os estupefacientes estão guardados num cofre de parede dentro de um dos armários. Os enfermeiros devem fazer o registo do medicamento em impresso próprio e as requisições devem ser enviadas à farmácia durante a manhã, em dia acordado com o serviço e levantados os estupefacientes pelo enfermeiro responsável de turno, assim que estiverem prontos.

3.2 Unidade de Queimados

A Unidade de Queimados iniciou o seu percurso em 1989 e foi-se recriando, atualizando e desenvolvendo ao longo das décadas. Em 2007 acontece aquilo que hoje dá um grande destaque ao hospital em que está inserida e a si mesma, a Acreditação Total em Qualidade pelo organismo internacional Health Quality Service.

Tem como missão o tratamento de queimados e clientes cirúrgicos que necessitem de cuidados especiais. Situa-se no segundo piso, havendo uma porta de ligação com o bloco operatório para acesso rápido em situações emergentes.

Esta é uma unidade especial e com características únicas, uma vez que tem uma zona de visitas, 1 vestiário feminino e 1 vestiário masculino à entrada da unidade, com o objetivo de minimizar a entrada de microrganismos que estão alojados na roupa do dia-a-dia. Assim, os profissionais de saúde que já teriam trocado de roupa para a farda institucional, nestes locais voltam a fazer a permuta para uma farda designada apenas para o uso interno da unidade de queimados. As visitas

trocam de roupa para uma farda descartável fornecida pelo serviço para visitarem os seus familiares.

Dispõe também de uma antecâmara antes da entrada no serviço para comunicação entre os profissionais que se encontram dentro da unidade e os profissionais que se encontram fora da unidade, como por exemplo, para realizar a entrega de medicação e de refeições para os doentes.

É constituída por 8 quartos de isolamento que por defeito se encontram com uma atmosfera de pressão positiva, com antecâmaras de entrada e saída, devidamente preparados para a receção de doentes críticos, com acesso para ventilação mecânica invasiva, máquinas de diálise se necessário e casa de banho. Tem 1 bloco operatório para cirurgias ligadas à área da cirurgia plástica que também tem função de balneoterapia para os doentes que têm indicação clínica para realização de banho no chuveiro, 1 sala de tratamentos, sala de profissionais, 1 gabinete médico, local para acondicionamento de materiais esterilizados, zona de sujos, zona de visitas, copa, 1 vestiário feminino, 1 vestiário masculino e 3 instalações sanitárias.

Apresenta também um balcão de enfermagem no meio da unidade com um monitor de controlo para vigiar a condição hemodinâmica de cada doente, uma vez que se encontram em quartos isolados e a vigilância é menor, 3 computadores para realização de registos, telefones e materiais de apoio.

Em momento de pandemia, a equipa de enfermagem tem um número incerto de elementos e encontra-se num momento frágil, devido a movimentação de profissionais. Contudo, permanecem enfermeiros peritos nesta área, com gosto e vontade de transmitirem os seus conhecimentos.

A reposição do stock de materiais é feita através de pedidos em sistema para o armazém, com exceção dos materiais esterilizados que são pedidos diretamente à esterilização. A reposição de produtos de farmácia é realizada através de pedido direto no nome de cada doente, associando assim os gastos de material a cada um dos doentes (como por exemplo material utilizado para realizar tratamento de feridas). A medicação prescrita para cada doente vem em unidoses e é verificada pela equipa de enfermagem assim que chega à unidade.

Os estupefacientes estão guardados num cofre de um carro móvel. Os enfermeiros devem fazer o registo do medicamento em impresso próprio e as requisições são enviadas à farmácia e levantados posteriormente pelo enfermeiro responsável de turno, assim que solicitado.

4. O AMADURECIMENTO AO LONGO DO PERCURSO

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe que o profissional partilhe um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde que envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, liderança, abrangendo o compromisso de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que possibilita o avanço contínuo da prática de enfermagem (Regulamento no. 140/2019).

Ao longo do curso de mestrado foram apresentados objetivos comuns para todos os estudantes, porém simultaneamente delinee indicadores de avaliação que pretendia ver atingidos na vertente prática do curso, levando assim ao desenvolvimento das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. Por conseguinte, de forma a descrever claramente o processo de aquisição de competências, este capítulo está organizado pelos quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

4.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A demonstração de um exercício seguro, profissional e ético, assim como uma prática respeitadora dos direitos humanos, que analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, promovendo uma gestão de situações potencialmente comprometedoras para as pessoas fazem parte de um conjunto de competências inerentes ao enfermeiro especialista (Regulamento no. 140/2019).

Considerando as mesmas, neste domínio será dada resposta ao seguinte indicador de avaliação de resultados: **reflexões críticas com os tutores sobre as práticas profissionais desenvolvidas nos locais de estágio.**

A profissão de enfermagem pode ser exercida livremente, sem qualquer tipo de limitações, exceto as designadas no REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro) e no Código Deontológico. Este último descreve

quais os valores universais que devem ser transmitidos e observáveis nas relações profissionais estabelecidas: a igualdade, a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, a verdade, a justiça, o altruísmo, a competência e o aperfeiçoamento profissional (Lei 156/2015, 2015).

O primeiro artigo da Base 2 correspondente aos direitos dos utentes descritos pela Lei de Bases da Saúde (Lei 95/2019, 2019, p. 56) refere três alíneas importantes para a prática de enfermagem que vão de encontro aos valores universais dos enfermeiros:

- Direito à “proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade”;
- Direito a “aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde”;
- Direito a “decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde”.

Logo, é da competência do enfermeiro cuidar sem discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, protegendo sempre a privacidade e a intimidade da pessoa, com a obrigação de guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento durante o exercício da sua profissão, considerando confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família. Orientar a pessoa para o profissional de saúde adequado para responder ao problema, quando este não é da sua área de competência e informar sempre todas as intervenções que dizem respeito aos cuidados de enfermagem, para que a pessoa seja livre de consentir esclarecidamente todos os procedimentos a que é sujeita, também fazem parte das competências que são adquiridas ao longo de vários anos de formação teórica e experiência prática (Lei 156/2015, 2015).

Na prática profissional do contexto de serviço de medicina intensiva do tipo *open space*, onde a divisão entre as camas de doentes é realizada apenas utilizando cortinas, é fácil descorar a privacidade e intimidade, uma vez que a preocupação

na manutenção da vida e na monitorização adequada do doente são valores que superam os anteriores.

A simples mobilização de uma cortina pode ter um grande reconhecimento, em primeiro lugar por parte dos doentes, seja pelo doente recetor do cuidado, caso este esteja acordado, ou pelo doente que está consciente e orientado algures no campo de visão da execução de tratamentos a outro doente e dispensa invadir a intimidade de outra pessoa, ou pensa que a sua intimidade e privacidade foram violadas pelo facto do seu corpo estar à disposição visual de todas as pessoas que entrassem na unidade. Em segundo lugar será sempre uma intervenção observada pelos pares, pela diferença que faz ter cortinas corridas num espaço que é normalmente aberto e talvez pela consciência de que do outro lado da cortina se encontra um ser humano igual a si próprio.

Considerando as afirmações acima, na minha prática diária, foi sempre respeitada a privacidade e intimidade dos doentes, quer no SMI, com o correr de cortinas, o moderar de tom de voz, quer na UQ, com o fechar da porta das unidades, ou com o revestir do corpo com lençóis, aquando do transporte para a sala de balneoterapia, fortalecendo a relação de ajuda dando aos cuidados uma eficácia e uma qualidade humana, assim como um carácter de profissionalismo (Phaneuf, 2005).

A privacidade e intimidade de cada pessoa não se prende apenas à exposição física, mas também à exposição de informação privada e confidencial.

No SMI a transmissão de informação durante a passagem de turno de enfermagem é realizada através de uma passagem de turno geral pelo enfermeiro que esteve responsável pelo doente para que todos os colegas tenham conhecimento do panorama geral em que se encontra cada doente e, de seguida, é efetuada a passagem de turno individual ao enfermeiro que ficará responsável pelos cuidados do doente. Idealmente, esta seria a correta metodologia a utilizar, pois promove a redução de falhas na comunicação que podem causar até 70% dos eventos adversos na saúde a nível internacional. Contudo, após reflexão com os enfermeiros tutores, demonstrei que se torna num momento prolongado e por vezes maçudo, devido à quantidade e qualidade de informação transmitida na passagem de turno geral, pois ainda existe dificuldade na seleção de informação que deve ser transmitida, chegando a ser

repetida na passagem de turno individual para o colega que assume a responsabilidade pelos cuidados do doente. A passagem de turno geral deve ser breve e concisa, contendo apenas informações breves sobre o estado geral do utente e o plano terapêutico diário. É ainda uma temática que está a ser trabalhada pelos colegas.

A qualidade da transmissão de informação é fulcral para a segurança do doente, pois está associada ao aumento da qualidade dos cuidados prestados e consequentemente relacionada à diminuição de eventos adversos e diminuição da mortalidade. A DGS, através da Norma Portuguesa 001/2017 (2017), diz ainda que as transições de cuidados seguros dependem da comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados, competindo-lhes o dever de assegurar uma comunicação clara e atempada, contribuindo para a diminuição de erros e evitando lacunas na transmissão de informação, que podem conduzir a graves quebras na continuidade de cuidados dos doentes.

Está recomendada a utilização da metodologia ISBAR (I: Identificação, S: Situação atual, B: Antecedentes, A: Avaliação, R: Recomendações) por se tratar de uma estratégia de compreensão de mensagens padronizada, simples, concisa e clara para a comunicação de cuidados no contexto de saúde. Este é um método que está a ser alvo de estudo e de formação no serviço para otimizar a transmissão de informação, uma vez que a comunicação eficaz entre profissionais de saúde deve ser oportuna, temporária, precisa, completa, atempada e bem compreendida pelo recetor (NP 001/2017, (2017).

A meu ver, um dos maiores pilares da enfermagem é a comunicação, não só entre pares, mas também com o doente, pois permite a criação de uma relação terapêutica como intervenção independente, podendo o enfermeiro chegar a ser uma referência para o doente. É referido por Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes (2010) que uma relação com qualidade entre profissionais de saúde e doentes é aquela que tem por base uma comunicação eficaz, levando assim à diminuição do risco de erro e consequente aumento da segurança e satisfação do doente, fundamentos que são essenciais para o envolvimento da pessoa doente no seu processo de saúde/doença e adesão ao seu tratameto.

Uma comunicação eficaz com o doente e com a família é essencial, não só porque se relaciona com os resultados do cuidar, mas também porque é a

essência daquilo que torna a medicina um empreendimento humano. Ao contrário do serviço de urgência, neste contexto de estágio, a comunicação por parte do profissional de enfermagem com o doente e com a família é personalizada, não só por ser realizada humanamente, mas também pela empatia e pela disponibilidade dispensada pela equipa de enfermagem em ouvir o doente e a família em local apropriado, dando espaço para expressarem as suas dúvidas e os seus medos individualmente (Stein, Frankel & Krupat, 2005).

Durante a execução e reflexão destas atividades é possível afirmar que atingi determinadas unidades de competência das competências comuns dos enfermeiros, nomeadamente a liderança de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na área de especialidade, a avaliação do processo e os resultados da tomada de decisão, a promoção e a proteção dos direitos humanos assim como a gestão de práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente, pela equipa.

4.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

As instituições de saúde, assim como a Ordem dos Enfermeiros têm desenvolvido inúmeros esforços para apoiar e potenciar programas de melhoria contínua da qualidade, de forma a elevarem os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Como futura enfermeira especialista proponho-me a desempenhar um papel inovador e dinamizador na procura, concretização e disseminação de projetos que se relacionem com a segurança e a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Neste âmbito, será dada resposta aos seguintes indicadores de avaliação de resultados correspondentes a este domínio: **Participação em ativações de emergência intra-hospitalar, se possível; colaboração nos cuidados prestados ao doente sob ventilação não invasiva; observação e participação no manuseamento dos dispositivos de diálise contínua; realização de uma revisão da literatura sobre um tema a definir; acompanhamento e participação em atividades com a enfermeira coordenadora do PPCIRA.**

Segundo Silva, Campos, Reis & Bandeira (2015), a catástrofe é um acontecimento que causa danos, destabilização económica, morte de pessoas e decadência de saúde e dos serviços de saúde, num ponto em que é necessário recorrer a apoios vindos de fora da comunidade ou da zona atingida. Contudo, o conceito de catástrofe vai muito além da sua definição, tendo por base três conceitos fundamentais: alto fluxo de vítimas; destruição de ordem material e um grande desequilíbrio entre os meios humanos e materiais de socorro e de vítimas a socorrer.

A conceção de um plano de catástrofe é um processo complexo e demorado do qual a enfermeira chefe do SMI é corresponsável, não só do hospital no qual foi realizado o estágio, mas também do município em que o hospital está inserido. Todas as semanas existem reuniões que visam a melhoria, a formação e o treino de todos os pontos necessários para que tudo corra conforme as necessidades da população, caso exista uma situação de catástrofe.

A pandemia COVID 19 veio obrigar o SMI a sofrer uma grande reestruturação, tendo necessidade de construir novos espaços apropriados para a receção de doentes com suspeita ou confirmação de COVID 19.

A Emergência Médica Interna consiste em todas as situações de paragem cardio-respiratória iminente ou encontrados dessa forma, assim como disfunções agudas entendidas como potencialmente emergentes nos serviços de internamento, meios de diagnóstico, consulta e áreas comuns do hospital. Os responsáveis por esta componente são o enfermeiro e um médico, ambos do SMI, que devem ter formação diferenciada em Suporte Avançado de Vida, garantindo uma resposta atempada que garanta que a cadeia de sobrevivência intra-hospitalar seja eficaz e eficiente. Contudo, os enfermeiros e assistentes operacionais de cada serviço do hospital têm formação adequada no que diz respeito a sinais de deterioração clínica para além do suporte básico de vida.

Assim, consegui presenciar algumas emergências médicas internas em que foi possível observar que efetivamente, os enfermeiros do internamento têm formação adequada às situações de emergência. Na maior parte dos casos, as emergências devem-se à falta de apoio médico e à inexistência de um plano de seguimento sobre o tratamento do doente.

Ao contrário do que é habitual na minha realidade de trabalho, a equipa de enfermeiros do SMI é responsável pela técnica dialítica dos doentes internados no serviço. A hemodiálise é um tratamento de substituição renal que faz a remoção do líquido e das substâncias tóxicas através de um processo de filtração e depuração de substâncias indesejáveis do sangue, como a creatinina e a ureia. É comumente realizada em doentes com insuficiência renal crónica ou aguda, já que nesses casos o organismo não consegue eliminar essas substâncias devido à falência dos mecanismos excretores renais (Urden, Stacy & Lough, 2008).

Existiu o cuidado dos enfermeiros tutores explicarem o funcionamento das máquinas e o mecanismo de ação das técnicas dialíticas na pessoa em situação crítica, uma vez que a hemodinâmica do doente e os sinais de alerta para com o doente sob tratamento já me são familiares. Compreendi que não é num estágio que conseguiria dominar a arte de iniciar a técnica dialítica, pois seriam necessárias horas de treino para ganhar a rapidez e destreza necessárias para realizar este procedimento.

Contudo, uma das maiores preocupações dos enfermeiros quando têm que submeter os doentes a esta técnica é o perfeccionismo em ligar e desligar os doentes da diálise, uma vez que na pessoa em situação crítica, é maioritariamente realizado através de um cateter central de diálise, sendo mais um dispositivo invasivo e assim porta de entrada fácil para novas infeções.

Como prevenção ou contenção destas novas infeções, existe um enfermeiro que se dedica à área do controlo de infeção, sendo o elo com a PPCIRA (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos). A PPCIRA é constituída normalmente por um ou mais enfermeiros que se dedicam apenas ao controlo de infeção, tendo um grande papel a nível de planeamento, execução, monitorização, coordenação e avaliação de atividades estratégicas que definem (Silva & Rodrigues, 2018).

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em pessoa crítica, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2017), o enfermeiro especialista deve promover a prevenção, intervenção e controlo da infeção, de forma a atingir a excelência dos cuidados prestados adequado ao contexto e à necessidade de utilizar medidas invasivas na pessoa com doença

aguda ou crónica. Desta forma, o enfermeiro participa na conceção de planos, define estratégias, gere e lidera a implementação, prevenção, intervenção e controlo da IACS, capacitando as equipas de profissionais que o rodeiam.

Durante o estágio, os tutores fizeram perceber que, por vezes, a mais pequena intervenção se transforma numa grande mudança de comportamento. Fui incentivada a alargar o olhar sobre os cuidados de enfermagem realizados no SMI e a refletir sobre eles. Como resultado, realizei uma revisão da literatura sobre Higiene Oral em pessoas em Situação Crítica sob tratamento com Ventilação Mecânica Invasiva (VNI) (que se encontra em Apêndice II), com o objetivo de determinar qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação não invasiva em meio hospitalar que constitui, inevitavelmente, uma das medidas para a prevenção da pneumonia nosocomial.

A PAC (Pneumonia Adquirida na Comunidade) é diagnosticada quando a apresentação de sinais, sintomas e alterações radiológicas ocorrem num doente com infeção do trato respiratório inferior causada por agentes na comunidade ou que surge até 48h após a admissão em meio hospitalar. A pneumonia nosocomial (PN) desenvolve-se em doentes internados no hospital há mais de 48 horas. A Pneumonia Associada à Intubação (PAI) deriva da PN e o seu diagnóstico é feito quando correlacionada com a presença de um dispositivo respiratório invasivo (ainda que de forma intermitente) nas 48 horas anteriores ao início da infeção (ECDC, 2015; Guimarães, Santos, Costa, & Barata, 2011; Torres et.al., 2017).

Uma vez que a incidência de pneumonia nosocomial é significativa nos doentes que fazem tratamento com VNI, é de realçar que uma das intervenções de enfermagem que pode ser preponderante na redução dos microrganismos causadores desta infeção é a higiene oral (HO). Este é o cuidado prestado à mucosa bucal para restaurar e manter o equilíbrio microbiológico, com a finalidade de limpar dentes, língua, gengivas, mucosas e qualquer outro dispositivo presente nesta zona (Nogueira & Jesus, 2017).

Nas unidades de cuidados intensivos, a HO tem sido cada vez mais evidenciada e reconhecida como um procedimento importante na base dos cuidados de enfermagem para prevenir a PN, otimizar saúde e promover qualidade nos

cuidados ao doente, pois estes estão expostos a microrganismos que podem causar doenças sistêmicas oportunistas associadas à proliferação, contaminação e aspiração de bactérias da cavidade oral (Nogueira & Jesus, 2017).

Para a revisão da literatura, as bases de dados que serviram como suporte de pesquisa foram: PubMed, BVS, RCAAP e CochraneLibrary, sendo a mesma realizada entre os dias 19 de setembro a 15 de outubro do ano 2021, utilizando como descritores MeSH e operadores booleanos, os seguintes termos: *oral care AND hospital*; ventilação não invasiva *AND* higiene oral; pneumonia adquirida em hospital *AND* higiene oral e *noninvasive ventilation AND oral hygiene*.

A pesquisa inicial deu origem a 80 artigos, pelo que foi necessária a elaboração de elegibilidade para afunilar os resultados para o menor, mas necessário número artigos científicos. Os critérios de inclusão aplicados foram: espaço temporal entre 2007 e 2021; pessoas com idade superior ou igual a 18 anos e idioma em inglês ou português. Os critérios de exclusão foram: artigos sobre higiene oral em doentes com ventilação mecânica invasiva e artigos com metodologia pouco clara. Após a análise dos diversos artigos, foram excluídos 2 artigos duplicados. Pelo título foram excluídos 41 artigos e pelo resumo 19 artigos. Após leitura integral do texto, foram excluídos 13 artigos por não estarem relacionados com o tema. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade foram selecionados 5 artigos para integrar esta revisão.

No diagrama PRISMA estão identificadas as fases de seleção da amostra (Figura 1). A apresentação do diagrama foi inspirada no modelo apresentado por Moheret, et al. (2009).

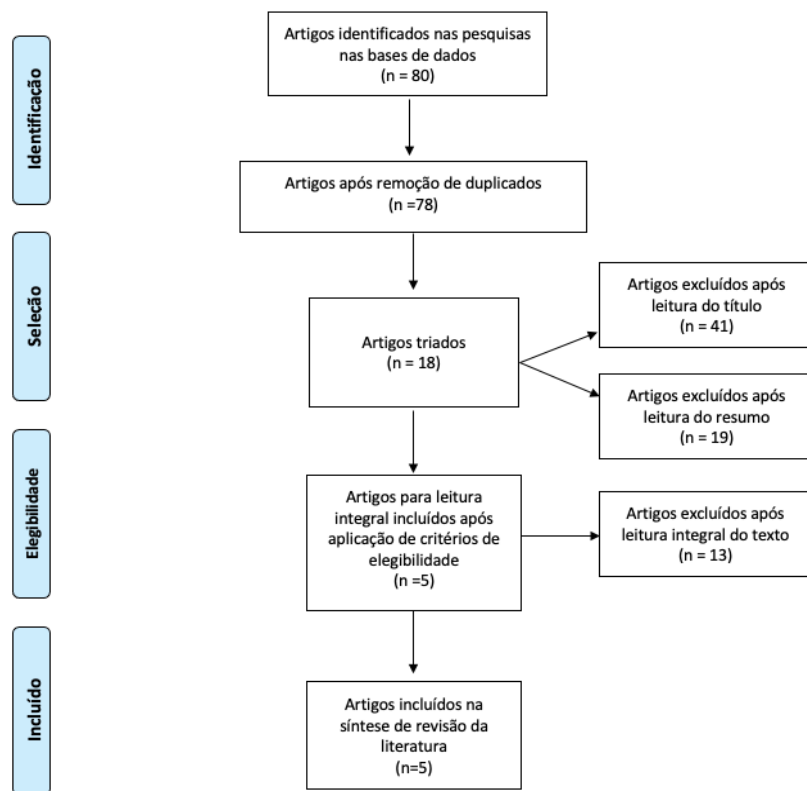


Figura 1 - Diagrama PRISMA para seleção da amostra

Depois da devida análise de cada artigo, verifiquei que a evidência científica sobre a higiene oral nos doentes a receber terapia por VNI é ainda reduzida e todos os autores que se debruçaram sobre este assunto sugerem que seja mais estudado através da implementação de vários protocolos, com amostras populacionais mais significativas, para que os resultados sejam mais precisos e fiáveis.

Ainda assim, foi possível atingir o objetivo, pois o protocolo mais adequado para a execução de uma correta higiene oral de doentes com ventilação não invasiva foi encontrado na revisão da literatura, protocolo realizado por Warren, Medei, Wood, & Schutte (2019). Foi realizada a tradução do mesmo para português e adaptado para o contexto a ser utilizado (Figura 2).

A adoção de uma conduta antecipatória que previna a identificação de práticas de risco, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem, são essenciais, pelo que a prevenção e o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde foi uma área bastante explorada.

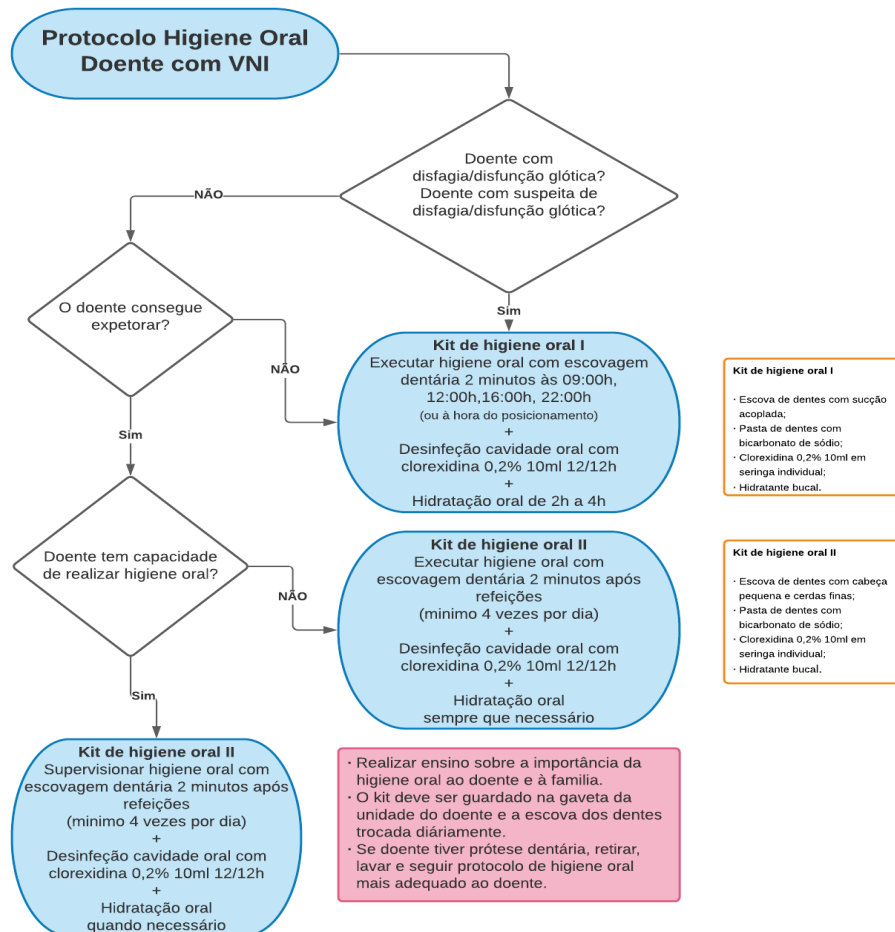


Figura 2 - Protocolo de Higiene Oral para Doentes Com Ventilação Não Invasiva traduzido e adaptado de Warren, Medei, Wood, & Schutte (2019)

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) complicam o tratamento do doente e são uma fonte significativa da morbilidade e mortalidade, bem como de desgaste e consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários, para além de que cerca de um terço serem evitáveis (DGS, 2013).

Contudo, apenas em 2004 o Programa Nacional de Controlo de Infeção, que havia sido criado em 1999, entrou para o Plano Nacional de Saúde. Ainda assim, as infeções associadas aos cuidados de saúde continuaram a aumentar e a tornarem-se cada vez mais preocupantes a nível nacional (DGS, 2013). Então, em 2007, foi aprovado o novo Programa Nacional de Prevenção e Controlo da

Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, assim como a criação das Comissões de Controlo de Infeção (CCI) nas unidades públicas de prestação de cuidados de saúde integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde hospitalar, cuidados continuados e cuidados de saúde primários e nas unidades privadas (Despacho 14 178/2007, 2007).

Porém, o uso frequente e inadequado de classes específicas de antibióticos ao longo dos anos, conduziu à reprodução de bactérias multirresistentes a essas mesmas classes, problema que começou a preocupar os profissionais de saúde por pôr em causa a segurança de várias intervenções e processos de saúde (DGS, 2013). Na esperança de combater esta problemática, em 2010 foi aprovado o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos com o objectivo de reduzir urgentemente os microrganismos com resistência aos antimicrobianos, nomeadamente através do uso prudente de antibióticos (Despacho 15769/2010, 2010).

Apesar de todos os esforços efetuados até 2010, Portugal continuou a apresentar elevadas taxas de infeção associada aos cuidados de saúde, assim como de resistências aos antimicrobianos e de uso de antimicrobianos, tornando-se, segundo evidência científica, um dos países da união europeia com a taxa de doentes com infeção hospitalar e a taxa de doentes internados sob terapêutica antibiótica superiores à média (DGS, 2013).

Em 2013 houve uma reestruturação dos dois programas, convergindo-se naquele que hoje conhecemos por PPCIRA, ou seja, Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências a Antimicrobianos, cujo principal objetivo é a prevenção, controlo da infeção e da transmissão cruzada de microrganismos e a prevenção de resistências aos antimicrobianos (DGS, 2013 e Despacho 2902/2013, 2013).

Durante o estágio na UQ foi possível acompanhar a enfermeira responsável pela Comissão de Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos (CCIRA) do hospital em questão, com a qual tive a oportunidade de aprimorar uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica: *Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência*

orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento 429/2018, 2018).

Este hospital, por ser maioritariamente de índole cirúrgico, realiza a vigilância epidemiológica de infeção do local cirúrgico. A infeção do local cirúrgico é uma das infeções nosocomiais mais frequentes, associada a altas taxas de morbilidade, mortalidade e custos, assim como está intimamente relacionada com o procedimento cirúrgico e ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou até um ano no caso de colocação de prótese ou implante (NP 024/2013, 2013 e DGS 2018).

Este item é trabalhado através do cumprimento de uma série de intervenções incluindo a preparação pré-operatória adequada, a técnica cirúrgica asséptica, a profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios, protocoladas pelo *European Centre for Disease Control and Prevention* (ECDC), em que todas as cirurgias relativas à artroplastia da anca e à artroplastia de joelho são auditadas através da introdução de dados na base de dados do Programa de Vigilância da Infeção em Unidades de Cirurgia (HAI-NeT-ILC) (NP 024/2013, 2013 e ECDC, 2015).

Deste formulário existem dois conjuntos de dados que são mais valorizados: as características da ferida cirúrgica – se desenvolveu infeção do local cirúrgico ou não e se teve necessidade de voltar ao bloco operatório para nova intervenção ou limpeza cirúrgica – e o cumprimento da profilaxia antibiótica cirúrgica. O ECDC denominou os critérios para determinar a presença de infeção e esse documento foi devidamente traduzido para português e encontra-se em anexo na NP 024/2013 (2013) relativa à Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. Este item é simples de classificar, uma vez que os registos de enfermagem fornecem facilmente esta informação.

A Norma 031/2013 (2014) relativa à Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto esclarece que a profilaxia antibiótica cirúrgica deve ser realizada em certas cirurgias limpas, nomeadamente com prótese vascular ou articular e em que a infeção do local cirúrgico se associe a elevado risco de mortalidade, indicando a cefazolina como o antimicrobiano de primeira escolha para cirurgia limpa. Nas artoplastias está indicada a realização de uma dose de carga de 2gr de cefazolina para adultos administrada nos 60 minutos que antecedem a cirurgia, para assegurar níveis tecidulares adequados na altura da incisão

cirúrgica e depois 1gr a cada 8 horas durante 24 horas. Em doentes com declaração de alergia à penicilina, está recomendada a administração de Clindamicina 900mg em dose única e gentamicina até 500mg em dose única.

O cumprimento da profilaxia antibiótica cirúrgica consiste num conjunto de dados que nem sempre são fáceis de obter devido à falta de registo, ao registo inadequado e ao facto de não se encontrarem todas as informações necessárias no mesmo local. Uma das maiores dificuldades sentidas no preenchimento desta auditoria foi a necessidade de consultar em vários programas o processo dos doentes e perceber o porquê do protocolo estar em incumprimento, investigar a existência de alergias para justificar a prescrição de antibioterapia diferente, tentar entender a razão para serem necessários mais dias de antibioterapia prescrita para além do recomendado, que resultou num maior gasto de tempo e de recursos e que poderiam ser otimizados caso existisse possibilidade dos registos serem efetuados todos na mesma plataforma informática.

Inicialmente comecei por inserir os dados na base de dados HAI-NeT-ILC, que já haviam sido recolhidos dos processos dos utentes relativos aos meses de setembro e outubro. Após a introdução de dados na plataforma, foi possível realizar a vigilância epidemiológica dos 10 meses do ano e realizar observações e comparações entre os vários meses e entre outros hospitais a nível nacional. Avaliando os dados obtidos nestas plataformas, posso afirmar que, apesar das dificuldades em recolher todas as informações necessárias para o correto fornecimento de dados, este hospital tem uma ótima performance a nível nacional durante todo o ano, pois para além de realizar o dobro das cirurgias, reduzindo bastante a lista de espera do Sistema Nacional de Saúde (SNS), ainda consegue ter taxas de infeção mais baixas quando comparado com os hospitais centrais mais bem classificados do país, assumindo uma forte posição na execução de práticas com segurança.

O registo de observações da realização da higiene das mãos na plataforma nacional das precauções básicas do controlo de infeção, foi também uma das atividades realizadas. A Higiene das Mãos é uma das medidas mais simples e efetiva na redução da IACS, mas tem um maior potencial de ação quando associada às restantes intervenções que compõem as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (NP 007/2019, 2019).

Está descrito nas *Guidelines* do CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) sobre a higiene das mãos em ambientes de saúde publicado em 2002, que os profissionais de saúde são um dos principais veículos de transmissão de microrganismos através do contacto direto ou indireto das mãos com a pele, as mucosas, locais mais estéreis ou com o ambiente no qual o doente está inserido. É uma das medidas mais relevantes na prevenção e no controlo da infeção, podendo também ter impacto no controlo das resistências aos antimicrobianos (NP 007/2019, 2019).

Os Grupos de Coordenação Local do PPCIRA das unidades de saúde devem eleger profissionais de saúde com formação e treino em controlo de infeção e em observação da Higiene das Mãos para monitorizar a adesão dos profissionais de saúde, utilizando o Formulário de Observação de Higiene das Mãos. A formação dos observadores deve ser assegurada pelo coordenador local da estratégia multimodal de precauções básicas de controlo de infeção (NP 007/2019, 2019) e (CDC, 2002).

À medida que os dados eram introduzidos na plataforma, várias questões foram surgindo e foram alvo de descrição e reflexão crítica. Um dos serviços com resultados medíocres foi o bloco operatório. Os resultados obtidos, independentemente da função exercida (médico, enfermeiro, auxiliar da ação médica, entre outros) demonstraram que a desinfeção ou lavagem das mãos não era efetuada nos momentos chave (“5 momentos” da higienização das mãos preconizada pela Organização Mundial de Saúde). Estes resultados fizeram considerar que a entrada de novos elementos e a falta de formação sobre este tema poderiam ser motivos para uma taxa de adesão à higienização das mãos tão baixa.

De facto, não estava errada sobre esta assunção, tive a oportunidade de acompanhar a enfermeira responsável ao bloco operatório onde ela comunicou pessoalmente os resultados às enfermeiras do serviço, que são o elo de ligação entre o bloco operatório e a CCIRA, onde lhe foi comunicado que as equipas das 3 classes de profissionais de saúde que mais frequentam o bloco operatório tinham sofrido várias alterações com integração de novos elementos que não tinham ainda participado nas várias formações que são ministradas ao longo do

ano sobre as Precauções Básicas de Controlo de Infecção, incluindo a higienização das mãos.

Segundo a Norma 007/2019 (2019) relativa à Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, os principais elementos para uma estratégia multimodal para o sucesso da higienização das mãos são: a formação, os programas de motivação dos profissionais, a valorização da SABA na Higiene das Mãos e a sensibilização dos profissionais para o seu uso, a monitorização regular da prática de Higiene das Mãos e do consumo dos produtos, entre outros.

A auditoria de higienização de superfícies faz parte dos afazeres da enfermeira responsável pela CCIRA, tarefa na qual eu pude participar. A evidência científica tem realçado a importância da limpeza e desinfecção de alta qualidade das superfícies como medida proposta de um programa abrangente para reduzir a IACS, pois apesar dos inúmeros esforços de sensibilização e prevenção, estas permanecem como um dos principais desafios para a prática clínica (Frota, et.al., 2017).

Esta avaliação pode ser realizada de várias formas, contudo, foi utilizado o método de medição do Trifosfato de Adenosina (ATP). O teste de ATP-bioluminescência fornece dados quantitativos com resultados imediatos que se transpõe para uma rápida melhoria de práticas de limpeza e desinfecção. Frota, et.al. (2017) refere ainda que ainda é escassa a monitorização da eficiência da limpeza e superfície ambientais em estabelecimentos de saúde, pelo que o melhor valor de corte de Unidades Relativas de Luz (URL) para definir uma superfície como limpa é desconhecido.

Assim, à luz das evidências científicas publicadas sobre este tema, a enfermeira realizou quadros com valores padrão estipulados para cada área clínica destinada apenas a este hospital. Cada área hospitalar foi classificada em zona de risco moderado, risco elevado ou risco muito elevado, atendendo essencialmente à quantidade e ao tipo de pessoas/profissionais que as frequentam e aos procedimentos que têm de ser executados naquele local. Na Tabela 1 relativa à Classificação de Zonas de Risco, podem ser observados os valores de URL que foram atribuídos a cada Zona, assim como as cores, para que, de uma forma geral, as tabelas geradas após as auditorias causassem maior impacto visual para todos os profissionais de saúde, em particular para os

auxiliares da ação médica, uma vez que são os responsáveis pela manutenção da limpeza e desinfecção das superfícies, essencialmente das áreas clínicas.

Classificação	Aprovado	Aceitável	Rejeitar/ Medidas Corretivas
Zona de Risco Moderado	≤ 500 URL/Zaragatoa	≤ 1000 URL/Zaragatoa	> 1000 URL/Zaragatoa
Zona de Risco Elevado	≤ 400 URL/Zaragatoa	≤ 800 URL/Zaragatoa	> 800 URL/Zaragatoa
Zona de Risco Muito Elevado	≤ 300 URL/Zaragatoa	≤ 600 URL/Zaragatoa	> 600 URL/Zaragatoa

Tabela 1 - Classificação de Zonas de Risco

Inesperadamente, esta foi uma área bastante interessante. As auditorias eram imprevisíveis e por esse motivo foram conseguidos resultados diferentes em várias áreas do hospital. Tive a oportunidade de assistir a auditorias realizadas em áreas clínicas como serviço de endoscopia, serviço de esterilização e bloco operatório e em áreas não clínicas, como serviço de rouparia. Em todos os espaços houve pelo menos uma zona em que o resultado estava na área vermelha, ou seja, com necessidade de implementar medidas corretivas após repetição da zaragatoa e resultados de valores idênticos. Contudo, uma vez mais, o bloco operatório foi o sítio mais alarmante, com mais de 10 superfícies inadequadamente higienizadas, e por isso, potenciadoras de transmissão de microrganismos. Neste caso foi notificada a chefe de serviço que solicitou formação específica para resolver este problema.

As infeções associadas aos cuidados de saúde, embora possam ser facilmente evitadas, são uma grande preocupação para a saúde pública, pois constituem-se como uma das maiores causas de mortalidade e morbilidade no sistema de saúde público. A maioria das IACS são perfeitamente evitáveis, quando utilizadas as medidas de controlo de infeção associadas a cada tipo de procedimento, principalmente em procedimentos invasivos (Carter, Pouch & Larson, 2014).

Neste sentido, considero as unidades de competência que estão relacionadas com o domínio da melhoria contínua da qualidade, tais como a mobilização de conhecimentos e habilidades que garantem a melhoria contínua da qualidade, a avaliação da qualidade das práticas clínicas e o planeamento de programas de melhoria contínua, assim como a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos e a participação na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais foram atingidas com êxito.

4.3 Competências do domínio da gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados reflete a capacidade que cada enfermeiro tem em otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados. Como gestor dos cuidados prestados ao utente, o enfermeiro deverá possuir o conhecimento e as atitudes que possibilitam o exercício das suas funções, na procura da eficiência (Cunha e Neto, 2006). É da competência do enfermeiro especialista a adequação da gestão, assim como dos recursos, às necessidades dos cuidados, reconhecendo e adotando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade e segurança dos cuidados (Regulamento no. 140/2019).

Para dar resposta às competências discriminadas neste domínio, foram concretizados os seguintes indicadores de avaliação de resultados como orientação: **observação/participação nas consultas de follow up, observação/participação da ida de um doente à câmara hiperbárica e observação/participação da gestão de recursos humanos e materiais.**

O REPE define Enfermagem como uma profissão na área da saúde que tem o objetivo de prestar cuidados de enfermagem às pessoas, doentes ou não, ao longo do ciclo vital, assim como aos grupos sociais em que este se encontra inserido, para que em conjunto, recuperem a saúde, atingindo rapidamente a sua máxima capacidade funcional (Artigo 4º, Decreto-lei no 104/98, 1998).

Almeida (2011) refere que o processo de enfermagem é a base científica que sustenta os cuidados de enfermagem, uma vez que ordena e sistematiza os focos de intervenção identificados pelo enfermeiro, de forma a solucionar os

problemas que os doentes apresentam. Esta é uma das maiores conquistas na área da enfermagem, fazendo evoluir o pensamento crítico-reflexivo do enfermeiro e promovendo as ações independentes do mesmo. O processo de enfermagem é utilizado para identificar, diagnosticar e tratar reações humanas tanto em situações de saúde como em situações de doença.

Quando uma pessoa é admitida no serviço de medicina intensiva, normalmente apresenta uma alteração do seu estado normal, ou seja a nível bio-psico-social-cultural e espiritual. Assim, o facto de se encontrar hospitalizado, pode significar uma transição de saúde-doença, mas pode ser também uma transição situacional, logo, a comunicação terapêutica assume um papel primordial para uma boa abordagem a todos estes processos, de forma que sejam obtidos resultados positivos que permitem às pessoas desenvolverem indicadores de processo e de resultado benéficos para uma transição saudável (Melo, 2020).

O papel de enfermeiro com especialização em enfermagem médico cirúrgica é tentar compreender o tipo de transição pelo qual cada pessoa está a passar, de forma a planear e executar as intervenções mais adequadas que venham a ter resultados positivos, para ajudar a pessoa a ultrapassar a transição o mais estavelmente possível. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são imensamente qualificados e prestados de forma contínua, para obter resposta às necessidades afetadas, mantendo as funções básicas de vida, antecipando complicações e limitando as possíveis incapacidades, em prol de uma recuperação total (Melo, 2020).

O hospital onde realizei o estágio relativo aos cuidados intensivos é um centro de referência para a Medicina Hiperbárica, que iniciou a sua atividade no ano de 2006 e foi a primeira Unidade de Medicina Hiperbárica do Serviço Nacional de Saúde. Neste hospital está montado um sistema hiperbárico moderno, complexo, no qual funciona uma câmara hiperbárica multilugar com capacidade para 16 ocupantes (doentes e profissionais de saúde) de nível 1, ou seja, tem capacidade de tratar pessoas em situação crítica. Por esta razão é a unidade de referência a nível nacional para os doentes críticos com indicação para Oxigenoterapia Hiperbárica e está disponível 24 horas, 7 dias por semana.

Durante este estágio tive a oportunidade de acompanhar doentes que fizeram tratamento por oxigenoterapia hiperbárica e de estar presente na realização de

uma das sessões. O enfermeiro responsável pela medicina hiperbárica recebeu-me e teve todo o gosto em expor e esclarecer o funcionamento da câmara hiperbárica e o processo pelo qual os doentes críticos passam.

O tratamento por oxigenoterapia hiperbárica é das terapias com mais sucesso em algumas patologias urgentes como as intoxicações agudas e severas por monóxido de carbono, a embolia gasosa e a doença de descompressão dos mergulhadores. Noutras, constitui uma terapêutica complementar que melhora significativamente a morbilidade e mortalidade dos doentes como as infeções necrotizantes dos tecidos moles, os síndromes de esmagamento, as lesões radicais tardias e as feridas crónicas de difícil cicatrização (Fernandes, 2009).

A oxigenoterapia hiperbárica consiste na administração de uma fracção inspirada de oxigénio puro (100%) num ambiente com uma pressão superior à pressão atmosférica ao nível do mar (duas a três vezes mais). Este aumento de pressão resulta num aumento da pressão arterial e tecidual de oxigénio muito significativos (perto de 2000 mmHg e 400 mmHg respectivamente) que é a base da maior parte dos efeitos fisiológicos e terapêuticos do oxigénio hiperbárico (Fernandes, 2009).

Uma das atividades que me propus realizar, foi observar/participar nas consultas de follow up, que cumpri com sucesso. Um dos enfermeiros tutores foi um dos membros da equipa que iniciou este projeto das consultas de follow up e elucidou-me sobre a dinâmica e os objetivos pretendidos com a mesma.

O Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI) corresponde a um conjunto de fatores que podem ter impacto na qualidade de vida dos doentes e seus familiares, sejam afeções físicas, psicológicas ou cognitivas (Robinson, et.al., 2018). A consulta de *follow up* foi desenvolvida e organizada pelos enfermeiros e médicos do SMI, com o objetivo de auxiliar a recuperação das pessoas que em algum momento passaram por uma situação crítica, nas dimensões física, psicológica e cognitiva. Concretiza-se três meses após a alta do doente do SMI, e os profissionais avaliam as sequelas e a qualidade de vida do doente e da família após este internamento.

É realizada em duas partes. Inicialmente a médica conversa com o doente, e fala sobre as suas dificuldades, enquanto a enfermeira está com a família e fala

sobre o stress, a ansiedade, a dificuldade de encontrar mecanismos de *coping* para lidar com as novas realidades e discute os resultados dos questionários preenchidos. No final, juntam-se o doente e a família para conversar sobre a sua capacidade de gestão e encaminham, se necessário, para profissionais que consigam fornecer uma maior rede de apoio.

Apesar da família não ter a componente física da situação que leva a que o seu familiar esteja internado, ela é alvo das fragilidades psicológicas, como a ansiedade, a depressão e o stress pós-traumático, que pode influenciar a qualidade de vida e a funcionalidade diária da família.

Os questionários que são entregues ao doente e à família para seu preenchimento são a caracterização da família, a escala de ansiedade e depressão (doente e família), Escala EQ5 sobre a qualidade da saúde (doente e família), a CAMI e a CADI à família. Após o término das consultas, os dados dos questionários são passados para uma base de dados, para mais tarde serem submetidos a investigação.

O enfermeiro chefe é a figura de referência da equipa de enfermagem, e, segundo o Decreto de Lei 437/91 de 8 de Novembro, algumas das suas competências envolvem a promoção de normas e critérios para a prestação de cuidados, a determinação das necessidades de enfermeiros, adequando às necessidades existentes através da elaboração de horários e planos de férias, avaliar e gerir quais os recursos materiais necessários para uma prestação eficaz dos cuidados de enfermagem, assim como conhecer o custo dos recursos utilizados na prestação de cuidados e fazer a relação custo/benefício dos mesmos, entre várias outras funções.

Ao enfermeiro chefe, compete também a coordenação e organização dos cuidados de enfermagem; preparar os planos de ação e relatórios do serviço anuais, referentes às atividades de enfermagem, controlar os consumos realizados; adequar os recursos disponíveis às necessidades, principalmente na elaboração de horários e planos de férias; exigir o nível e o tipo de qualificação do pessoal de enfermagem, assim como implementar métodos que favoreçam o ambiente de trabalho e um melhor desempenho conforme a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados (Decreto-Lei 188/2003, artigo 23º).

No SMI, o que acontece com frequência é o enfermeiro coordenador ser selecionado pelo grau de competência, o que significa que predominantemente se trata de um enfermeiro com curso de mestrado e especialidade em enfermagem médico cirúrgica, salvo raras exceções, de enfermeiros que já exercem funções no serviço há mais de 20 anos, em que a experiência profissional é colocada em primeiro lugar.

Corroborando o que acontece no SMI, a UQ funciona nos mesmos moldes, apesar de terem uma equipa instável, com elementos com vasta experiência e com elementos a iniciarem a sua atividade profissional, e de serem evidenciadas dificuldades na gestão da equipa de forma a manterem a segurança de cuidados. Preocupações que a chefe do serviço e a chefe do departamento cirúrgico onde está inserida a UQ têm sentido ao longo dos últimos meses.

Na UQ foi-me concedida a hipótese de passar 3 turnos com 3 chefias diferentes: uma chefe de serviço, uma chefe de departamento e a enfermeira diretora do hospital. A experiência com a chefe de serviço foi muito interessante, tratou-se de uma pessoa que estava a iniciar o seu percurso como gestora de um serviço e cativou a minha atenção pelo facto de utilizar novos modelos de gestão, liderando a sua equipa, ajustando o seu comportamento ao grau de maturidade dos funcionários, recompensando-os quando adquirem níveis de eficácia mais elevados e trabalhando para atingirem o objetivo comum: a excelência do cuidado e a segurança do doente.

O cargo de enfermeira diretora é a posição de maior coordenação operacional das equipas de enfermagem, com necessidade de desenvolver a gestão de cuidados, a gestão das competências dos enfermeiros e sua aquisição, assim como os aspetos centrais na organização da atividade em enfermagem e que concorrem para o bom funcionamento dos serviços e estabelecimentos de saúde (Decreto-Lei 71/2019, 2019).

Tem várias competências a seu cargo, como a elaboração de um plano de ação e o respetivo relatório anual das atividades de enfermagem alinhado com o plano estratégico de enfermagem para a instituição, a promoção e a partilha de experiências entre os enfermeiros gestores, a implementação de auditorias internas tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, a

avaliação do desempenho profissional dos enfermeiros, entre outros (Decreto-Lei 71/2019, 2019).

Quando acompanhei a enfermeira diretora do hospital, tive a oportunidade de observar as inúmeras atividades descritas acima, tendo em conta que esta encontra-se neste cargo há pouco tempo e como o hospital se encontra a passar por um novo processo de acreditação, existe muita dinâmica envolvida para o aprimoramento e para o desenvolvimento de novas atividades. Foi novamente observada uma liderança a um nível superior, acompanhada de uma capacidade de coordenar outros, libertando o poder de tomada de decisão e o potencial dos seus pares, gerindo conflitos, delegando tarefas, otimizando assim o trabalho das equipas e adequando os recursos às necessidades dos cuidados.

Em suma, posso afirmar que existiram mudanças que se relacionam com as unidades de competência interligadas a este domínio, como a otimização do processo de cuidados a nível da tomada de decisão, a otimização do trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados e a adaptação ao estilo de liderança implementado nos locais de estágio.

4.4 Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Uma das competências do enfermeiro especialista é ser um facilitador e gestor da aprendizagem como formador, diagnosticando necessidades formativas, realizando investigação, colaborando em estudos e gerindo programas que favoreçam a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Assim, este domínio concederá resposta aos seguintes indicadores de avaliação de resultados: **realização de uma revisão da literatura sobre um tema a definir, participação na dinâmica do cuidado e da autonomização do doente queimado e realização de uma ação de formação para o serviço, se pertinente.**

No estágio direcionado para os cuidados intensivos os enfermeiros tutores convidaram-me a assistir à formação de serviço que é realizada todos os meses, em que o tema foi: feridas e material de penso no SMI. Foi ministrada pela

enfermeira responsável pelo grupo das feridas do hospital que constatei ser uma perita neste assunto. Foi uma formação agradável, com muita informação útil aplicável ao contexto e à prática diária dos cuidados de enfermagem.

O protocolo de higiene oral para doentes com VNI (cuja breve introdução ao tema foi realizada no capítulo 4.2) surgiu como fruto do trabalho de investigação realizado. Foi apresentado à enfermeira chefe e aos enfermeiros tutores que gostaram da apresentação e acharam o tema tão pertinente que foi apresentado em contexto de formação para toda a equipa de enfermagem, com um impacto e um feedback muito positivos, contribuindo para assimilar mais competências comuns do enfermeiro especialista, como disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente que possibilite o avanço contínuo da prática de enfermagem (Regulamento no. 140/2019).

Em conjunto com a orientadora deste relatório e com a tutora do local de estágio foi construído um artigo científico sobre esta temática e será submetido a uma revista científica de enfermagem indexada.

O doente queimado é confrontado com inúmeros desafios aos níveis físico, emocional e social ao longo do seu processo de recuperação. O primeiro ano após a hospitalização traz inúmeras dificuldades psicológicas, devido ao trauma pelo qual passaram e às limitações físicas relacionadas com a queimadura (Dahl, Wickman, Björnhagen, Friberg, & Wengström, 2016).

O stress pós-traumático e a insatisfação com a imagem corporal são os dois problemas mais prementes das pessoas que sofrem queimadura, e existe uma maior probabilidade de levar ao aparecimento de um transtorno psicossocial a longo prazo (Dahl, Wickman, Björnhagen, Friberg, & Wengström, 2016). A preocupação com a dor, a ansiedade, as incertezas sobre o regresso ao trabalho e à inserção na vida social, são sinais de alerta que normalmente surgem consecutivamente à alta. Três meses após a alta é frequente a manutenção de níveis de depressão, ansiedade e dor, associados a prurido no local da ferida cicatrizada, perturbações do sono, dificuldades no desempenho físico que podem levar a um decréscimo na qualidade de vida, na ausência de reabilitação que seja proporcional às necessidades sentidas (Bayuo, Wong & Chung, 2021).

Durante o estágio na unidade de queimados não tive muito contacto com doentes com alta clínica para o domicílio. Contudo, consegui observar que ainda durante o internamento a equipa multidisciplinar realiza treinos diários de readaptação à realidade, à sociedade e ao meio cultural no qual o doente se encontra inserido. A reabilitação é extensa e vai para além da funcionalidade motora. Psicólogos e enfermeiros investem bastante na reabilitação cognitiva pelo treino de situações diárias e essencialmente em conversas, para que as pessoas comecem a habituar-se a falar sobre o trauma, de forma a conseguirem ultrapassá-lo passo por passo. Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala e nutricionistas investem na reabilitação física e motora.

Porém, existiu um doente cujo internamento acompanhei quase desde a sua admissão no serviço até à alta para uma enfermaria e o seu tratamento foi distintivo por ter uma evolução psicológica “de livro”, ou seja, prosseguiu todo o caminho que existe traçado na evidência científica de desenvolvimento de stress pós-traumático, insatisfação com a imagem corporal, num doente com antecedentes de depressão e ansiedade, sendo que está relatado que uma grande parte dos doentes que sofrem queimadura já têm antecedentes de psicopatologia (Dahl, Wickman, Björnhagen, Friberg, & Wengström, 2016).

Contudo, não tive esta perceção durante o seu internamento na unidade de queimados. Foi apenas porque me cruzei com este doente que estava a realizar o seu exercício matinal pelos corredores do serviço cirúrgico para o qual havia sido transferido que decidi parar e questionar se ele se recordava dos meus cuidados quando estava na unidade de queimados, se estaria a correr bem a sua evolução e como é que ele estaria a lidar com a situação uma vez que estava quase recuperado fisicamente. Após uma longa conversa e muita interligação com os dados da pesquisa que estava em curso para a realização da proposta de intervenção para a consulta de follow up de enfermagem de queimados, percebi que depois da alta clínica, este utente ainda iria necessitar de muita ajuda diferenciada para conseguir ultrapassar o trauma da situação que o deixou sem funcionalidade no membro superior dominante, a auto culpabilização por ter errado e ter provocado o acidente e os complexos de auto imagem pelas cicatrizes inerentes ao processo de cicatrização.

Ainda assim, descontente pelo doente se encontrar neste estado e já não estar a ser seguido pela psicóloga e/ou psiquiatra, dirigi-me à enfermeira responsável pelo mesmo, expliquei o sucedido, que ela percebeu, e prontamente realizou um pedido formal ao médico responsável para que o doente fosse novamente visto e acompanhado pela especialidade mais adequada para melhoria do seu estado de saúde mental.

Na UQ foi-me solicitado pela enfermeira diretora que executasse uma proposta de intervenção para a criação da consulta de *follow-up* de enfermagem de queimados, uma vez que a evidência científica continua a salientar que o apoio de reabilitação não está a ser proporcional às necessidades dos doentes que sobrevivem à queimadura, demonstrando um maior défice a nível físico e psicossocial após a alta e que nos 2-3 meses seguintes podem apresentar níveis crescentes de depressão, ansiedade, prurido associado a feridas já cicatrizadas, dor, sono insatisfatório ou insónias, cicatrizes e dificuldades com funcionamento / desempenho físico conduzindo a uma diminuição da qualidade de vida (Bayuo, Wong & Chung, 2021).

Dahl, Wickman, Björnhagen, Friberg, & Wengström, (2016) referem ainda que, apesar de existirem clínicas com consultas de ambulatório com uma equipa multidisciplinar para a pessoa que sobrevive à queimadura, é pouco comum a existência de programas de acompanhamento devidamente estruturados para a identificação de problemas graves que surgem após a alta, como Stress Pós-Traumático, disfunção da imagem corporal, dificuldade de adaptação social, entre outros.

Embora as necessidades e dificuldades dos doentes e familiares, a escassez de suporte profissional contínuo e a comunicação limitada após a alta das unidades de cuidados intensivos estejam bem descritas, não existe ainda um sistema abrangente de acompanhamento de cuidados no domicílio, o que se torna cada vez mais evidente e necessário para promover a reabilitação de sobreviventes de queimaduras (Bayuo, Wong & Chung, 2021).

A consulta de *follow up* de enfermagem para a pessoa que sofreu de queimaduras procura dar resposta a várias necessidades de reabilitação e autonomização da pessoa que passou por um período de doença complicado, e encontra-se num processo de transição saúde-doença, com várias transições

situacionais, sendo de extrema importância a comunicação terapêutica, para que desta forma os enfermeiros sejam capazes de potencializar o indivíduo e a sua família a desenvolverem indicadores de processo e de resultado favoráveis a uma transição saudável, tais como a qualidade de vida, o funcionamento psicológico, os padrões de sono, a dor, o desempenho da função física, entre outros (Bayuo, Wong & Chung, 2021 e Melo, 2020).

A consulta de *follow up* de enfermagem para a pessoa que sofreu de queimaduras não está protocolada neste hospital, mesmo sendo uma das componentes mais importantes para o sucesso de toda a recuperação que se inicia pouco depois da entrada do doente queimado na unidade. Assim, o objeto de estudo é identificar o protocolo mais adequado para a implementação da consulta de *follow up* após a alta do doente com internamento na UQ.

Para responder ao objetivo delineado, realizei uma revisão da literatura (que se encontra na íntegra em Apêndice V), utilizando como descritores MeSH, os seguintes termos e operadores booleanos: *follow up AND discharge AND ICU; follow up AND discharge AND burn; post ICU AND follow up AND interventions; burn AND discharge AND interventions AND follow up; burn AND discharge AND protocol AND follow up*.

As bases de dados que serviram como suporte de pesquisa foram: PubMed e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), sendo a mesma realizada entre os dias 17 e 28 de novembro do ano de 2021. A pesquisa inicial deu origem a 84 artigos, pelo que foi necessária a elaboração de elegibilidade para afunilar os resultados para o menor, mas necessário número artigos científicos.

Após a análise dos diversos artigos, foram excluídos 6 artigos duplicados. Pelo título foram excluídos 27 artigos e pelo resumo 36 artigos. Após leitura integral do texto, foram excluídos 11 artigos por não corresponderem aos critérios de elegibilidade. Foram selecionados 4 artigos para integrar esta revisão da literatura.

No diagrama PRISMA estão identificadas as fases de seleção da amostra (Figura 4). A apresentação do diagrama foi inspirada no modelo apresentado por Mother et al. (2009).

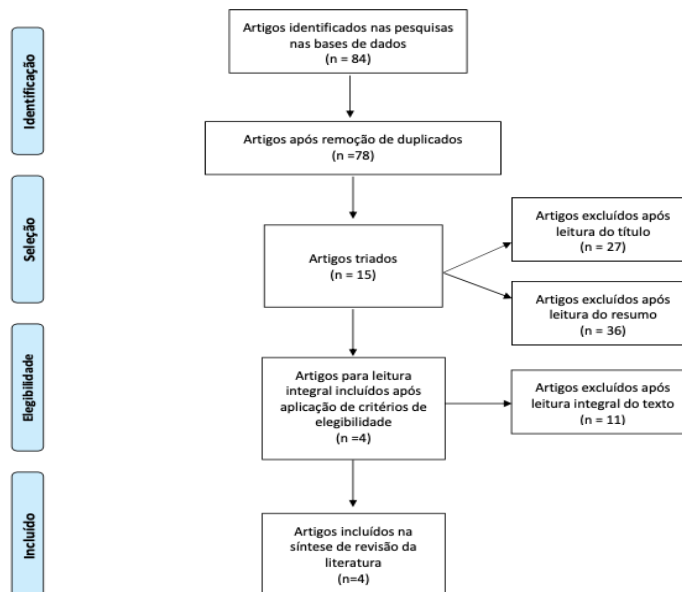


Figura 3 - Diagrama PRISMA para seleção da amostra consulta de follow up de enfermagem do doente queimado

A evidência científica sobre sistemas abrangentes de acompanhamento de cuidados após a alta que promovam a reabilitação de sobreviventes de queimaduras é escassa. Assim, houve necessidade de abranger a pesquisa bibliográfica ao acompanhamento de doentes após a alta da Unidade de Cuidados Intensivos, recolhendo assim informação sobre protocolos existentes para este efeito.

Os protocolos desenvolvidos por Dahl, Wickman, Björnhagen, Friberg, & Wengström (2016) e por Bayuo, Wong & Chung (2021) são pertinentes e essenciais, contudo não se adequam à realidade vivida na Unidade de Queimados em causa. Assim, será feita a tradução, adaptação e junção dos dois modelos e criado um protocolo personalizado para este serviço.

É sugerido por ambos protocolos que seja formada uma equipa de profissionais fixa que se dediquem a esta temática, ou seja, com tempo disponível em horas de trabalho para se destinarem à preparação e à realização desta consulta. Inicialmente poderá ser realizada uma vez por mês, contudo, à medida que vão surgindo mais candidatos e vão sendo necessárias as consultas de seguimento, poderá haver necessidade de ser realizada com mais frequência.

A evidência científica é consistente quando refere que as consultas de *follow up* devem ser realizadas aos 3, 6 e 12 meses após a alta de uma unidade de

cuidados intensivos. No entanto, em diálogo com os profissionais da unidade de queimados, compreendi que a primeira consulta 3 meses após o doente ter alta da unidade de queimados pode ser tardia no que diz respeito à recuperação das sequelas e à reabilitação do doente. Assim, proponho que a primeira consulta seja realizada 1 mês após a alta da unidade de queimados e depois se continue o esquema que é recomendado 3, 6 e 12 meses, perfazendo um total de 4 consultas (no mínimo). A mesma é aberta a todos os doentes que sofreram queimaduras e que estiveram internados nesta unidade.

Os protocolos que são desenvolvidos por equipas multidisciplinares com a intervenção de um enfermeiro especialista no doente que sobrevive à queimadura geram indicadores de saúde maiores e mais benéficos para os doentes, como a melhoria da perceção da qualidade de vida, da imagem corporal, a integração na vida social, entre outros, constatando-se assim numa intervenção primordial dos cuidados de enfermagem a estes doentes e aos seus cuidadores.

Na figura 4 pode observar-se o organograma que foi realizado para sintetizar a planificação da consulta de *follow up* de enfermagem do doente queimado. O mesmo é devidamente explorado no Guia da Consulta de *Follow Up* de Enfermagem de Queimados em Apêndice I da proposta de intervenção.

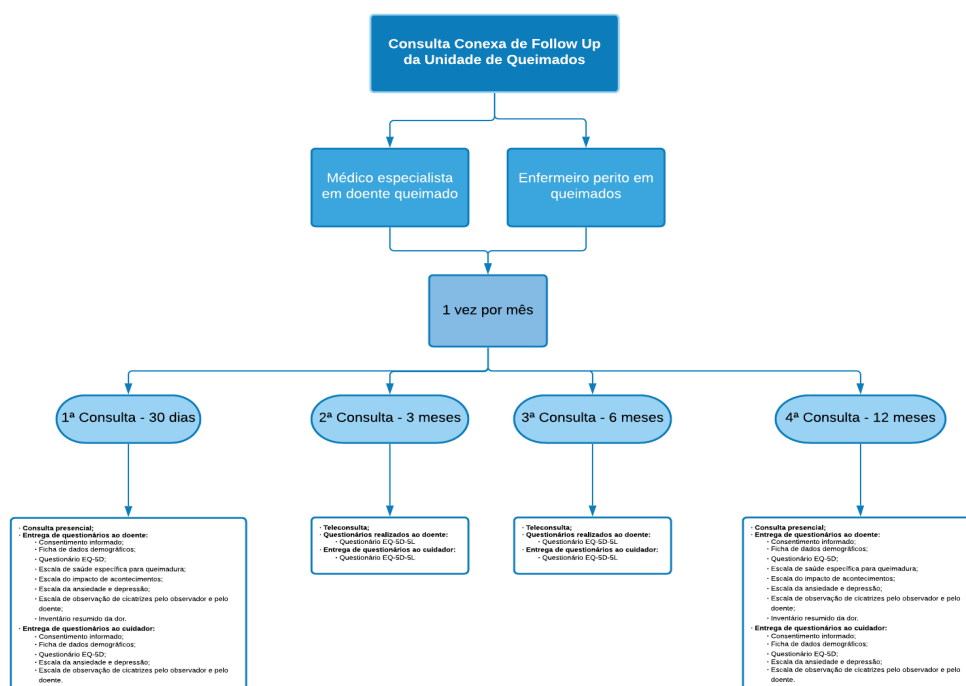


Figura 4 - Organograma de planificação da consulta de follow up de enfermagem do doente queimado

5. CONCLUSÃO

A reflexão é realizada pelas pessoas que pensam e questionam sobre o meio em que estão inseridas. Nesta etapa final do percurso académico é essencial pensar e questionar as experiências vividas e o seu contributo para o desenvolvimento das competências de um enfermeiro com especialidade na área da pessoa em situação crítica.

A escolha do serviço de medicina intensiva como local de estágio ao invés de outra área, prendeu-se com o facto de querer estar exposta a uma realidade semelhante àquela que frequento diariamente contendo uma dinâmica e funcionamento singulares e proporcionando um olhar observador sobre diferentes práticas com o mesmo objetivo comum, com a oportunidade de explorar e fundamentar cada vez melhor os cuidados que presto na minha prática diária.

A unidade de queimados sempre despertou interesse pessoal, não só pela pouca formação e diminuta experiência que é fornecida na licenciatura de enfermagem, mas também pela experiência profissional pré-hospitalar como bombeira voluntária, onde o pouco conhecimento aliado à criatividade geram cuidados que podem prejudicar a segurança do doente.

Tenho de realçar que, numa época em que o país foi assolado por uma pandemia mundial, o sistema de saúde está à beira de um colapso e os profissionais de saúde apresentam sinais de *burnout*, nunca faltou amabilidade e simpatia por parte de todos os profissionais que se cruzaram com o meu caminho académico. As equipas com as quais tive oportunidade de trabalhar apresentavam um grande sentido de união e funcionalidade, onde a execução dos cuidados era realizada quase de forma sincronizada, traduzindo-se em resultados com ganhos em saúde.

A escolha do tema prevenção e controlo de infeção para este relatório deve-se ao facto de ser um aspeto fundamental na minha prática diária, que começou por incitar alguma inquietação durante o primeiro estágio e na qual decidi focar-me e trabalhar nestes últimos meses de prática clínica, pois a mais pequena intervenção nesta área por parte dos enfermeiros pode ter um grande impacto na recuperação do doente, uma vez que as infeções associadas aos cuidados

de saúde complicam o tratamento do doente e são uma fonte significativa da morbilidade e mortalidade (DGS, 2013).

Durante a realização do relatório, procurei expor as experiências pelas quais passei ao longo dos estágios de cuidados intensivos e unidade de queimados, sob o ponto de vista do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica e Mestrando em Enfermagem, interligando os indicadores de resultados, cujo objetivo foi orientar o processo de aprendizagem e definir metas a serem alcançadas, e as atividades desenvolvidas para o seu cumprimento. Deste modo, a execução deste documento permitiu uma organização e reflexão do conhecimento adquirido e das competências desenvolvidas durante o percurso prático do mestrado.

Relativamente às competências adquiridas, é possível concluir que através das atividades desenvolvidas durante a prática, existiu um crescimento e desenvolvimento a nível do conhecimento teórico e prático no âmbito dos domínios comuns do enfermeiro especialista, que correspondem a uma esfera de ação compreendida num conjunto de competências com linha condutora semelhante, como a responsabilidade ética, profissional e legal, a melhoria da qualidade, a gestão dos cuidados e as aprendizagens profissionais, através da identificação de práticas de risco, da perceção da importância da segurança na transmissão da informação, das investigações desenvolvidas, do desenvolvimento da capacidade de comunicação, da integração e funcionalidade como membro das equipas e do aumento do autoconhecimento através de revisões da literatura.

No decorrer dos estágios, ocorreram algumas limitações que foram colmatadas com a colaboração dos enfermeiros tutores e com pesquisa bibliográfica. Em ambos os ensinamentos clínicos foram desenvolvidos estudos de investigação com desenho de revisão da literatura. O primeiro tratou-se de uma proposta de intervenção para o serviço de medicina intensiva relativa à higiene oral de doentes com ventilação mecânica não invasiva, cujo objetivo foi determinar qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação não invasiva em meio hospitalar e que resultou na tradução, adaptação e implementação do protocolo que melhor respeitou todos os achados da investigação. O segundo consiste numa proposta de intervenção

para a unidade de queimados, cujo objetivo foi identificar o protocolo mais adequado para a implementação da consulta de *follow up* após a alta do doente com internamento na UQ do qual resultou um guia da consulta de *follow up* de enfermagem de queimados aprovado pela direção hospitalar e que será implementado durante o ano de 2022.

A implementação de ambas propostas de intervenção demonstram que as necessidades identificadas nos serviços tiveram uma abordagem de sucesso, originando uma mudança, favorecendo a qualidade dos cuidados e promovendo o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre em enfermagem, pelo que os indicadores de avaliação inicialmente traçados e reformulados no decorrer do contexto da prática foram cumpridos.

Durante este percurso surgiram algumas dificuldades, nomeadamente com a gestão do tempo, de forma a conseguir dar resposta a todas as atividades. A conjugação entre a vida pessoal, profissional e de estudante foi árdua porque existiram períodos de confinamento e isolamento profilático que motivaram o aumento da carga horária devido à pandemia, assim como o encerramento temporário imprevisto da unidade de queimados durante o período de realização de estágio que encaminhou para a realização de outras atividades, que me fizeram desenvolver como enfermeira e como futura enfermeira especialista em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica oferecendo-me a possibilidade de exercer cuidados com maior qualidade.

Nesta etapa final, considero que o curso de mestrado possibilitou o meu crescimento não só como pessoa, mas sobretudo como enfermeira, alargando horizontes em termos de conhecimento, pensamento crítico, capacidade de tomada de decisão e competências de enfermeira especialista, pelo que a conclusão deste curso é o fim de uma etapa da minha vida profissional, tendo já em vista inúmeras outras.

Referências

- Abreu, A. (2015). Erro Associado à Gestão da Terapêutica pelo Enfermeiro: Percepção dos Enfermeiros de um Hospital da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal). Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Almeida, F. (2011). A Essência do Processo de Enfermagem (Licenciatura). Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2283/3/TG_17068.pdf
- Bayuo, J. Wong, F. & Chung, L. (2021). Effects of a nurse-led transitional burns rehabilitation programme (4Cs-TBuRP) for adult burn survivors: protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05679-7>
- Borges, D., 2013. Gestão em Organizações de Saúde. 1st ed. Coimbra: Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pp.49-61. ISSN 1647-9440.
- CDC. (2002). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Setting: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. October 25, 2002. Vol. 51. RR-16. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>
- Carter, E. P. (2014). Common Infection Control Practices in Emergency Department: A literature review. *American Journal of infection Control*, 957-962. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2014.01.026>
- Cunha, I. & Neto, F. (2006). Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio?. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. 15(3) p. 479-82. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71415313>
- Dahl, O., Wickman, M., Björnhagen, V., Friberg, M., & Wengström, Y. (2016). Early assessment and identification of posttraumatic stress disorder, satisfaction with appearance and coping in patients with burns. *Burns*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2016.09.012>

Decreto-Lei 437/91 (1991). Diário da República – 1ª Série-A – Nº 257- 8 de Novembro de 1991. Lisboa. pp. 5723-5740. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/331852>

Decreto-Lei 188/2003 (2003). Diário Da República, 1ª Série-A - N.º 191 — 20 de Agosto de 2003. Lisboa. pp. 5219-5230. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/654680>

Decreto-Lei 71/2019. (2019). Diário da República, 1.a série—Nº 101—27 de maio de 2019. Lisboa. pp. 2626- 2642. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2019/05/10100/0262602642.pdf>

Decreto-Lei 104/1998 (1998). REPE: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário Da República, 1ª Série, N.º 93 — 24 de Abril de 1998. Lisboa. pp. 1739-1757. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Despacho 10319/2014 (2014). Diário Da República, 2ª Série-A - N.º 153 — 11 de Agosto de 2014. Lisboa. pp. 20673-20678. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>

Despacho 20729/2008 (2008). Diário Da República, 2ª Série, N.º 152 — 07 de Agosto de 2008. Lisboa. pp. 35140. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2008/08/152000000/3514035140.pdf>

Despacho 15769/2010 (2010). Diário Da República, 2ª Série, N.º 203 — 19 de Outubro de 2010. Lisboa. pp. 51565. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2010/10/203000000/5156551565.pdf>

Despacho 2902/2013 (2013). Diário Da República, 2ª Série, N.º 38 — 22 de Fevereiro de 2013. Lisboa. pp. 7179. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2013/02/038000000/0717907180.pdf>

Despacho 14 178/2007 (2007). Diário Da República, 2ª Série, N.º 127 — 4 de Julho de 2007. Lisboa. pp. 19007. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2007/07/127000000/1900719007.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2013). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos Orientações Programáticas. Lisboa. ISSN: 2184-1179.

Direção Geral da Saúde. (2018). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário. Lisboa. Direção Geral de Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>

ECDC, 2015. European Surveillance of Healthcare-associated Infections in Intensive Care Units – HAIICU Protocol v1.02. ECDC, Stockholm. Disponível em: Doi 10.2900/371526

Fernandes, T. (2009). Medicina Hiperbárica. Acta Medica Portuguesa, 323-334. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1709/1288>

Frota, O. P., Ferreira, A. M., Guerra, O. G., Rigotti, M. A., Andrade, D. de, Borges, N. M. A., & Almeida, M. T. G. de. (2017). Efficiency of cleaning and disinfection of surfaces: Correlation between assessment methods. Revista Brasileira de Enfermagem, 70(6), 1176–1183. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0608>

Guimarães, C., Santos, C., Costa, F., & Barata, F. (2011). Pneumonia Associada Aos Cuidados de Saúde versus Pneumonia Adquirida na Comunidade: entidades diferentes, abordagens distintas. Revista Portuguesa de Pneumologia, 168-171. Disponível em: 10.1016/j.rppneu.2011.01.001

Kalil AC, et.al. (2016). Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. Clinical Infectious Diseases, 101-111. Disponível em: DOI: 10.1093/cid/ciw353

Lei 156/2015 (2015). Código Deontológico. 16 de Setembro de 2015. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Liang, S., Riethman, M., & Fox, J. (2014). Infection Prevention in the Emergency Department. Emergency Medicine Clinics Of North America, (36), 873-887. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.emc.2018.06.013>

Lei 95/2019 (2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Diário da República, 1.ª série N.º 169 - 4 de setembro de 2019. Lisboa. pp. 55-66. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

Melo, P. (2020). Dinâmicas Familiares: Uma visão comum da família por diferentes especialidades em Enfermagem (1st ed., pp. 14-16). Porto: Universidade Católica do Porto.

Mother D, Liberati A, Tetzlaff J, & Altman D. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metanalyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097.

Nogueira, S., & Jesus, C. (2017). Higiene bucal no paciente internado em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. Revista Eletrónica de Enfermagem, 19-46. Disponível em: <http://doi.org/10.5216/ree.v19.41480>.

NP 001/2017. (2017). Norma Portuguesa para Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa. Departamento da Qualidade na Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

NP 024/2013. (2013). Norma Portuguesa para Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Lisboa. Departamento da Qualidade na Saúde. Disponível em: https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-DGS-024_2013-Prevenção-da-Infecção-do-Local-Cirúrgico.pdf

NP 031/2013. (2014). Norma Portuguesa para Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto. Lisboa. Departamento da Qualidade na Saúde. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/i020925-1.pdf>

NP 007/2019. (2019). Norma Portuguesa para Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa. Departamento da Qualidade na Saúde. Disponível em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/06/DGS-Norma-n.-07-2019.pdf>

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3.

Regulamento Nº140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Lisboa. pp.4744-4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento Nº429/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação peri operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. Lisboa. pp. 19359- 19370. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Robinson C., et al. (2018). Qualidade de vida pós-unidades de terapia intensiva: protocolo de estudo de coorte multicêntrico para avaliação de desfechos em longo prazo em sobreviventes de internação em unidades de terapia intensiva brasileiras. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, (4), 405-413. Disponível em: 10.5935/0103-507X.20180063

Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. Revista Portuguesa De Saúde Pública, (10), 47-57. Disponível em: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3120/1/Comunicação%20em%20saúde%20e%20a%20segurança%20do%20doente.pdf>

Silva, A. (2007). O Direito à Privacidade do Doente no Serviço de Urgência. (Mestrado). Universidade do Porto: Faculdade de Medicina. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22110/3/tese%202.pdf>

Silva, A., & Rodrigues, L. (2018). A Prevenção e Controlo das Infecções Hospitalares. Jornal Açoriano Oriental. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10036/26-nov-2018.pdf>

Silva, R., Campos, P., Reis, A. & Bandeira, R. (2015). Princípios de Medicina de Catástrofe em Revisão a partir de Fukushima. Revista Territorium, (22), 249-266. Disponível em: https://doi.org/10.14195/1647-7723_22_19

Stein, T., Frankel, R., & Krupat, E. (2005). Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: a longitudinal case study. *Patient Education And Counseling*, (58), 4-12. Disponível em: <http://10.1016/j.pec.2005.01.014>

Torres, A. et.al. (2017). International ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia. *European Respiratory Journal*. 2017; 50: 1700582. Disponível em: <https://doi.org/10.1183/13993003.00582-2017>

Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Critical Care Nursing: Diagnosis and Management*. Lusodidata. ISBN: 978-989-8075-08-6.

Warren, C., Medei, M., Wood, B., & Schutte, D. (2019). A Nurse-Driven Oral Care Protocol to Reduce Hospital-Acquired Pneumonia Using evidence-based practice to create a high-priority, high-impact daily intervention. *American Journal of Nursing*, 44-51. Disponível em: 10.1097/01.NAJ.0000553204.21342.01

APÊNDICES

APÊNDICE I

Controlo de Infecção no Serviço de Urgência



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Unidade Curricular “Estágio final e relatório”

Controlo de Infecção no Serviço de Urgência

Estudante: Iva Alves

Sob orientação de: Prof.^a Doutora Ana Sabrina Sousa

Porto, maio de 2021

ÍNDICE

REFLEXÃO SOBRE O CONTROLO DE INFEÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	2
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	7

REFLEXÃO SOBRE O CONTROLO DE INFEÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Achei pertinente refletir um pouco sobre o controlo de infeção no SU, uma vez que foi um assunto que me despertou algum interesse durante o contexto de estágio, e quis desenvolver um pouco mais os meus conhecimentos nesta área, uma vez que existiram várias situações que me deixaram alerta. Para além disso, é uma das competências mais importantes a desenvolver como futura enfermeira EEMC. Foi realizada uma pequena revisão da literatura, que me permitiu adquirir competências a nível da utilização de uma metodologia científica e da prática baseada na evidência.

A infeção que é contraída em ambiente hospitalar e o consecutivo aumento de microrganismos multirresistentes aos antibióticos são duas problemáticas que andam sempre de mãos dadas e o seu agravamento a nível mundial é preocupante e prejudicial para os serviços de saúde e para a saúde pública em geral. Neste sentido, foi criada pela Direção Geral da Saúde (DGS), em 2013, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), como um programa prioritário de saúde, que está intimamente interligado ao Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (CEPCD) e tem três grandes objetivos: “a campanha de precauções básicas de controlo de infeção, o programa de apoio à prescrição antibiótica e a vigilância epidemiológica de IACS, de consumo de antimicrobianos e de resistências a antimicrobianos” (Despacho n.º 3844-A/2016).

Segundo a DGS (2007), a Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma “infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade”. Algumas vezes também são chamadas infeções nasocomiais. A comunicação entre todas as unidades prestadoras de saúde é algo bastante importante no que toca a este tema, uma vez que, todos estando informados de que existe um foco infeccioso, é possível isolá-lo e assim, reduzir o risco de infeção cruzada.

Os mais comuns exemplos de IACS são: pneumonia associada à ventilação, infeção relacionada com cateter venoso central em contexto de cuidados intensivos, infeção da corrente sanguínea, infeção urinária associada a algália e

infecção neonatal (Despacho n.º 3844-A/2016). De forma a reduzir este tipo de infeções, foram criados *bundles*, com feixes de intervenções associados aos cuidados de enfermagem e os cuidados médicos aquando a execução de procedimentos que podem levar à instalação de microrganismos. Embora possam ser facilmente evitadas, as IACS são uma grande preocupação para a saúde pública, pois constituem-se como uma das maiores causas de mortalidade e morbilidade no sistema de saúde público. (Carter, Pouch & Larson, 2014).

A higiene das mãos é o mais básico e fundamental princípio da prevenção de infeções. Curiosamente, as mãos dos profissionais de saúde podem ser as mais limpas ou as mais sujas, dependendo do tipo de microrganismos que são capazes de persistir na pele e se a sua higienização é adequada ou não, havendo assim um risco acrescido de transmitir os mesmos de um doente para o outro, como por exemplo, pelas grades da cama, pela roupa da cama, móveis de cabeceira ou equipamento de atendimento ao doente (Liang, Riethman & Fox, 2018).

A lavagem das mãos pode ser feita com água e sabão quando as mãos estão visivelmente sujas, e quando existe suspeita de infeção por *Clostridium difficile* ou norovírus. Nas restantes situações, a higienização das mãos é realizada utilizando um produto à base de álcool, normalmente em meio hospitalar, o Sterilium, e através da fricção das mãos. Os Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendam a higienização das mãos antes e / ou após as ações-chave, melhor codificadas em “cinco momentos para a higiene das mãos” (Liang, Riethman & Fox, 2018).

A prevenção de infeções é um grande desafio no SU, pois os doentes que necessitam de tratamento neste serviço estão, normalmente, gravemente feridos ou em situação crítica, tendo um grande potencial para disseminar doenças infecciosas transmissíveis aos profissionais que não se encontram devidamente protegidos, como a outros doentes, no entanto, eles mesmos estão sujeitos a contrair uma infeção associada aos cuidados de saúde que lhes são prestados (Liang, Riethman & Fox, 2014).

Efetivamente, o controlo da transmissão de infeções no serviço de urgência é algo bastante difícil de gerir, no entanto, penso que os enfermeiros que trabalham neste local estão muito bem treinados e despidos para todas as

precauções que são necessárias ter e respeitam bem os cinco momentos da higienização das mãos.

Durante este estágio foi-me possível observar vários procedimentos médicos em que a assepsia é mandatória, de forma a prevenir as IACS. Um deles foi muito bem conseguido. Tratou-se de uma pericardiocentese, a primeira assistida durante a minha carreira como enfermeira, e na minha opinião, com uma técnica exemplar. Os médicos realizaram a devida desinfecção das mãos, utilizaram o EPI e os materiais adequados em mesa própria e o procedimento decorreu fluidamente, sem intercorrências. O remover do material e do EPI, foi igualmente bem-sucedida, assim como a lavagem das mãos no final. No fim do procedimento, ainda houve um grande agradecimento por parte do utente, pelo alívio que conseguimos promover.

Contrastando com este primeiro, existiram vários procedimentos onde a assepsia era requerida, mas várias vezes ignorada pela parte médica. Existiram duas situações em particular, durante dois procedimentos, uma punção lombar e uma paracentese em que os médicos tiveram de ser chamados à atenção sobre a quebra da esterilização, com necessidade de nova desinfecção do local a puncionar e nova higienização das mãos.

Um problema que também não ajuda a que todos os procedimentos sejam realizados com todas as devidas precauções é a falta de espaço para a realização dos mesmos, ou seja, não existe uma sala de procedimentos para onde levar os doentes que necessitam de ser intervencionados. Um local com condições físicas e materiais de forma a diminuir o risco de infeção, o risco de erro e aumentar a segurança do procedimento para o doente. Muitas vezes os procedimentos são executados no meio da sala laranja, ou, se existir, num gabinete médico que esteja livre, no entanto, nenhum destes tem o espaço necessário, nem os materiais pertinentes para a execução de procedimentos.

Observei também um terceiro procedimento em que o risco de contaminação e infeção era alto por tudo o que estava a acontecer. Eu e a enfermeira tutora apenas demos conta porque um médico saiu do seu gabinete a pedir mais material. A enfermeira tutora foi buscar o material pretendido, e quando se deparou com a situação, chamou-me para me dar um exemplo daquilo que não deve existir, mesmo que seja num SU. Posso começar a descrever a situação

pelo local onde o doente se encontrava, que era numa marquesa de um gabinete partilhado por médicos de urologia e ortopedia. Os médicos urologistas encontravam-se com as suas roupas civis, relógios e bata hospitalar, com luvas estéreis calcadas. Pelo que percebi o doente tinha um abscesso peniano, e estava a ser tentada a realização de descompressão ou drenagem de abscesso naquele gabinete. O doente estava vestido, apenas com as calças a destapar o local pretendido, com um campo cirúrgico com óculo (pequeno) no local de intervenção, com muito sangue à sua volta, e pelo que percebi, sem desinfeção cirúrgica do mesmo. Posso dizer que para mim foi um cenário dantesco, assim como para a enfermeira tutora. Auxiliámos naquilo que conseguimos, de forma a tentar minimizar o risco de infeção que ali se encontrava e dizendo aos médicos que aquele não era o local apropriado para este tipo de procedimentos e que devia ser feito no bloco, até que ouviram a enfermeira, acataram a dica e deram indicação para prepararmos o doente para ir ao bloco de urgência.

Tivemos oportunidade de falar e refletir sobre este assunto, e cheguei à conclusão que no SU é provável que a transmissão de infeções cruzadas seja maioritariamente realizada por médicos, porque apesar de terem o conhecimento necessário para a execução dos procedimentos, muitas vezes não têm as condições necessárias ou o material pretendido que os impedem de cumprir todas as regras necessárias. Mais tarde enchem os doentes de antibióticos para prevenirem infeções porque sabem que houve algo naquele procedimento que poderá ter comprometido a esterilidade, abrindo caminho para uma infeção nasocomial. E assim temos um dos maiores exemplos da criação de microrganismos multirresistentes a antibióticos.

Está descrito na literatura que as IACS estão intimamente ligadas à prestação de cuidados de saúde, o que significa que, se por um lado estamos a prestar cuidados para aumentar a sobrevivência dos doentes, por outro estamos a torná-los mais vulneráveis à contração de novas infeções nos locais em que são prestados os cuidados, principalmente quando são executados procedimentos com técnicas invasivas, quando necessitam de antibioterapia agressiva ou terapia imunossupressora devido aos sucessivos internamentos (DGS, 2007).

Segundo o Despacho n.º 3844-A/2016 (2016, p.9254), “a gestão do risco clínico e da segurança do doente é outra área em relação à qual importa investir, no

sentido de aumentar a qualidade da resposta hospitalar, de minimizar as complicações potencialmente evitáveis e de reduzir a incidência de eventos adversos no SNS”.

O Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, refere ainda, através do Despacho n.º 3844-A/2016, que o sistema nacional de saúde deve ter os mecanismos financeiros necessários para incentivar a implementação efetiva, das medidas preconizadas, nas instituições hospitalares, que são necessárias à promoção e viabilização de boas práticas na área do controlo de infeção e da gestão do risco e da segurança do doente, sendo esta uma condição indispensável para melhorar processos e os resultados em saúde.

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em pessoa crítica, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2017), o enfermeiro especialista deve promover a prevenção, intervenção e controlo da infeção, de forma a atingir a excelência dos cuidados prestados adequado ao contexto e à necessidade de utilizar medidas invasivas na pessoa com doença aguda ou crónica. Desta forma, o enfermeiro participa na conceção de planos, define estratégias, gere e lidera a implementação, prevenção, intervenção e controlo da IACS, capacitando as equipas de profissionais que o rodeiam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carter, E., Pouch, S., & Larson, E. (2014). Common infection control practices in the emergency department: A literature review. *American Journal Of Infection Control*, (42), 957-962. Disponível em: <https://www.ajicjournal.org/action/showPdf?pii=S0196-6553%2814%2900051-0>
- DESPACHO N.O 3844-A/2016 (2016). *Diário Da República, 2ª Série, N.º 52 — 15 de Março de 2016*. Lisboa. pp. 9254 Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/73865550>
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2007). Programa Nacional De Prevenção E Controlo Da Infecção Associada Aos Cuidados De Saúde. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Liang, S., Riethman, M., & Fox, J. (2014). Infection Prevention in the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics Of North America*, (36), 873-887. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.emc.2018.06.013>

APÊNDICE II

Proposta de Intervenção: Higiene Oral na Pessoa em Situação Crítica



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
Na Área da Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular “Estágio final e relatório”

Proposta de Intervenção
Higiene Oral na Pessoa em Situação Crítica

Estudante: Iva Alves

Sob orientação de: Prof.^a Doutora Ana Sabrina Sousa

Porto, setembro de 2021

Lista de Siglas

DGS	Direção Geral de Saúde
HO	Higiene Oral
IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
PAC	Pneumonia Adquirida na Comunidade
PACS	Pneumonia Associada aos Cuidados de Saúde
PAI	Pneumonia Associada à Intubação
PN	Pneumonia Nosocomial
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
ULS	Unidade Local de Saúde
VNI	Ventilação Não Invasiva

Lista de Tabelas

Tabela 1	Critérios de Inclusão e Exclusão	13
Tabela 2	Tabela de evidências com resultados de pesquisa	15

Lista de Figuras

Figura 1	Diagrama PRISMA para seleção da amostra	14
Figura 2	Protocolo de Higiene Oral Doente com VNI	26

Índice

1. Introdução	7
2. Metodologia	13
3. Discussão dos Resultados	17
4. Conclusão	23
5. Proposta de Protocolo de higiene oral para doentes com VNI	25
Referências bibliográficas	27

1. Introdução

O presente trabalho foi desenvolvido durante o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com Especialização na área da Pessoa em Situação Crítica e encontra-se dividido em 5 capítulos: Introdução, Metodologia, Discussão de Resultados, Conclusão e Referências Bibliográficas.

O objeto de estudo foi formular uma questão de investigação e procurar dar uma resposta à mesma: Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob Ventilação Não Invasiva (VNI) em meio hospitalar? Assim, face a esta problemática desafiadora foram colocados os seguintes objetivos:

- Identificar o procedimento mais adequado de higienização da cavidade oral num adulto sob ventilação não invasiva e a frequência adequada;
- Identificar a solução oral mais adequada à realização da higiene oral e a frequência em que deve ser realizada em doente sob ventilação mecânica não invasiva.

Neste sentido, interessa perceber que a questão de investigação postulada se apresenta como uma necessidade de uniformização dos cuidados de higienização oral, na pessoa em situação aguda/crítica, com especial atenção, aos doentes sob VNI, inexistentes até à data, nesta Unidade Local de Saúde (ULS). Durante este estágio, nomeadamente no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) percecionei a existência de vários protocolos sobre vários procedimentos, tanto de cuidados médicos como de enfermagem, no sentido de padronização e qualidade da prestação dos cuidados, contudo deparei-me com uma falha na uniformização dos cuidados face a doentes ventilados mecanicamente, mas de modo não invasivo.

Perante esta realidade presenciada e mediante o estudo por mim desenvolvido, importa efetuar um enquadramento teórico sobre esta temática, para que possa assim fundamentar a minha escolha e formulação da questão de investigação supracitada.

Desta forma, para uma melhor compreensão desta minha escolha, considero importante explicitar breves definições, como, a infeção associada aos cuidados

de saúde, os vários tipos de pneumonia, ventilação não invasiva, cavidade oral e seu biofilme e cuidados de higiene oral.

Sobre a Infecção/infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), a Direção Geral de Saúde (DGS) (2007), define-a como uma “infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade”. Ora sendo a infecção contraída em ambiente hospitalar e o consecutivo aumento de microrganismos multirresistentes aos antibióticos, duas das grandes problemáticas, com um agravamento a nível mundial, existe assim uma forte preocupação a envolver este tema, que se torna prejudicial para os serviços de saúde e para a saúde pública em geral.

Assim, de forma a reduzir este tipo de infeções, foram criados *bundles*, com feixes de intervenções associados aos cuidados de enfermagem e os cuidados médicos aquando da execução de procedimentos que podem levar à instalação de microrganismos. Embora possam ser facilmente evitadas, as IACS são uma grande preocupação para a saúde pública, pois constituem uma das maiores causas de mortalidade e morbilidade no sistema de saúde público (Carter, 2014).

Para que uma infeção seja associada aos cuidados de saúde (neste caso em ambiente de cuidados intensivos), o doente deve estar hospitalizado há mais de 48 horas. E na prática, todas as infeções que tenham início a partir do terceiro dia de internamento do doente em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), devem ser reportadas. Para considerar uma infeção como um novo episódio de infeção, é necessária a combinação de novos sinais e sintomas, associado a evidências radiográficas, como no caso da pneumonia (ECDC, 2015).

A Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) é diagnosticada quando a apresentação de sinais, sintomas e alterações radiológicas ocorrem num doente com infeção do trato respiratório inferior causada por agentes na comunidade ou que surge até 48h após a admissão em meio hospitalar. A pneumonia nosocomial (PN) desenvolve-se em doentes internados no hospital há mais de 48 horas. A Pneumonia Associada à Intubação (PAI) deriva da PN e o seu diagnóstico é feito quando correlacionada com a presença de um dispositivo respiratório invasivo (ainda que de forma intermitente) nas 48 horas anteriores

ao início da infeção (ECDC, 2015; Guimarães, Santos, Costa, & Barata, 2011; Torres et.al., 2017).

Segundo a Norma de Feixes de Intervenções para a prevenção de Pneumonia Associada à Intubação é a infeção nosocomial mais prevalente em UCI, sendo responsável pelo aumento de dias de ventilação mecânica, internamento hospitalar, uso de antimicrobianos e de mortalidade (NP 021/2015, (2017). Sabe-se que, em Portugal, a PAI é monitorizada pelo “HAI-ICU da ECDC” e os valores de incidência têm vindo a diminuir consistentemente de 11,2 para 7,1 por 1000 dias de intubação, entre 2008 e 2014 (NP 021/2015, 2017). Sobre o Relatório Anual do Programa Prioritário das Infeções e Resistências aos Antimicrobianos relativo ao ano de 2018, os dados referem uma redução da densidade de incidência de PAI entre 2013 e 2017 (-10,81% face a 2013) (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos, 2018). Perante estes dados facilmente nos apercebemos do decréscimo nos valores de incidência, relativas à patologia Pneumonia, revelando o interesse em perceber a causa destes factos.

A incidência de PN nos doentes hospitalizados é baixa, 0,85%, no entanto, é muito maior naqueles que recebem VNI, de 3,1%, mas não tão alta quanto à PAI, que é aproximadamente 9% a 27%. Nos doentes que fazem VNI, um episódio de PN pode levar a um internamento em UCI, cerca de 10,8 dias, comparando com os 7,9 dias que teriam numa situação sem infeção, podendo mesmo chegar a uma hospitalização mais longa com cerca de 25,9 dias, em comparação com os 15,3 dias, que seria o normal (Johnny, Drury, Ly, & Scholine, 2021).

Em relação à VNI, esta é um mecanismo de suporte ventilatório de pressão positiva sem recurso à intubação endotraqueal, constituindo uma estratégia importante para prevenir a mesma, e o seu início precoce pode reduzir o risco de intubação de 50% a 100%, baixando consequentemente a taxa de mortalidade (Johnny, Drury, Ly, & Scholine, 2021).

O uso de VNI sempre que possível pode ser benéfico para doentes com insuficiência respiratória aguda hipercápnica ou hipoxémica secundária a uma doença pulmonar obstrutiva crónica ou insuficiência cardíaca congestiva cardiogénica, uma vez que pode diminuir o risco de PAI, encurtar o período da ventilação mecânica, diminuir o tempo de internamento e a sua utilização tem

taxas de mortalidade e morbidade menores, quando comparada com a ventilação mecânica invasiva (Klompas, et al., 2014). Claramente pontos muito favoráveis para a escolha deste tipo de suporte ventilatório, para além de que, dos principais objetivos da VNI numa situação aguda se podem destacar o alívio dos sintomas da insuficiência respiratória, a redução do trabalho respiratório, a melhoria das trocas gasosas, o conforto do doente, e o minorar de riscos para o doente, evitando a intubação endotraqueal. Assim, sempre que a VNI seja uma alternativa viável, deve ser ponderada a sua utilização (Aragão, 2011).

Tem sido também notória, ao longo dos anos a evolução tecnológica dos equipamentos, apresentando uma sensibilidade mais elevada para a deteção da inspiração e compensação de fugas (« trigger de fluxo») que permitiu desenvolver um suporte ventilatório em pressão melhor tolerado pelos doentes e com interfaces que os deixam mais confortáveis (Aragão, 2011; Guimarães, Santos, Costa, & Barata, 2011). E tudo isto, tem permitido que a primordial estratégia terapêutica passe pelo uso da VNI, ao invés do recurso ao tubo endotraqueal, permitindo ao doente, menor desconforto, menor privação da comunicação e da alimentação, assim como minimizar o isolamento e a depressão psicológica, fragilizadas por uma situação aguda ou crónica agudizada. A VNI dá a possibilidade ao doente de, numa fase mais controlada, poder ver e comunicar com a sua família, nem que seja através de dispositivos tecnológicos (Aragão, 2011; Johnny, Drury, Ly, & Scholine, 2021). Para além de todo o cuidado de enfermagem, a VNI, possibilita uma ventilação síncrona com o doente e diminui a necessidade de sedação, que por sua vez pode diminuir o tempo de internamento, condicionando um menor risco infeccioso nosocomial (Aragão, 2011).

Quanto à higiene oral (HO), pode afirmar-se que é o cuidado prestado à mucosa bucal para restaurar e manter o equilíbrio microbológico, com a finalidade de limpar dentes, língua, gengivas, mucosas e qualquer outro dispositivo presente nesta zona (Nogueira & Jesus, 2017).

As peculiaridades da cavidade bucal têm feito com que seja considerada uma incubadora microbiana ideal, pois passa por uma colonização continua de bactérias, fungos e vírus que se alojam e agrupam, formando o biofilme. Este pode ser encontrado em quase todos os locais da cavidade oral, sendo o dorso

da língua e as superfícies dos dentes os locais de eleição. O biofilme apresenta um elevado potencial patogénico, local e sistémico, fornecendo proteção aos microrganismos, incluindo agentes antimicrobianos (Nogueira & Jesus, 2017).

Nas UCI, a HO tem sido cada vez mais evidenciada e reconhecida como um procedimento importante na base dos cuidados de enfermagem para prevenir a PN, otimizar saúde e promover qualidade nos cuidados ao doente, pois estes estão expostos a microrganismos que podem causar doenças sistémicas oportunistas associadas à proliferação, contaminação e aspiração de bactérias da cavidade oral (Nogueira & Jesus, 2017). A bundle de prevenção da PAI é aplicada no SMI, onde estão englobadas várias intervenções independentes do cuidado de enfermagem. Algumas dessas intervenções são a higienização da mucosa oral com clorexidina a 0,2% de 12/12h e lavagem bucal na altura do posicionamento com água destilada (intercalado com a clorexidina). Estas ações são realizadas com rigor, de forma a existir impacto na diminuição das taxas da PAI no SMI.

2. Metodologia

Segundo Stetler *et al.* (1998), a enfermagem baseada na evidência não dá ênfase a rituais, experiência clínica isolada e não sistemática, opiniões infundadas e tradição como base para a prática de enfermagem. Acentua sim a utilização de resultados de pesquisas e na ausência desses dados, obtidos de forma sistemática, oriundos de programas de avaliação e de melhoria de qualidade e/ou consenso de especialistas reconhecidos, e de confirmada experiência para comprovar a prática.

Esta revisão da literatura foi realizada através de pesquisa na web, utilizando como descritores MeSH, os seguintes termos: *oral care AND hospital*; ventilação não invasiva AND higiene oral; pneumonia adquirida em hospital AND higiene oral e *noninvasive ventilation AND oral hygiene*.

As bases de dados que serviram como suporte de pesquisa foram: PubMed, BVS, RCAAP e Cochrane Library sendo a mesma realizada entre os dias 19 de setembro a 15 de outubro do ano 2021. A pesquisa inicial deu origem a 80 artigos, pelo que foi necessária a elaboração de elegibilidade para afunilar os resultados para o menor, mas necessário número artigos científicos. Assim, na tabela 1 podem ser observados os critérios de inclusão e de exclusão.

Critérios de Inclusão		Critérios de Exclusão	
Espaço temporal entre 2017 e 2021		Higiene Oral em doentes com ventilação mecânica invasiva	
Pessoas com idade superior ou igual a 18 anos		Artigos com metodologia pouco clara	
Idioma em Inglês e Português			

Tabela 1 – Critérios de Inclusão e Exclusão.

Inicialmente surgiram 80 artigos nas bases de dados supracitadas. Após a análise dos diversos artigos, foram excluídos 2 artigos duplicados. Pelo título foram excluídos 41 artigos e pelo resumo 19 artigos. Após leitura integral do texto, foram excluídos 13 artigos por não estarem relacionados com o tema. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade foram selecionados 5 artigos para integrar esta revisão.

No diagrama PRISMA estão identificadas as fases de seleção da amostra (Figura 1). A apresentação do diagrama foi inspirada no modelo apresentado por Mother *et al.* (2009).

A informação mais pertinente oferecida pelos artigos selecionados foi organizada numa tabela de evidências (Tabela 2), onde pode ser encontrado o autor/autores, o objetivo, o desenho, o local e a amostra utilizados, o nível de evidência das intervenções e as principais conclusões de cada estudo.

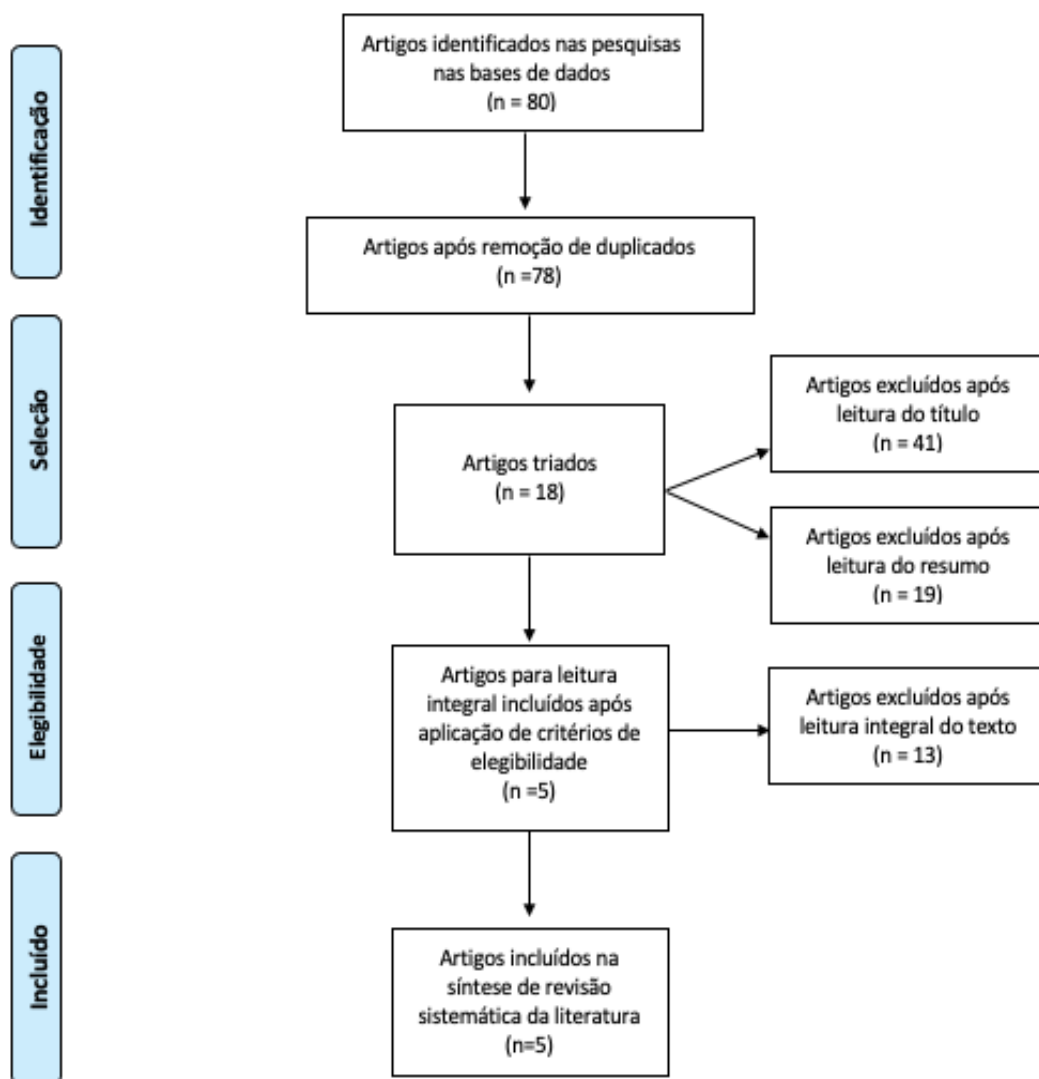


Figura 1 – Diagrama PRISMA para seleção da amostra.

Referência	Objetivos	Desenho de estudo	Local/Amostra	Nível de Evidência	Conclusões
(Warren, Medei, Wood, & Schutte, 2019)	Avaliar a implementação de um protocolo de higiene oral dirigido por enfermeiras em todo o hospital, incluindo kits de produtos de higiene bucal aprimorados e de um folheto educacional desenvolvido em colaboração para os doentes, cuidadores e familiares.	Projeto de melhoria da qualidade baseado em evidência.	Local: internamento de adultos num hospital de trauma nível 1 nas redondezas de Michigan. Amostra: Grupo de controlo (n=202); Grupo de intervenção (n=215).	Nível 1b	Os resultados do projeto demonstram uma redução de 50% na incidência de pneumonia nosocomial, apesar de um aumento nos dias de doentes e altas. Além disso, foram prevenidas cerca de 16 mortes e não foram gastos 1,04 milhões de dólares devido à prevenção da pneumonia nosocomial durante o período de avaliação de sete meses. A educação contínua e a auditoria das intervenções de higiene bucal são necessárias para ajudar a minimizar as oportunidades perdidas e de fornecer cuidados de enfermagem. Conforme demonstrado neste projeto, a educação da equipa e do doente sobre a importância das intervenções de higiene bucal tem um efeito positivo na prática.
(Giuliano K. , Penoyer, Middleton, & Baker, 2021)	Determinar a eficácia de um protocolo de higiene bucal padronizado universal na prevenção de Pneumonia Nosocomial no ambiente de cuidados agudos.	Ensaio randomizado de cluster de um único local.	Local: quatro unidades num centro médico terciário com 800 camas. Amostra: Grupo de controlo (n=4,163); Grupo de intervenção (n=4,546); Total: (n=8,709).	Nível 1b	A prevenção da pneumonia nosocomial é de extrema importância para a segurança do doente. Os achados do estudo sugerem que o controlo da fonte primária utilizando bons cuidados de higiene oral pode ser importante para a prevenção da pneumonia nosocomial. Desenvolver e implementar estratégias eficazes que promovam cuidados bucais frequentes e consistentes para todos os doentes hospitalizados requerem estudos mais aprofundados.
(Satheeshkumar, Papatheodorou, & Sonis, 2020)	Estudar a eficácia dos programas de higiene oral expandidos na modificação do risco da pneumonia nosocomial; verificar a existência de fatores de risco específicos que podem identificar	Revisão sistemática da literatura.		Nível 3a	Foi demonstrado que regimes de higiene oral estruturados reduziram efetivamente a taxa de pneumonia nosocomial, e que a higiene oral fornecida por profissionais de odontologia foi mais eficaz. Embora a higiene oral seja importante para

	prospectivamente os doentes em risco de pneumonia nosocomial e como respondem especificamente aos programas de higiene oral; perceber qual é o momento ideal para iniciar os cuidados de higiene oral; encontrar quais os melhores procedimentos de cuidados de higiene oral para a remoção dos depósitos primários e patogénicos de biofilme.				os doentes hospitalizados, deve ser tão consistente quanto lavar as mãos e tomar banho. É essencial novos estudos estruturados e randomizados de maiores dimensões onde sejam testadas intervenções específicas para constatar melhor o impacto que a sua implementação tem na pneumonia nosocomial.
(Johnny, Drury, Ly, & Scholine, 2021)	Familiarizar os enfermeiros com as evidências sobre cuidados bucais em pacientes graves que requerem ventilação não invasiva.	Revisão da Literatura.		Nível 3a	A higiene oral é realizada rotineiramente nos doentes que recebem ventilação mecânica, mas a taxa de nos doentes críticos que não recebem ventilação mecânica é baixa. Nenhum protocolo de higiene bucal existe atualmente para doentes que não recebem ventilação mecânica devido à variação metodológica entre os estudos. Embora a higiene bucal tenha benefícios, também pode acarretar um risco de eventos adversos.
(James P. , et al., 2017)	Avaliar a eficácia do desinfetante bucal com clorexidina usado como adjuvante aos procedimentos de higiene oral mecânica para o controle de placa biofilme em comparação com os procedimentos de higiene oral mecânica isoladamente ou procedimentos de higiene oral mecânica mais desinfetante bucal de controle / placebo. Determinar se o efeito da desinfecção bucal com clorexidina é influenciado pela concentração de clorexidina ou frequência da desinfecção (uma vez / dia versus duas vezes / dia).	Revisão Sistemática da Literatura.		Nível 2a	Há evidências de alta qualidade de uma grande redução na placa dentária com desinfetante bucal de clorexidina usado como adjuvante em procedimentos mecânicos de higiene oral por 4 a 6 semanas e 6 meses. Não há evidências de que uma concentração de desinfecção de clorexidina seja mais eficaz do que outra. Enxaguar com desinfetante bucal de clorexidina por 4 semanas ou mais causa manchas extrínsecas do dente.

Tabela 2 –Tabela de evidências com resultados de pesquisa.

3. Discussão dos Resultados

A evidência científica sobre a higiene oral nos doentes a receber terapia por VNI é ainda reduzida e todos os autores que se debruçaram sobre este assunto sugerem que seja mais estudado através da implementação de vários protocolos, com amostras populacionais mais significativas, para que os resultados sejam mais precisos e fiáveis.

A maior parte dos estudos realizados sobre a prevenção da PN está direcionada para os doentes sob ventilação mecânica (Pneumonia Associada à Intubação), outros, têm a vertente do doente que não está ventilado (Pneumonia Nosocomial). Foi presumido por Johnny, Drury, Ly, & Scholine (2021) que os doentes com VNI enquadravam-se nesta última categoria.

A ventilação não invasiva apresenta algumas contraindicações importantes para a consideração da realização da higiene oral: alterações graves da consciência, que podem proporcionar a incapacidade do doente para defender a via aérea, ficando exposto a um alto risco de aspiração, seja de secreções ou de vômito, devido a hiperinsuflação do esófago e estômago (em aproximadamente 5 a 10% dos doentes); instabilidade hemodinâmica grave (como choque ou arritmias graves); não cooperação com a ventilação por pressão positiva; assim como a tosse e secreções excessivas podem inviabilizar a VNI por necessidade constante de ajuste da máscara (Johnny, Drury, Ly, & Scholine, 2021; Satheeshkumar, Papatheodorou, & Sonis, 2020; Aragão, 2011; Warren, Medei, Wood, & Schutte, 2019).

Contudo, Johnny, Drury, Ly, & Scholine (2021) refere que a não execução da higiene oral apropriada pode constituir-se num risco maior de PN, que leva a um aumento do tempo de internamento hospitalar, aumento do risco de mortalidade e consequente aumento do custo financeiro.

O protocolo de higienização oral desenvolvido por Warren, Medei, & Wood em 2015, em que a sua aplicação foi estudada durante 7 meses em meio hospitalar, inclui o teste de disfagia como uma condição preponderante na realização dos cuidados bucais, de forma a serem utilizados os materiais mais adequados à situação de cada doente e de diminuir o risco de micro - aspirações.

O estudo realizado por Giuliano, Penoyer, Middleton, & Baker (2021) corrobora as instruções que foram dadas acima, no que respeita ao teste de deglutição antes da higienização da cavidade oral no protocolo por eles desenvolvido e estudado.

A HO tem vindo a crescer como intervenção terapêutica que proporciona manutenção da higiene e conforto, uma prática de controlo de infeção e uma medida que tem como objetivo a segurança do doente, no entanto ainda uma grande parte dos enfermeiros vê este cuidado como uma intervenção de conforto, perdendo a importância do papel da enfermagem na prevenção da PN (Giuliano, Penoyer, Middleton, & Baker, 2021).

A correta execução da HO tem sido alvo de estudo nos últimos anos. Uma das questões mais abordadas nos estudos foi qual seria o método mais correto de higienização da mucosa oral, colocando como hipóteses:

- Lavagem dos dentes com pasta dentífrica;
- Lavagem dos dentes com pasta dentífrica + desinfeção da cavidade oral com desinfetante bucal sem álcool;
- Lavagem dos dentes com pasta dentífrica + desinfeção da cavidade oral com gluconato de clorexidina 0,12% / 0,2%;
- Desinfeção da cavidade oral com gluconato de clorexidina 0,12%;
- Desinfeção com gluconato de clorexidina 0,2%.

O biofilme é o conjunto de vários microorganismos que se alojam na cavidade bucal e que podem ser um dos maiores causadores de PN, assim, a escovagem dos dentes foi identificada como uma técnica mecânica relevante para o remover (Nogueira & Jesus, 2017; Giuliano, Penoyer, Middleton, & Baker, 2021; Vidal, et al., 2017).

A escovagem dos dentes é a base para a remoção da placa dentária e consequentemente redução da carga bacteriana oral, diminuindo assim o risco de PN. É recomendado por vários autores que a lavagem dos dentes seja realizada com uma escova de dentes pediátrica, ou uma escova de adulto com cabeça pequena e cerdas mais macias, pois como a escovagem é realizada por outra pessoa, nem sempre existe a perceção de que está a ser utilizada mais força do que a necessária, e podem ser causados ferimentos sem intenção.

Ressalva-se ainda que em doentes com distúrbios graves a nível imunitário (nomeadamente baixa de plaquetas), deve ter-se em conta a fragilidade das mucosas orais, pois podem ter complicações com mais facilidade, como sangramento das gengivas (Vidal, et al., 2017; Nogueira J., 2016; Grap, Munro, & Martin, 2016).

Segundo os dados obtidos por Satheeshkumar, Papatheodorou, & Sonis (2020), a eficácia da desinfeção da mucosa oral com gluconato clorexidina como intervenção isolada na prevenção da PN é inconsistente, possivelmente por não ter sido relatada a concentração e a quantidade utilizadas. Contudo, continua a ser eleito como principal desinfetante bucal, uma vez que oferece uma alternativa não processual para reduzir a carga bacteriana oral nas mucosas e nos dentes.

A revisão sistemática realizada por Johnny, Drury, Ly, & Scholine (2021) é igualmente direcionada para a descontaminação da cavidade oral dentro da abordagem multimodal que é necessária para a prevenção da PN. Os autores concordam com Satheeshkumar, Papatheodorou, & Sonis (2020), quanto à utilização de gluconato de clorexidina como melhor desinfetante da mucosa bucal, contudo, a concentração, quantidade ou frequência não é abordada neste estudo.

Uma das conclusões do estudo realizado por James, *et al.* (2017), é que a clorexidina é o desinfetante bucal mais eficaz na redução da placa bacteriana, quando utilizado como um complemento aos procedimentos regulares de higiene oral mecânica (escovagem dos dentes). A dose de clorexidina recomendada está entre os 18mg e os 20mg, duas vezes por dia. Quando utilizada a dose mencionada durante 30 segundos (no mínimo), não foram encontradas diferenças entre as concentrações deste desinfetante, pelo que, utilizar clorexidina 0,2% num volume de 10 ml duas vezes por dia, tem o mesmo resultado que utilizar clorexidina 0,12% num volume de 15ml, duas vezes ao dia.

O protocolo realizado por Warren, Medei, Wood, & Schutte (2019) refere que o tempo de escovagem dos dentes deve ser 120 segundos, a cada 6 horas (4 vezes por dia) em doentes não ventilados. O Kit de HO que foi providenciado neste estudo, para doentes não ventilados, incluía: uma escova de dentes com sucção, um desinfetante oral sem álcool e um hidratante bucal. Neste estudo

não é referido qual o tipo de desinfetante oral sem álcool que foi utilizado, no entanto é defendido que a higiene oral é composta pelas duas fases: lavagem dos dentes com pasta dentífrica e desinfecção da cavidade oral com desinfetante bucal sem álcool.

Assim como Warren, Medei, Wood, & Schutte (2019), também Giuliano, Penoyer, Middleton, & Baker (2021) referem um protocolo para 4 situações baseado na mais recente evidência: doentes independentes na realização da higiene oral com capacidade para expetorar, doentes dependentes na higiene oral com incapacidade de expetorar (com risco de aspiração), doentes dependentes com ventilação mecânica invasiva e doentes com dentadura. Para todos é defendido que deve fazer parte a lavagem dos dentes e a desinfecção da mucosa oral com desinfetante bucal sem álcool, com frequência adequada a cada situação, sendo que para o doente dependente na HO com incapacidade de expetorar (com risco de aspiração) deve ser realizada 4 vezes por dia, no entanto, apenas é mencionada a clorexidina oral para doentes com ventilação mecânica invasiva.

O dentífrico a ser utilizado durante a execução da higiene oral no doente com VNI não foi uma informação uniforme. Warren, Medei, Wood, & Schutte (2019) referem que os kits que foram utilizados durante a execução do protocolo continham uma pasta dentífrica rica em bicarbonato de sódio. No entanto, o estudo conduzido por Giuliano, Penoyer, Middleton, & Baker (2021), dispunha de pasta dentífrica para remoção de placa bacteriana nos kits que haviam sido fornecidos.

A xerostomia acontece frequentemente em doentes em situação crítica trata-se de sensação de boca seca devido à diminuição ou interrupção da secreção de saliva pelas glândulas salivares. A xerostomia é multifatorial, sendo que em ambiente de UCI deve-se, na sua maioria, à necessidade de manter a boca entreaberta pela presença de tubo orotraqueal, levando à desidratação da mucosa oral. O mesmo acontece quando os doentes estão sob VNI. Concomitantemente, existem terapêuticas que também contribuem para a xerostomia, tais como opióides, anti-histamínicos, antidepressivos, antiepiléticos, ansiolíticos e anticolinérgicos. (Tenis *et al.*, 2015).

Nos protocolos desenvolvidos por Warren, Medei, Wood, & Schutte (2019) e Giuliano, Penoyer, Middleton, & Baker (2021) existe referência à utilização de hidratante oral aquando da execução da higiene oral.

Como no doente com VNI as mucosas secas são motivo de grande desconforto, desadaptação ventilatória e agitação, Grap, Munro, & Martin (2016) e Pinto & Sousa (2017) mencionam que a hidratação da mucosa oral deve ser feita com uma frequência de 2 a 4 horas, ou sempre que o utente necessitar e não interfira com a estabilidade hemodinâmica aquando da remoção do interface para a realização deste procedimento.

Os registos são parte integrante do processo de enfermagem, sendo uma forma de justificar e comprovar os cuidados prestados aos doentes.

O ponto-chave da adesão dos enfermeiros à correta execução do protocolo de higienização oral é a formação contínua. Warren, Medei, Wood, & Schutte (2019), refere que quando os enfermeiros são empoderados do conhecimento necessário para liderar a implementação das intervenções relativas aos cuidados de HO, existe uma melhoria significativa na prevenção da PN. Dessa forma detêm a capacidade de transmitir o seu conhecimento aos doentes mais capacitados, para que eles cumpram as intervenções protocoladas de forma a reduzir a PN, as taxas de morbilidade e mortalidade, o tempo de internamento e os custos associados ao mesmo.

Também Giuliano, Penoyer, Middleton, & Baker (2021), afirma que a higiene oral é uma intervenção independente da enfermagem, que pode dar destaque aos enfermeiros quando vista como atitude terapêutica bem executada, para prevenção da PN.

4. Conclusão

Nos últimos anos verificamos um crescimento exponencial da Prática clínica baseada na Evidência, na qual a nossa classe de Enfermagem não é exceção. E ainda bem que assim acontece para atestarmos que bons cuidados de saúde são corroborados pelas boas práticas. Pela minha experiência, quer como profissional, quer como estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica, facilmente percebi a importância dos cuidados orais no internamento hospitalar, nomeadamente nos doentes sob VNI. É um desafio premente que os cuidados orais nestes doentes sejam enraizados desde o início da nossa formação de enfermagem e se possam prolongar em toda a nossa prática diária de cuidados de saúde aos nossos doentes.

Facto este demonstrado pelos resultados apresentados, onde se comprova que as IACS's são fortemente reduzidas pela melhoria na saúde oral dos doentes. Constato que esta melhoria só pode tornar-se regra assim que todos Enfermeiros sejam sensibilizados da sua importância diária nos cuidados e se consciencializem como obrigatoriedade e responsabilidade dos seus deveres profissionais enquanto cuidadores. Prática esta que deverá ser frequente ao longo do internamento, a fim de se reduzir o risco e prevalência de infeções, como também reduzir a permanência e custos associados ao internamento destes doentes e até minimizar claramente as taxas de morbilidade e mortalidade.

Destas boas práticas de Enfermagem, existem 2 fatores que condicionam a execução ou o recurso a diferentes materiais para prestar os cuidados de higiene oral, que são, a realização do teste de disfagia e a perceção da capacidade do doente expetorar. É considerado igualmente essencial que o Enfermeiro seja perspicaz na correta avaliação do estado de consciência destes doentes e na avaliação sobre a sua capacidade para seguirem instruções, bem como corrigir a posição do doente, verificar a estabilidade hemodinâmica e os dispositivos alternativos, para que quando se execute a técnica de higiene oral, o profissional se aperceba da real necessidade de manutenção da oxigenoterapia do doente a tratar.

Uma vez que as intervenções relacionadas com o controlo mecânico e químico do biofilme do doente crítico vão sendo alvo de investigação e comprovados pelos resultados, pretende-se despertar para a garantia da implementação dos procedimentos a fim de promover a saúde oral destes doentes. Deste modo, após evidências apresentadas, garante-se que o procedimento para a correta execução dos cuidados de higiene oral deverá passar pela remoção mecânica do biofilme através da escovagem dentária (4 vezes/dia) e pela remoção química, com auxílio da ação antimicrobiana do gluconato de clorexidina, numa solução de concentração 0,12% ou 0,2% (15 mL ou 20 mL, 2 vezes/dia), prosseguidas de hidratação oral, similarmente como forma de prevenção de xerostomia.

Ressalvo como foi fulcral o contributo e protocolo desenvolvidos pelos autores, Warren, Medei, Wood, & Schutte (2019), como resposta à questão de investigação enunciada, preconizando ser o procedimento mais correto a seguir na execução da higiene oral dos doentes sob VNI, em meio hospitalar. Protocolo este que será oportunamente traduzido e adaptado para a língua portuguesa, complementando os achados desta investigação.

Considero que os objetivos a que me propus inicialmente na introdução foram atingidos na íntegra, com a realização desta investigação. Não obstante, as limitações inerentes a todos os trabalhadores-estudantes, que é a desafiante gestão do tempo, mas pesou também a quantidade de informação avulsa sobre a temática escolhida e consequente dispersão, tornando-se por isso necessário focar no cerne da questão intrínseca a esta investigação.

5. Proposta de Protocolo de higiene oral para doentes com VNI

A higiene oral não é uma prática uniformizada nos doentes que estão sob VNI existindo espaço para os enfermeiros prestarem os cuidados orais da forma que melhor lhes aprouver.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de observar que a maior parte dos profissionais apenas faz a desinfeção da mucosa oral com clorexidina 0,2% duas vezes por dia (de 12/12 horas) e hidratação da mucosa oral com água destilada aquando da necessidade do doente, no entanto, já foi constado que a higiene oral não consiste apenas na execução destas duas intervenções.

Assim, após identificar na revisão sistemática da literatura qual o protocolo mais adequado para a execução de uma correta higiene oral de doentes com ventilação não invasiva (protocolo realizado por Warren, Medei, Wood, & Schutte (2019)), foi realizada a sua tradução para português e adaptado informalmente, que pode ser visualizado na Figura 2.

Para que este projeto chegue a todos os profissionais do SMI, será executada uma pequena apresentação do projeto à enfermeira chefe, na presença dos enfermeiros tutores, para expor e discutir o projeto de intervenção e perceber se é pertinente para a unidade e possivelmente, à posteriori, ser transformado em norma interna de atuação. Será enviado por email em ficheiro *pdf* à enfermeira chefe do serviço que divulgará pelos restantes profissionais se achar correto, e impresso em papel.

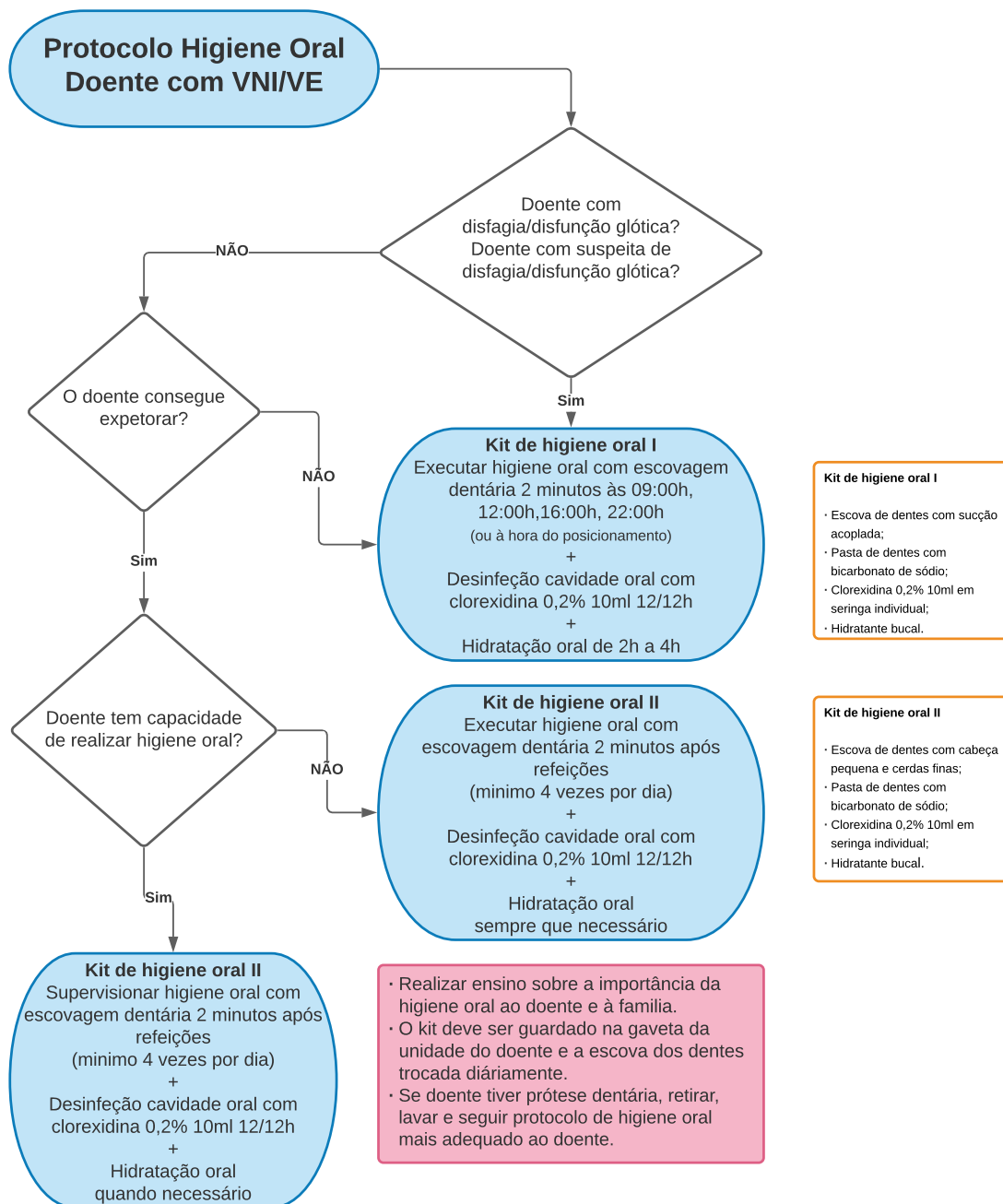


Figura 5 - Protocolo de Higiene Oral para Doentes Com Ventilação Não Invasiva traduzido e adaptado de Warren, Medei, Wood, & Schutte (2019).

Referências Bibliográficas

- Aragão, I. (2011). Introdução à Ventilação Não Invasiva. Em I. Aragão, P. Póvoa, & P. Amaro, *Curso de Insuficiência Respiratória e Princípios da Ventilação Mecânica* (pp. 31-39). Porto.
- Carter, E. P. (2014). Common Infection Control Practices in Emergency Department: A literature review. *American Journal of infection Control*, 957-962.
- Despacho n.o 3844-A/2016 (2016). *Diário Da República*, 2ª Série, N.º 52 — 15 de Março de 2016. Lisboa. pp. 9254.
- Direção Geral da Saúde (2007). Programa Nacional De Prevenção E Controlo Da Infecção Associada Aos Cuidados De Saúde. Lisboa.
- ECDC, 2015. European Surveillance of Healthcare-associated Infections in Intensive Care Units – HAIICU Protocol v1.02. ECDC, Stockholm.
- Giuliano, K. K., Penoyer, D., Middleton, A., & Baker, D. (2021). Oral Care as Prevention for Nonventilator Hospital-Acquired Pneumonia: A Four-Unit Cluster Randomized Study. *American Journal of Nursing*, 24-33.
- Grap, M., Munro, C., & Martin, B. (2016). AACN Practice Alert - Oral Care for Acutely and Critically Ill Patients. *Critical Care Nurse*, 19-21. (MUNROE)
- Guimarães, C., Santos, C., Costa, F., & Barata, F. (2011). Pneumonia Associada Aos Cuidados de Saúde versus Pneumonia Adquirida na Comunidade: entidades diferentes, abordagens distintas. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 168-171.
- Johnny, J., Drury, Z., Ly, T., & Scholine, J. (2021). Oral Care in Critically Ill Patients Requiring Noninvasive Ventilation: An Evidence-Based Review. *Critical Care Nurse*, 66-70.
- Kalil AC, *et.al.* (2016). Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. *Clinical Infectious Diseases*, 101-111.

Klompas, M., *et.al.* (2014). Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals: 2014 Update. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 915-936.

Mother D, Liberati A, Tetzlaff J, & Altman D. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metanalyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097.

Nogueira, J. (2016). *Atuação da Equipe de Enfermagem na Higiene Bucal Preventiva de Pacientes Dependentes de Cuidados*. Brasília. (JANE)

Nogueira, S., & Jesus, C. (2017). Higiene bucal no paciente internado em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 19-46.

NP 021/2015. (2017). Norma Portuguesa para “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Lisboa. Departamento da Qualidade na Saúde.

Pinto, C., & Sousa, P. (2017). *Ventilação Não Invasiva - Desenvolvimento de Linhas Orientadoras Recorrendo à Metodologia Delphi* (Vol. 1ª Edição). Instituto Politécnico de Leiria: Grácio Editor.

Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos. (2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Satheeshkumar, P. S., Papatheodorou, S., & Sonis, S. (2020). Enhanced oral hygiene interventions as a risk mitigation strategy for the prevention of non-ventilator-associated pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *British Dental Journal*, 615-622.

Stetler, C., Morsi, D., Rucki, S., Broughton, S., Corrigan, B., Fitzgerald, J., Giuliano, K., Havener, P. & Sheridan, A. (1998). Utilization – Focused Integrative Reviews in a Nursing Service. *Applied Nursing Research*, Vol. 11, No. 4, 195-206.

Tenis, C. A. et al. (2015). Alterações bucais decorrentes de doenças e internações hospitalares/UTI. In: MORAIS, T. M.; SILVA, A. Fundamentos da

odontologia em ambiente hospitalar/ UTI. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p.91-100.

Vidal, C., Vidal, A., Júnior, J. M., Cavalcanti, A., Henriques, A., Oliveira, M., . . . Lac. (2017). Impact of oral hygiene involving toothbrushing versus chlorhexidine in the prevention of ventilator-associated pneumonia: a randomized study. *Infectious Diseases*, 17:112.

Warren, C., Medei, M., Wood, B., & Schutte, D. (2019). A Nurse-Driven Oral Care Protocol to Reduce Hospital-Acquired Pneumonia Using evidence-based practice to create a high-priority, high-impact daily intervention. *American Journal of Nursing*, 44-51.

Apêndice III

Apresentação PowerPoint: Higiene oral na Pessoa em Situação Crítica



HIGIENE ORAL NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

 **CATOLICA**
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

Proposta de Intervenção

Enfermeira Iva Alves



PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”



PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”

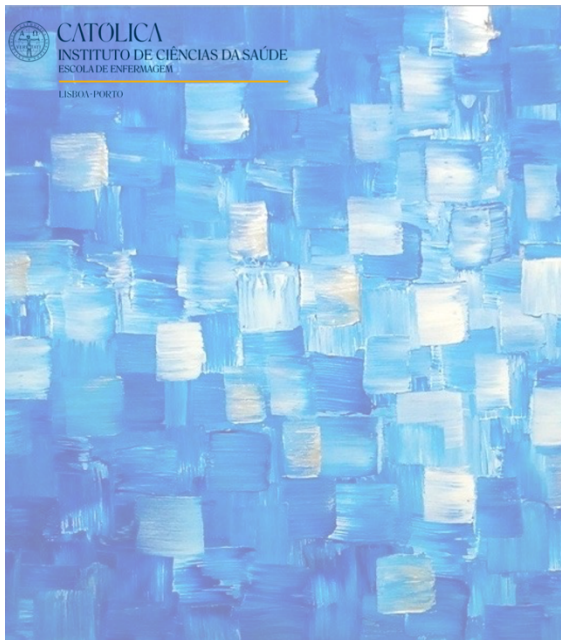


PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”



PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”

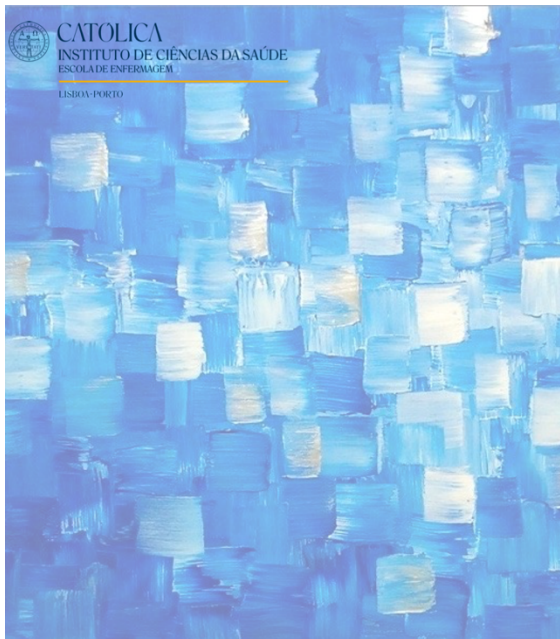


PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”



PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”



PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”



PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”



PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”



PROBLEMA

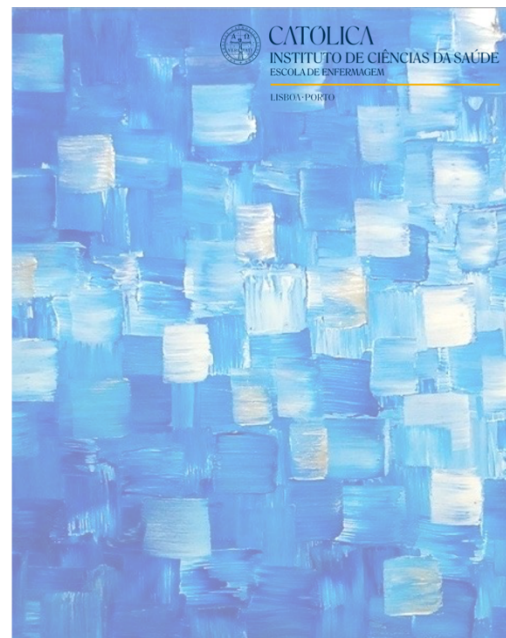
➤ A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

➤ Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”

METODOLOGIA

Higiene Oral na Pessoa em Situação Crítica





PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”



PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

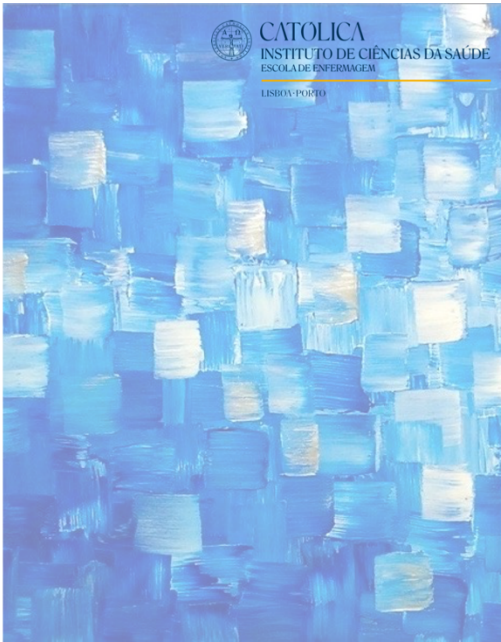
- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”

Referência	Objetivos	Desenho de estudo	Local/Amostra	Nível de Evidência	Conclusões
(Warren, Medei, Wood, & Schutte, 2019)	Avaliar a implementação de um protocolo de higiene oral dirigido por enfermeiras em todo o hospital, incluindo kits de produtos de higiene bucal aprimorados e de um folheto educacional desenvolvido em colaboração para os doentes, cuidadores e famílias.	Projeto de melhoria da qualidade baseado em evidência.	Local: internamento de adultos num hospital de trauma nível 1 nas redondezas de Michigan. Amostra: Grupo de controlo (n=202); Grupo de intervenção (n=215).	Nível 1b	Os resultados do projeto demonstraram uma redução de 50% na incidência de pneumonia nosocomial, apesar de um aumento nos dias de doença e dias fora de casa. Foram prevenidos cerca de 16 mortes e 40 dias numa cama. 1,6 milhões de dólares devido à prevenção da pneumonia nosocomial durante o período de avaliação de sete meses. A educação contínua e a adesão das intervenções de higiene bucal são necessárias para obter e manter os resultados positivos e de longo prazo. A educação dos doentes e dos seus familiares a importância das intervenções de higiene bucal tem um efeito positivo na prática.
(Giuliano K., Penoyer, Middleton, & Baker, 2021)	Determinar a eficácia de um protocolo de higiene bucal padronizado universal na prevenção de Pneumonia Nasocomial no ambiente de cuidados agudos.	Ensaio randomizado de cluster de um único local.	Local: quatro unidades num centro médico terciário com 800 camas. Amostra: Grupo de controlo (n=4,163); Grupo de intervenção (n=4,546); Total: (n=8,709).	Nível 1b	A prevenção da pneumonia nosocomial é de extrema importância para a segurança do doente. Os achados do estudo sugerem que o controlo da fonte primária utilizando bons cuidados de higiene oral pode ser importante para a prevenção da pneumonia nosocomial. Desenvolver e implementar estratégias eficazes que promovam cuidados bucais frequentes e consistentes para todos os doentes hospitalizados requerem estudos mais aprofundados.
(Satheeshkumar, Papatheodorou, & Sonis, 2020)	Estudar a eficácia dos programas de higiene oral existentes na modificação do risco da pneumonia nosocomial, verificar a existência de barreiras de mais específicas que podem identificar prospectivamente os doentes em risco da pneumonia nosocomial e como respondem especificamente aos programas de higiene oral.	Revisão sistemática da literatura.		Nível 3a	Foi demonstrado que regimes de higiene oral estruturados reduzem a ocorrência de infeção da pneumonia nosocomial, e que a higiene oral baseada por profissionais de odontologia foi mais eficaz. Embora a higiene oral seja importante para os doentes hospitalizados, deve ser tão consistente quanto possível e tanto antes, como depois, de qualquer estudo estruturado e randomizado de resultados clínicos ou de saúde pública. As intervenções específicas para reduzir melhor o impacto que a sua implementação tem na pneumonia nosocomial.
(Johnny, Drury, Ly, & Scholine, 2021)	Familiarizar os enfermeiros com as evidências sobre cuidados bucais em pacientes graves que requerem ventilação não invasiva.	Revisão da Literatura.		Nível 3a	A higiene oral é realizada rotineiramente nos doentes que recebem ventilação mecânica, mas a taxa de nos doentes críticos que não recebem ventilação mecânica é baixa. Nenhum protocolo de higiene bucal existe atualmente para doentes que não recebem ventilação mecânica devido à variação metodológica entre os estudos. Embora a higiene bucal tenha benefícios, também pode acarretar um risco de eventuais
(James, et al., 2017)	Avaliar a eficácia do desbistamato bucal com clorexidina usado como adjuvante aos procedimentos de higiene oral mecânica isoladamente ou procedimentos de higiene oral mecânica mais desbistamato bucal de controle / placebo. Determinar se o efeito da desbistação bucal com clorexidina é influenciado pela concentração de clorexidina ou frequência de desbistação (uma vez / dia versus duas vezes / dia).	Revisão Sistemática da Literatura.		Nível 2a	Há evidências de alta qualidade de uma grande redução na placa dentária com desbistamato bucal de clorexidina usado como adjuvante em procedimentos mecânicos de higiene oral por 4 a 6 semanas e 6 meses. Não há evidências de que uma concentração de desbistação de clorexidina seja mais eficaz do que outra. Enxaguar com desbistamato bucal de clorexidina por 4 semanas ou mais causa manchas extrínsecas do dente.

METODOLOGIA

Higiene Oral na Pessoa em Situação Crítica





PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”



PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”



PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”



PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”



PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”



PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”



PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”



PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”



PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”



PROBLEMA

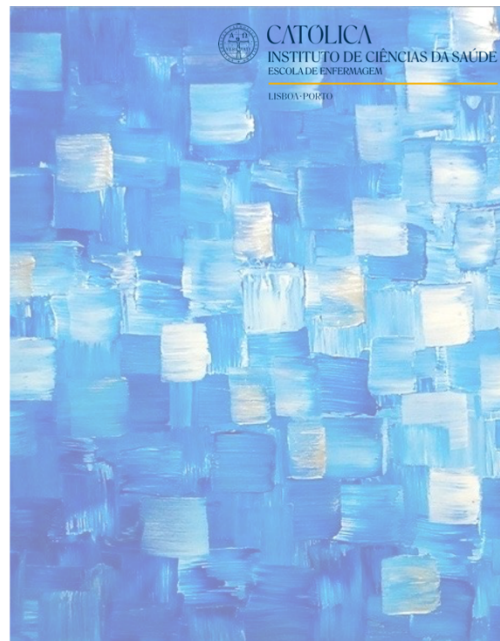
- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”

METODOLOGIA

Higiene Oral na Pessoa em Situação Crítica



PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).
- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”



PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”



PROBLEMA

- A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

- Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”



PROBLEMA

➤ A falta de uniformidade nos cuidados prestados durante a higienização oral na pessoa em situação crítica, com especial atenção, na prestação de cuidados aos doentes com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VNI).

➤ Questão que levou à investigação:

“Qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação mecânica não invasiva?”



HIGIENE ORAL NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



Apêndice IV

Artigo de Revisão - Higiene Oral na Pessoa em Situação Crítica: o doente com Ventilação Não Invasiva

Artigo de Revisão

Higiene Oral na Pessoa em Situação Crítica:

o doente com Ventilação Não Invasiva

Oral Hygiene in the Person in Critical Situation: patient with Non-Invasive Ventilation

Higiene bucal en la persona en situación crítica: paciente con ventilación no invasiva

Resumo:

Enquadramento: A incidência de pneumonia nosocomial é significativa nos doentes em tratamento com ventilação não invasiva e uma das intervenções de enfermagem que pode influenciar a redução dos microrganismos causadores desta condição é a higienização da cavidade oral. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é determinar qual o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação não invasiva em meio hospitalar.

Metodologia: A revisão da literatura foi realizada através de pesquisa nas bases de dados: PubMed, BVS, RCAAP e CochraneLibrary, obtendo-se 80 artigos que após análise e aplicação de critérios de elegibilidade, resultaram 5 artigos para discussão. **Resultados:** O procedimento para a correta execução dos cuidados de higiene oral passa pela remoção mecânica do biofilme através da escovagem dentária (4 vezes/dia) e pela remoção química, com auxílio da ação antimicrobiana do gluconato de clorexidina, numa solução de concentração 0,12% ou 0,2% (15 mL ou 20 mL, 2 vezes/dia), prosseguidas de hidratação oral.

Conclusão: O contributo do protocolo desenvolvido por um dos estudos foi fulcral para atingir os objetivos pretendidos, mostrando ser o procedimento mais correto a seguir na execução da higiene oral dos doentes sob ventilação não invasiva em meio hospitalar. Este protocolo foi oportunamente traduzido e adaptado para a língua portuguesa.

Palavras-chave: Higiene Oral, Pneumonia Nosocomial e Ventilação Não Invasiva; *Healthcare-Associated Pneumonia*, *Noninvasive Ventilation* e *Oral hygiene*.

Introdução:

A Direção Geral de Saúde (DGS) (p. 4, 2007), define a Infeção/infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) como “infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade”. O aumento da incidência das infeções associadas aos cuidados de saúde e a consequente proliferação de microrganismos multirresistentes com um importante impacto tanto na saúde pública como nos custos inerentes ao seu tratamento, transformou esta problemática num assunto prioritário para os profissionais e para as instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Assim, de forma a prevenir e controlar este tipo de infeções, foram criados programas prioritários governamentais com o desenvolvimento, entre outros, de feixes de intervenção que têm como principal objetivo orientar as práticas profissionais de médicos e enfermeiros tornando os cuidados de saúde mais seguros, minimizando-se assim o impacto das infeções associadas aos cuidados de saúde. Embora possam ser evitadas com medidas simples, as IACS são uma grande preocupação para a saúde pública, pois constituem uma das maiores causas de mortalidade e morbilidade no sistema de saúde público (Carter, 2014).

Para que uma infeção seja associada aos cuidados de saúde (neste caso em ambiente de cuidados intensivos), o doente deve estar hospitalizado há mais de 48 horas e, na prática, todas as infeções que tenham início a partir do terceiro dia de internamento do doente em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) devem ser reportadas. No caso da pneumonia, para se considerar como uma nova infeção, é necessária a combinação de novos sinais e sintomas, associados a evidências radiográficas. (ECDC, 2015).

No que respeita à pneumonia, é atualmente diferenciada em dois grupos: Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) e Pneumonia Nosocomial (PN).

A PAC é diagnosticada quando a apresentação de sinais, sintomas e alterações radiológicas ocorrem num doente com infeção do trato respiratório inferior causada por agentes na comunidade ou que surge até 48h após a admissão em meio hospitalar. A pneumonia nosocomial desenvolve-se em doentes internados no hospital há mais de 48 horas. A Pneumonia Associada à Intubação (PAI)

deriva da PN e o seu diagnóstico é feito quando correlacionada com a presença de um dispositivo respiratório invasivo (ainda que de forma intermitente) nas 48 horas anteriores ao início da infeção (ECDC, 2015; Guimarães, Santos, Costa, & Barata, 2011; Torres et.al., 2017).

Segundo a Norma de Feixes de Intervenções para a prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, esta é a infeção nosocomial mais prevalente em UCI, sendo responsável pelo aumento de dias de ventilação mecânica, internamento hospitalar, uso de antimicrobianos e de mortalidade (NP 021/2015, (2017). Sabe-se que, em Portugal, a PAI é monitorizada pelo HAI-ICU da ECDC e os valores de incidência têm vindo a diminuir consistentemente de 11,2 para 7,1 por 1000 dias de intubação, entre 2008 e 2014 (NP 021/2015, 2017). Sobre o Relatório Anual do Programa Prioritário das Infeções e Resistências aos Antimicrobianos relativo ao ano de 2018, os dados referem uma redução da densidade de incidência de PAI entre 2013 e 2017 (-10,81% face a 2013) (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos, 2018). Perante estes dados facilmente é percebido o decréscimo nos valores de incidência, relativas à Pneumonia, revelando o interesse em perceber a causa destes factos.

A incidência de PN nos doentes hospitalizados é baixa (0,85%), no entanto, é muito maior naqueles que recebem VNI, de 3,1%, mas não tão alta quanto à PAI, que pode variar entre 9% a 27%. Nos doentes que fazem VNI, um episódio de PN pode levar a um internamento em UCI, de cerca de 10,8 dias, comparando com os 7,9 dias que teriam numa situação sem infeção, podendo mesmo chegar a uma hospitalização mais longa com cerca de 25,9 dias, em comparação com os 15,3 dias, que seria o normal (Johnny, Drury, Ly, & Scholine, 2021).

A VNI é um mecanismo de suporte ventilatório por pressão positiva sem recurso à intubação endotraqueal, constituindo-se como uma estratégia importante para a prevenir e o seu início precoce pode reduzir o risco de intubação de 50% a 100%, baixando consequentemente a taxa de mortalidade (Johnny, Drury, Ly, & Scholine, 2021).

O uso de VNI sempre que possível pode ser benéfico para doentes com insuficiência respiratória aguda hipercápnica ou hipoxémica secundária a uma doença pulmonar obstrutiva crónica ou insuficiência cardíaca congestiva

cardiogénica, uma vez que pode diminuir o risco de PAI, encurtar o período da ventilação mecânica, diminuir o tempo de internamento e a sua utilização tem taxas de mortalidade e morbilidade menores, quando comparada com a ventilação mecânica invasiva (Klompas, et al., 2014). Estes são pontos muito favoráveis à escolha deste tipo de suporte ventilatório, para além de que, numa situação aguda, a VNI pode assegurar o alívio dos sintomas da insuficiência respiratória, a redução do trabalho respiratório, a melhoria das trocas gasosas, o conforto do doente, e o minorar de riscos para o doente, evitando a intubação endotraqueal. Assim, sempre que a VNI seja uma alternativa viável, deve ser ponderada a sua utilização (Aragão, 2011).

Tem sido também notória, ao longo dos anos a evolução tecnológica dos equipamentos, apresentando uma sensibilidade mais elevada para a deteção da inspiração e compensação de fugas que permitiu desenvolver um suporte ventilatório em pressão melhor tolerado pelos doentes e com interfaces que os deixam mais confortáveis (Aragão, 2011; Guimarães, Santos, Costa, & Barata, 2011). Tudo isto tem permitido que a primordial estratégia terapêutica passe pelo uso da VNI, ao invés do recurso ao tubo endotraqueal, permitindo ao doente, menor desconforto, menor privação da comunicação e da alimentação, assim como minimiza o isolamento e a depressão psicológica, fragilizadas por uma situação aguda ou crónica agudizada. A VNI dá a possibilidade ao doente de, numa fase mais controlada, poder ver e comunicar com a sua família, nem que seja através de dispositivos tecnológicos, possibilita também uma ventilação síncrona com o doente e diminui a necessidade de sedação, que por sua vez pode reduzir o tempo de internamento, condicionando um menor risco infeccioso nosocomial (Aragão, 2011; Johnny, Drury, Ly, & Scholine, 2021).

Uma vez que a incidência de pneumonia nosocomial ainda é significativa nos doentes que fazem tratamento com VNI, é de realçar que uma das intervenções de enfermagem com relevância na redução dos microrganismos provocadores desta infeção é a higiene oral (HO). Este é o cuidado prestado à mucosa bucal para restaurar e manter o equilíbrio microbiológico, com a finalidade de limpar dentes, língua, gengivas, mucosas e qualquer outro dispositivo presente nesta zona (Nogueira & Jesus, 2017).

As peculiaridades da cavidade bucal têm feito com que seja considerada uma incubadora microbiana ideal, pois passa por uma colonização contínua de bactérias, fungos e vírus que se alojam e agrupam, formando o biofilme. Este pode ser encontrado em quase todos os locais da cavidade oral, sendo o dorso da língua e as superfícies dos dentes os locais de eleição. O biofilme apresenta um elevado potencial patogénico, local e sistémico, fornecendo proteção aos microrganismos, incluindo dos agentes antimicrobianos (Nogueira & Jesus, 2017).

Nas UCI, a HO tem sido cada vez mais evidenciada e reconhecida como um procedimento importante na base dos cuidados de enfermagem para prevenir a PN, otimizar saúde e promover qualidade nos cuidados ao doente, pois estes estão expostos a microrganismos que podem causar doenças sistémicas oportunistas associadas à proliferação, contaminação e aspiração de bactérias da cavidade oral (Nogueira & Jesus, 2017).

Tendo em conta esta realidade foi realizada uma revisão da literatura cujo principal objetivo é identificar o procedimento mais correto para a realização da higiene oral em adultos sob ventilação não invasiva em meio hospitalar tendo como objetivo secundário identificar a solução oral mais adequada à realização da higiene oral e a frequência em que deve ser realizada num adulto sob ventilação mecânica não invasiva.

Procedimentos Metodológicos de Revisão:

As bases de dados que serviram como suporte de pesquisa foram: PubMed, BVS, RCAAP e Cochrane Library, sendo a mesma realizada entre os dias 19 de setembro a 15 de outubro do ano 2021, utilizando como descritores MeSH e operadores booleanos, os seguintes termos: *oral care AND hospital*; ventilação não invasiva *AND* higiene oral; pneumonia adquirida em hospital *AND* higiene oral e *noninvasiveventilation AND oral hygiene*.

A pesquisa inicial deu origem a 80 artigos, pelo que foi necessária a elaboração de critérios de elegibilidade para afunilar os resultados para o menor, mas necessário número artigos científicos. Os critérios de inclusão aplicados foram: espaço temporal entre 2007 e 2021; pessoas com idade superior ou igual a 18 anos e idioma em inglês ou português. Os critérios de exclusão foram: artigos

sobre higiene oral em doentes com ventilação mecânica invasiva e artigos com metodologia pouco clara. Após a análise dos diversos artigos, foram excluídos 2 artigos duplicados. Pelo título foram excluídos 41 artigos e pelo resumo 19 artigos. Após leitura integral do texto, foram excluídos 13 artigos por não estarem relacionados com o tema. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade foram selecionados 5 artigos para integrar esta revisão.

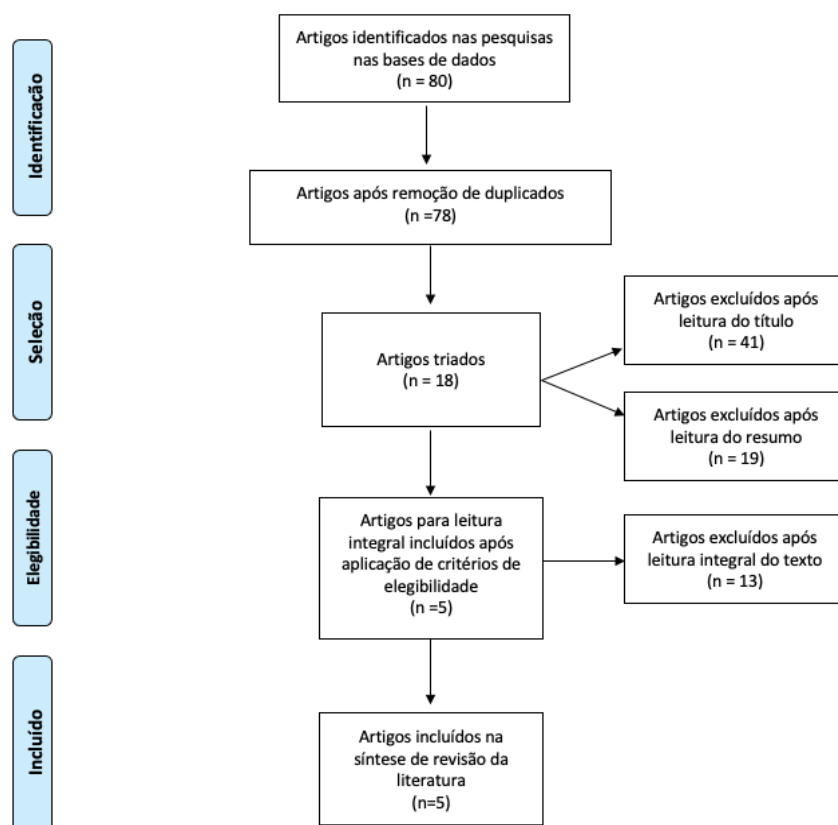


Figura 1 - Diagrama PRISMA para seleção da amostra

No diagrama PRISMA estão identificadas as fases de seleção da amostra (Figura 1). A apresentação do diagrama foi inspirada no modelo apresentado por Motheret et al. (2009).

Resultados:

A informação mais pertinente dos artigos selecionados foi organizada numa tabela de evidências (Tabela 1), onde pode ser encontrado o autor/autores, o

objetivo, o desenho, o local e a amostra utilizados, o nível de evidência das intervenções e as principais conclusões de cada estudo.

Tabela 1 –Tabela de evidências com resultados de pesquisa.

Referência	Objetivos	Desenho	Local/Amostr a	Nível Evidênci a	Conclusões
(WARREN, MEDEI, WOOD, & SCHUTTE, 2019)	Avaliar a implementação de um protocolo de higiene oral dirigido por enfermeiras em todo o hospital, incluindo kits de produtos de higiene bucal aprimorados e de um folheto educacional desenvolvido em colaboração para os doentes, cuidadores e familiares.	Projeto de melhoria da qualidade baseado em evidência.	Local: internamento de adultos num hospital de trauma nível 1 nas redondezas de Michigan. Amostra: Grupo de controlo (n=202); Grupo de intervenção (n=215).	Nível 1b	Os resultados demonstram uma redução de 50% na incidência de pneumonia nosocomial. Foram prevenidas cerca de 16 mortes e não foram gastos 1,04 milhões de dólares devido à prevenção da pneumonia nosocomial durante o período de avaliação. A educação contínua e a auditoria das intervenções de higiene bucal são necessárias para ajudar a minimizar as oportunidades perdidas e de fornecer cuidados de enfermagem. A educação da equipa e do doente sobre a importância das intervenções de higiene bucal tem um efeito positivo na prática.
(GIULIANO K. , PENoyer, MIDDLETON, & BAKER, 2021)	Determinar a eficácia de um protocolo de higiene bucal padronizado na prevenção de Pneumonia Nosocomial no ambiente de cuidados agudos.	Ensaio randomizado de cluster de um único local.	Local: quatro unidades num centro médico terciário com 800 camas. Amostra: Grupo de controlo (n=4,163);	Nível 1b	A prevenção da pneumonia nosocomial é de extrema importância para a segurança do doente. O controlo da fonte primária utilizando

		Grupo de intervenção (n=4,546); Total: (n=8,709).	bons cuidados de higiene oral pode ser importante para a prevenção da pneumonia nosocomial.
(SATHEESHKUMAR, PAPATHEODOROU, & SONIS, 2020)	Estudar a eficácia dos programas de higiene oral expandidos na modificação do risco da pneumonia nosocomial; perceber qual é o momento ideal para iniciar os cuidados de higiene oral; encontrar quais os melhores procedimentos de cuidados de higiene oral para a remoção dos depósitos primários e patogênicos de biofilme.	Revisão Sistemática da Literatura.	Nível 3a Foi demonstrado que regimes de higiene oral estruturados reduziram efetivamente a taxa de pneumonia nosocomial. Embora a higiene oral seja importante para os doentes hospitalizados, deve ser tão consistente quanto lavar as mãos e tomar banho.
(JOHNNY, DRURY, LY, & SCHOLINE, 2021)	Familiarizar os enfermeiros com as evidências sobre cuidados bucais em pacientes graves que requerem ventilação não invasiva.	Revisão da Literatura.	Nível 3a A taxa de realização de higiene oral nos doentes críticos que não recebem ventilação mecânica é baixa. Embora a higiene bucal tenha benefícios, também pode acarretar um risco de eventos adversos.
(JAMES P., ET AL., 2017)	Avaliar a eficácia do desinfetante bucal com clorexidina usado como adjuvante aos procedimentos de higiene oral mecânica para o controle de placa biofilme em comparação com os procedimentos de higiene oral	Revisão Sistemática da Literatura.	Nível 2a Há evidências de alta qualidade de uma grande redução na placa dentária com desinfetante bucal de clorexidina usado como adjuvante em

mecânica isoladamente ou procedimentos de higiene oral mecânica mais desinfetante bucal de controle / placebo. Determinar se o efeito da desinfecção bucal com clorexidina é influenciado pela concentração de clorexidina ou frequência da desinfecção (uma vez / dia versus duas vezes / dia).	procedimento s mecânicos de higiene oral por 4 a 6 semanas e 6 meses. Não há evidências de que uma concentração de desinfecção de clorexidina seja mais eficaz do que outra. Enxaguar com desinfetante bucal de clorexidina por 4 semanas ou mais causa manchas extrínsecas do dente.
--	---

Após a análise dos artigos entende-se que a ventilação não invasiva apresenta algumas contraindicações importantes para a sua consideração: alterações graves da consciência que podem conduzir à incapacidade do doente para defender a via aérea, ficando exposto a um alto risco de aspiração, seja de secreções ou de vômito devido a hiperinsuflação do esôfago e estômago (em aproximadamente 5 a 10% dos doentes); instabilidade hemodinâmica grave (como choque ou arritmias graves); não cooperação com a ventilação por pressão positiva; assim como a tosse e secreções excessivas por necessidade constante de ajuste da máscara (Johnny, Drury, Ly, & Scholine, 2021; Satheeshkumar, Papatheodorou, & Sonis, 2020; Aragão, 2011; Warren, Medei, Wood, & Schutte, 2019).

Contudo, Johnny, Drury, Ly, & Scholine (2021) refere que a não execução da higiene oral apropriada pode constituir-se num risco maior de PN, que leva a um aumento do tempo de internamento hospitalar, aumento do risco de mortalidade e consequente aumento do custo financeiro.

O protocolo de higienização oral desenvolvido por Warren, Medei, & Wood em 2015, em que a sua aplicação foi estudada durante 7 meses em meio hospitalar,

inclui o teste de disfagia como uma condição preponderante na realização dos cuidados bucais, de forma a serem utilizados os materiais mais adequados à situação de cada doente e de diminuir o risco de micro - aspirações.

O estudo realizado por Giuliano, Penoyer, Middleton, & Baker (2021) corrobora as instruções que foram dadas acima, no que respeita ao teste de deglutição antes da higienização da cavidade oral no protocolo por eles desenvolvido e estudado.

O biofilme é o conjunto de vários microrganismos que se alojam na cavidade bucal e que podem ser um dos maiores causadores de PN, sendo que a escovagem dos dentes foi identificada como uma técnica mecânica relevante para o remover (Nogueira & Jesus, 2017; Giuliano, Penoyer, Middleton, & Baker, 2021; Vidal, et al., 2017).

A escovagem dos dentes é a base para a remoção da placa dentária e consequentemente redução da carga bacteriana oral, diminuindo assim o risco de PN. É recomendado por vários autores que a lavagem dos dentes seja realizada com uma escova de dentes pediátrica, ou uma escova de adulto com cabeça pequena e cerdas mais macias, pois como a escovagem é realizada por outra pessoa, nem sempre existe a perceção de que está a ser utilizada mais força do que a necessária, e podem ser causados ferimentos acidentais. Ressalva-se ainda que em doentes com distúrbios graves a nível hematológico (nomeadamente baixa de plaquetas), deve ter-se em conta a fragilidade das mucosas orais, pois podem ter complicações com mais facilidade, como sangramento das gengivas (Vidal, et al., 2017; Nogueira J., 2016; Grap, Munro, & Martin, 2016).

Segundo os dados obtidos por Satheeshkumar, Papatheodorou, & Sonis (2020), a eficácia da desinfeção da mucosa oral com gluconato clorexidina como intervenção isolada na prevenção da PN é inconsistente, possivelmente por não ter sido relatada a concentração e a quantidade utilizadas. Contudo, continua a ser eleito como principal desinfetante bucal, uma vez que reduz significativamente a carga bacteriana oral nas mucosas e nos dentes.

A revisão sistemática realizada por Johnny, Drury, Ly, & Scholine (2021) é igualmente direccionada para a descontaminação da cavidade oral dentro da

abordagem multimodal que é necessária para a prevenção da PN. Os autores concordam com Satheeshkumar, Papatheodorou, & Sonis (2020), quanto à utilização de gluconato de clorexidina como melhor desinfetante da mucosa bucal, contudo, a concentração, quantidade ou frequência não é abordada neste estudo.

Uma das conclusões do estudo realizado por James, et al. (2017), é que a clorexidina é o desinfetante bucal mais eficaz na redução da placa bacteriana, quando utilizado como um complemento aos procedimentos regulares de higiene oral mecânica (escovagem dos dentes). A dose de clorexidina recomendada está entre os 18mg e os 20mg, duas vezes por dia. Quando utilizada a dose mencionada durante 30 segundos (no mínimo), não foram encontradas diferenças entre as concentrações deste desinfetante, pelo que, utilizar clorexidina 0,2% num volume de 10 ml duas vezes por dia, tem o mesmo resultado que utilizar clorexidina 0,12% num volume de 15ml, duas vezes ao dia.

O protocolo realizado por Warren, Medei, Wood, & Schutte (2019) refere que o tempo de escovagem dos dentes deve ser 120 segundos, a cada 6 horas (4 vezes por dia) em doentes não ventilados. O Kit de HO que foi providenciado neste estudo, para doentes não ventilados, incluía: uma escova de dentes com sucção, um desinfetante oral sem álcool e um hidratante bucal. Neste estudo não é referido qual o tipo de desinfetante oral sem álcool que foi utilizado, no entanto é defendido que a higiene oral é composta pelas duas fases: lavagem dos dentes com pasta dentífrica e desinfeção da cavidade oral com desinfetante bucal sem álcool.

Assim como Warren, Medei, Wood, & Schutte (2019), também Giuliano, Penoyer, Middleton, & Baker (2021) referem um protocolo para 4 situações baseado na mais recente evidência: doentes independentes na realização da higiene oral com capacidade para expetorar, doentes dependentes na higiene oral com incapacidade de expetorar (com risco de aspiração), doentes dependentes com ventilação mecânica invasiva e doentes com dentadura. Para todos é defendido que deve fazer parte a lavagem dos dentes e a desinfeção da mucosa oral com desinfetante bucal sem álcool, com frequência adequada a cada situação, sendo que para o doente dependente na HO com incapacidade de expetorar (com risco de aspiração) deve ser realizada 4 vezes por dia, no

entanto, apenas é mencionada a clorexidina oral para doentes com ventilação mecânica invasiva.

O dentífrico a ser utilizado durante a execução da higiene oral no doente com VNI não foi uma informação uniforme. Warren, Medei, Wood, & Schutte (2019) referem que os kits que foram utilizados durante a execução do protocolo continham uma pasta dentífrica rica em bicarbonato de sódio. No entanto, o estudo conduzido por Giuliano, Penoyer, Middleton, & Baker (2021), dispunha de pasta dentífrica para remoção de placa bacteriana nos kits que haviam sido fornecidos.

A xerostomia é uma condição frequente em doentes em situação crítica e trata-se da sensação de boca seca devido à diminuição ou interrupção da secreção de saliva pelas glândulas salivares. A xerostomia é multifatorial, sendo que em ambiente de UCI deve-se, na sua maioria, à necessidade de manter a boca entreaberta pela presença de tubo orotraqueal, levando à desidratação da mucosa oral, o mesmo acontece quando os doentes estão sob VNI. Concomitantemente, existem terapêuticas que também contribuem para a xerostomia, tais como opióides, anti-histamínicos, antidepressivos, antiepiléticos, ansiolíticos e anticolinérgicos. (Teniset al., 2015).

Nos protocolos desenvolvidos por Warren, Medei, Wood, & Schutte (2019) e Giuliano, Penoyer, Middleton, & Baker (2021) existe referência à utilização de hidratante oral aquando da execução da higiene oral.

Como no doente com VNI as mucosas secas são motivo de grande desconforto, desadaptação ventilatória e agitação, Grap, Munro, & Martin (2016) e Pinto & Sousa (2017) mencionam que a hidratação da mucosa oral deve ser feita com uma frequência de 2 a 4 horas, ou sempre que o utente necessitar e não interfira com a estabilidade hemodinâmica aquando da remoção do interface para a realização deste procedimento.

O ponto-chave da adesão dos enfermeiros à correta execução do protocolo de higienização oral é a formação contínua. Warren, Medei, Wood, & Schutte (2019), referem que quando os enfermeiros são empoderados do conhecimento necessário para liderar a implementação das intervenções relativas aos cuidados de HO, existe uma melhoria significativa na prevenção da PN. Dessa

forma detêm a capacidade de transmitir o seu conhecimento aos doentes mais capacitados, para que eles cumpram as intervenções protocoladas de forma a reduzir a PN, as taxas de morbilidade e mortalidade, o tempo de internamento e os custos associados ao mesmo.

Também Giuliano, Penoyer, Middleton, & Baker (2021), afirmam que a higiene oral é uma intervenção independente da enfermagem, que pode dar destaque aos enfermeiros quando vista como atitude terapêutica bem executada, para prevenção da PN.

Discussão:

A evidência científica sobre a higiene oral nos doentes a receber terapia por VNI é ainda reduzida e todos os autores que se debruçaram sobre este assunto sugerem que seja mais estudado através da implementação de vários protocolos, com amostras populacionais mais significativas, para que os resultados sejam mais precisos e fiáveis.

A maior parte dos estudos realizados sobre a prevenção da PN está direcionada para os doentes sob ventilação mecânica (Pneumonia Associada à Intubação), outros, têm a vertente do doente que não está ventilado (Pneumonia Nosocomial). Foi presumido por Johnny, Drury, Ly, & Scholine (2021) que os doentes com VNI enquadravam-se nesta última categoria.

A HO tem vindo a crescer como intervenção terapêutica que proporciona manutenção da higiene e conforto, uma prática de controlo de infeção e uma medida que tem como objetivo a segurança do doente, no entanto ainda uma grande parte dos enfermeiros vê este cuidado apenas como uma intervenção de conforto, perdendo a importância do papel da enfermagem na prevenção da PN (Giuliano, Penoyer, Middleton, & Baker, 2021).

Através das boas práticas de Enfermagem, existem 2 fatores que condicionam a execução ou o recurso a diferentes materiais para prestar os cuidados de higiene oral, que são, a realização do teste de disfagia e a perceção da capacidade do doente para expetorar. É considerado igualmente essencial que o Enfermeiro seja perspicaz na correta avaliação do estado de consciência destes doentes e na avaliação sobre a sua capacidade para seguirem instruções, bem como corrigir a posição do doente, verificar a estabilidade

hemodinâmica e os dispositivos alternativos, para que quando se execute a técnica de higiene oral, o profissional perceba a real necessidade de manutenção de oxigenoterapia do doente a tratar (Giuliano, Penoyer, Middleton, & Baker (2021) e Warren, Medei, Wood, & Schutte, 2019).

A importância da prevenção do aparecimento do biofilme na mucosa oral do doente crítico tem vindo a adquirir uma relevância crescente na investigação. Pretende-se assim incentivar os profissionais para a implementação do mais correto procedimento a fim de garantir a saúde oral destes doentes. Após a evidência apresentada, o procedimento para a correta execução deverá passar pela remoção mecânica do biofilme através da escovagem dentária (4 vezes/dia) e pela remoção química através da ação antimicrobiana do gluconato de clorexidina, numa solução de concentração 0,12% ou 0,2% (15 mL ou 20 mL, 2 vezes/dia) prosseguidas de hidratação oral como forma de prevenção de xerostomia (Johnny, Drury, Ly, & Scholine (2021) e James, et al. (2017).

O protocolo de higiene oral desenvolvido por Warren, Medei, Wood, & Schutte (2019) parece-nos o mais adequado para uma correta higiene oral de doentes com ventilação não invasiva. Este protocolo foi traduzido e adaptado informalmente para português e pode ser visualizado na figura 2.

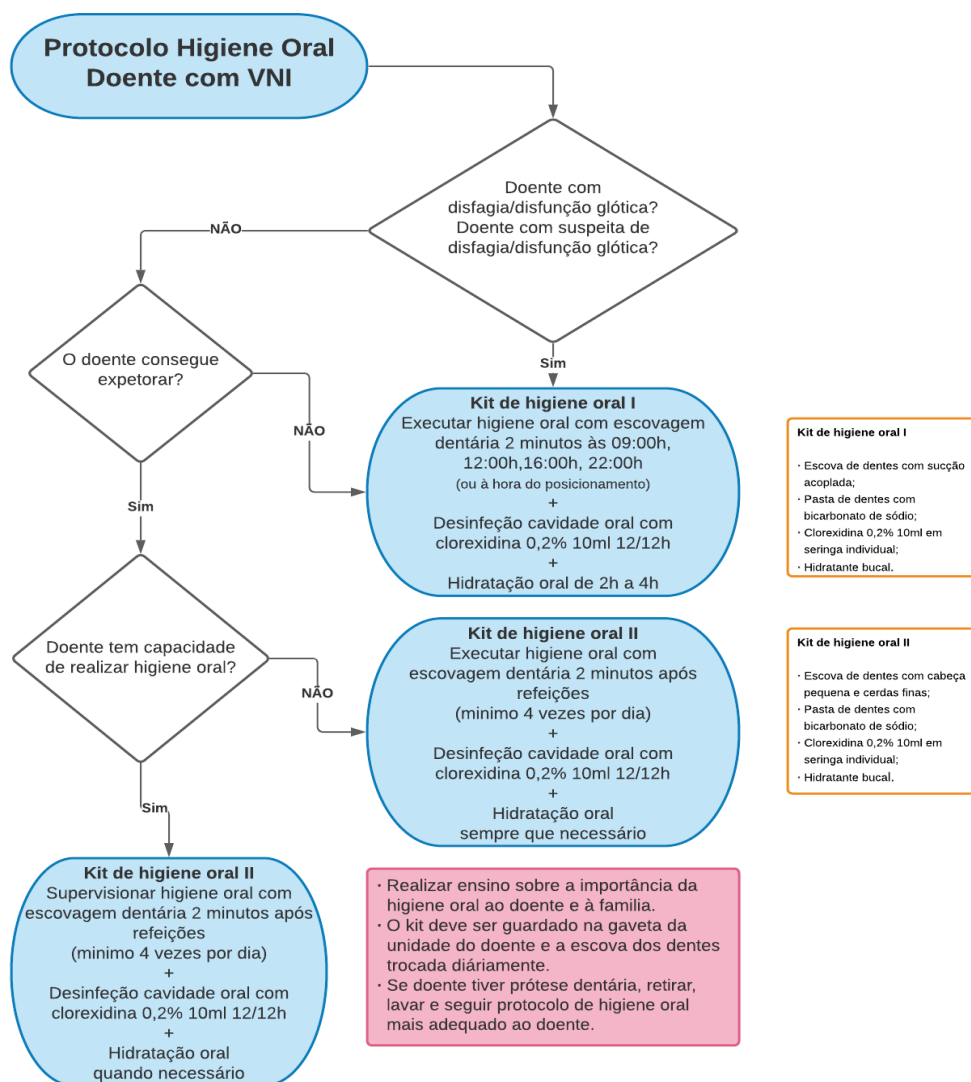


Figura 2 - Protocolo de Higiene Oral para Doentes Com Ventilação Não Invasiva traduzido e adaptado de Warren, Medei, Wood, & Schutte (2019)

Conclusão:

O contributo do protocolo desenvolvido pelos autores, Warren, Medei, Wood, & Schutte (2019) foi fulcral para atingir os objetivos deste estudo, mostrando ser o procedimento mais correto a seguir na execução da higiene oral dos doentes sob VNI, em meio hospitalar. Este protocolo foi oportunamente traduzido e adaptado para a língua portuguesa, complementando os achados desta investigação.

É um desafio premente que os cuidados orais na pessoa em situação crítica sejam enraizados desde o início da formação de enfermagem e se possam prolongar em toda a prática diária de cuidados de saúde a todos os doentes. Foi possível deduzir pelos resultados apresentados que a melhoria da saúde oral dos doentes pode contribuir para a redução das IACS, não como uma ação individual mas inserida num feixe de intervenções. Constata-se também que é a sensibilização dos enfermeiros para os cuidados de higiene oral que poderá conduzir à consciencialização da sua importância como objetivo para a redução da prevalência de infeções não esperadas, bem como do tempo de internamento e consequentemente dos custos a ele associados.

Referências Bibliográficas:

Aragão, I. (2011). Introdução à Ventilação Não Invasiva. Em I. Aragão, P. Póvoa, & P. Amaro, Curso de Insuficiência Respiratória e Princípios da Ventilação Mecânica (pp. 31-39). Porto.

Carter, E. P. (2014). Common Infection Control Practices in Emergency Department: A literature review. *American Journal of Infection Control*, 957-962.

Despacho n.o 3844-A/2016 (2016). Diário Da República, 2ª Série, N.o 52 — 15 de Março de 2016. Lisboa. pp. 9254.

Direção Geral da Saúde (2007). Programa Nacional De Prevenção E Controlo Da Infecção Associada Aos Cuidados De Saúde. Lisboa.

ECDC, 2015. European Surveillance of Healthcare-associated Infections in Intensive Care Units – HAIICU Protocol v1.02. ECDC, Stockholm.

Giuliano, K. K., Penoyer, D., Middleton, A., & Baker, D. (2021). Oral Care as Prevention for Nonventilator Hospital-Acquired Pneumonia: A Four-Unit Cluster Randomized Study. *American Journal of Nursing*, 24-33.

Grap, M., Munro, C., & Martin, B. (2016). AACN Practice Alert - Oral Care for Acutely and Critically Ill Patients. *Critical Care Nurse*, 19-21. (MUNROE)

Guimarães, C., Santos, C., Costa, F., & Barata, F. (2011). Pneumonia Associada Aos Cuidados de Saúde versus Pneumonia Adquirida na Comunidade: entidades diferentes, abordagens distintas. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 168-171.

Johnny, J., Drury, Z., Ly, T., & Scholine, J. (2021). Oral Care in Critically Ill Patients Requiring Noninvasive Ventilation: An Evidence-Based Review. *Critical Care Nurse*, 66-70.

Kalil AC, et.al. (2016). Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. *Clinical Infectious Diseases*, 101-111.

Klompas, M., et.al. (2014). Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals: 2014 Update. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 915-936.

Mother D, Liberati A, Tetzlaff J, & Altman D. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metanalyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097.

Nogueira, J. (2016). Atuação da Equipe de Enfermagem na Higiene Bucal Preventiva de Pacientes Dependentes de Cuidados. Brasília. (JANE)

Nogueira, S., & Jesus, C. (2017). Higiene bucal no paciente internado em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 19-46.

NP 021/2015. (2017). Norma Portuguesa para “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Lisboa. Departamento da Qualidade na Saúde.

Pinto, C., & Sousa, P. (2017). Ventilação Não Invasiva - Desenvolvimento de Linhas Orientadoras Recorrendo à Metodologia Delphi (Vol. 1ª Edição). Instituto Politécnico de Leiria: Grácio Editor.

Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos. (2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Satheeshkumar, P. S., Papatheodorou, S., & Sonis, S. (2020). Enhanced oral hygiene interventions as a risk mitigation strategy for the prevention of non-ventilator-associated pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *British Dental Journal*, 615-622.

Stetler, C., Morsi, D., Rucki, S., Broughton, S., Corrigan, B., Fitzgerald, J., Giuliano, K., Havener, P. & Sheridan, A. (1998). Utilization – Focused Integrative Reviews in a Nursing Service. *Applied Nursing Research*, Vol. 11, No. 4, 195-206.

Tenis, C. A. et al. (2015). Alterações bucais decorrentes de doenças e internações hospitalares/UTI. In: MORAIS, T. M.; SILVA, A. *Fundamentos da odontologia em ambiente hospitalar/ UTI*. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p.91-100.

Vidal, C., Vidal, A., Júnior, J. M., Cavalcanti, A., Henriques, A., Oliveira, M., . . . Lac. (2017). Impact of oral hygiene involving toothbrushing versus chlorhexidine in the prevention of ventilator-associated pneumonia: a randomized study. *Infectious Diseases*, 17:112.

Warren, C., Medei, M., Wood, B., & Schutte, D. (2019). A Nurse-Driven Oral Care Protocol to Reduce Hospital-Acquired Pneumonia Using evidence-based practice to create a high-priority, high-impact daily intervention. *AmericanJournalofNursing*, 44-51.

Apêndice V

Proposta de Intervenção: Consulta de Follow Up de Enfermagem de Queimados



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

Na Área da Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular “Estágio final e relatório”

Proposta de Intervenção

Consulta de Follow Up de Enfermagem de Queimados

Estudante: Iva Alves

Sob orientação de: Prof.^a Doutora Ana Sabrina Sousa

Porto, novembro de 2021

Lista de Siglas

ACSS	Administração Central dos Sistemas de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
DGS	Direção Geral da Saúde
EBA	<i>European Burns Association</i>
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPT	Stress Pós-Traumático
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UQ	Unidade(s) de Queimados

Lista de Tabelas

Tabela 1	Critérios de Inclusão e Exclusão	11
Tabela 2	Tabela de evidências com resultados de pesquisa	15

Lista de Figuras

Figura 1 Diagrama PRISMA para seleção da amostra

12

Índice

1. Introdução	7
2. Metodologia	11
3. Resultados	13
4. Discussão dos Resultados	23
5. Conclusão	27
Referências bibliográficas	29
Apêndices	33
Apêndice I - Guia da Consulta de <i>Follow Up</i> de Enfermagem de Queimado	34

1. Introdução

Cerca de 30 países da União Europeia integram as Diretrizes Europeias para Tratamento de Queimados redigidas pela Associação Europeia de Queimados, sendo Portugal um desses países. Dispomos de cinco centros nacionais para referência de doentes queimados graves: Centro Hospitalar Universitário de São João, Hospital da Prelada, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte e Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, com um total de 35 camas sendo que a média por habitante é ligeiramente inferior à média europeia.

As unidades de queimados (UQ) são um sistema médico organizado para o cuidado complexo e contínuo da pessoa queimada. É um serviço que integra um hospital, está devidamente equipado para todos os aspetos do tratamento de pessoas queimadas e mantém um alto nível de especialização no tratamento destes doentes (European Burns Association, 2017).

Está descrito pela Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS) que em Portugal são fulcrais para a composição das UQ: quartos de isolamento com a possibilidade de tratamentos de cuidados intensivos, sala de bloco operatório e sala de pensos/balneoterapia, 24h/24h, dedicados exclusivamente ao tratamento de pessoas queimadas. Para serem internados na unidade de queimados os doentes deverão cumprir os critérios definidos pelas Normas Direção Geral da Saúde (DGS) e pela European Burns Association (EBA) (ACSS, 2019 e NP 024/2012. (2015).

Durante a fase em que a situação do doente é ainda considerada crítica, a reabilitação ocorre concomitantemente para ser promovida uma rápida recuperação. A reabilitação contínua reduz as consequências da queimadura, melhorando a capacidade funcional, o bem-estar psicológico e, posteriormente, facilitando o retorno precoce ao trabalho, levando assim ao aumento da qualidade de vida.

Já em 2001, foi descrito por Wisely & Tarrier que começou a existir um reconhecimento da necessidade dos doentes que sobrevivem à queimadura continuarem a ser apoiados após a alta, com a criação de um cargo para uma enfermeira que fazia visitas domiciliárias durante um período (não descrito) após

a alta. Contudo, a evidência científica continua a salientar que o apoio de reabilitação não está a ser proporcional às necessidades dos doentes que sobrevivem à queimadura, pois demonstram um maior défice a nível físico e psicossocial após a alta e que nos 2-3 meses seguintes podem apresentar níveis crescentes de depressão, ansiedade, prurido associado a feridas já cicatrizadas, dor, sono insatisfatório ou insónias, cicatrizes e dificuldades com funcionamento / desempenho físico conduzindo a uma diminuição da qualidade de vida (Bayuo, Wong & Chung, 2021).

Dahl, Wickman, Björnhagen, Friberg, & Wengström, (2016) referem ainda que apesar de existirem clínicas com consultas de ambulatório com uma equipa multidisciplinar para a pessoa que sobrevive à queimadura, é pouco comum a existência de programas de acompanhamento devidamente estruturados para a identificação de problemas graves que surgem após a alta, como Stress Pós-Traumático (SPT), disfunção da imagem corporal, dificuldade de adaptação social, entre outros.

Embora as necessidades e dificuldades dos doentes e familiares, a escassez de suporte profissional contínuo, a comunicação limitada após a alta das unidades de cuidados intensivos estejam bem descritas, não existe ainda um sistema abrangente de acompanhamento de cuidados no domicílio, que se torna cada vez mais evidente e necessário para promover a reabilitação de sobreviventes de queimaduras (Bayuo, Wong & Chung, 2021).

Uma consulta de *follow up* normalmente é um acompanhamento de uma pessoa após uma alta hospitalar, um procedimento cirúrgico, ou até depois de uma primeira consulta, para reavaliação do tratamento realizado. Em contexto de cuidados intensivos, a consulta de *follow up* tem como principal objetivo incentivar o conhecimento e a investigação na área da síndrome pós internamento em cuidados intensivos, e seu seguimento (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 12/2021).

Contudo, a consulta de *follow up* de enfermagem para a pessoa que sofreu de queimaduras procura dar resposta a várias necessidades de reabilitação e autonomização da pessoa que passou por um período de doença complicado, e encontra-se num processo de transição saúde-doença, com várias transições situacionais, sendo de extrema importância a comunicação terapêutica, para que

desta forma os enfermeiros sejam capazes de potenciar o indivíduo e a sua família a desenvolverem indicadores de processo e de resultado favoráveis a uma transição saudável, tais como a qualidade de vida, o funcionamento psicológico, os padrões de sono, a dor, o desempenho da função física, entre outros (Bayuo, Wong & Chung, 2021 e Melo, 2020).

A realização deste trabalho surge após recomendação da enfermeira diretora do hospital, uma vez que a consulta de *follow up* de enfermagem para a pessoa que sofreu de queimaduras não está protocolada neste hospital, mesmo sendo uma das componentes mais importantes para o sucesso de toda a recuperação que se inicia pouco depois da entrada do doente queimado na unidade. Assim, o objeto de estudo é identificar o protocolo mais adequado para a implementação da consulta de *follow up* após a alta do doente com internamento na UQ.

O presente trabalho foi desenvolvido durante o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com Especialização na área da Pessoa em Situação Crítica, na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, no Hospital da Prelada e encontra-se dividido em 6 capítulos: Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão dos Resultados e Conclusão, terminando com as Referências Bibliográficas e Apêndices.

2. Metodologia

Segundo Stetler *et al.* (1998), a enfermagem baseada na evidência não dá ênfase a rituais, experiência clínica isolada e não sistemática, opiniões infundadas e tradição como base para a prática de enfermagem. Acentua sim a utilização de resultados de pesquisas e na ausência desses dados, obtidos de forma sistemática, oriundos de programas de avaliação e de melhoria de qualidade e/ou consenso de especialistas reconhecidos, e de confirmada experiência para comprovar a prática.

Para responder ao objetivo delineado, foi realizada uma revisão da literatura, utilizando como descritores MeSH, os seguintes termos e operadores booleanos: *follow up AND discharge AND ICU; follow up AND discharge AND burn; post ICU AND follow up AND interventions; burn AND discharge AND interventions AND follow up; burn AND discharge AND protocol AND follow up.*

As bases de dados que serviram como suporte de pesquisa foram: PubMed e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), sendo a mesma realizada entre os dias 17 e 28 de novembro do ano 2021. A pesquisa inicial deu origem a 84 artigos, pelo que foi necessária a elaboração de elegibilidade para afunilar os resultados para o menor, mas necessário número artigos científicos. Assim, na tabela 1 podem ser observados os critérios de inclusão e de exclusão.

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Espaço temporal entre 2017 e 2021	Artigos sobre protocolos de consulta fora da área de cuidados intensivos
Pessoas com idade superior ou igual a 19 anos	Artigos com metodologia pouco clara
Idioma em Inglês e Português	Artigos com população alvo pediátrica ou seus familiares

Tabela 1 - Critérios de Inclusão e Exclusão

Inicialmente surgiram 84 artigos nas bases de dados supracitadas. Após a análise dos diversos artigos, foram excluídos 6 artigos duplicados. Pelo título foram excluídos 27 artigos e pelo resumo 36 artigos. Após leitura integral do texto, foram excluídos 11 artigos por não corresponderem aos critérios de elegibilidade. Foram selecionados 4 artigos para integrar esta revisão da literatura.

No diagrama PRISMA estão identificadas as fases de seleção da amostra (Figura 1). A apresentação do diagrama foi inspirada no modelo apresentado por Mother et al. (2009).

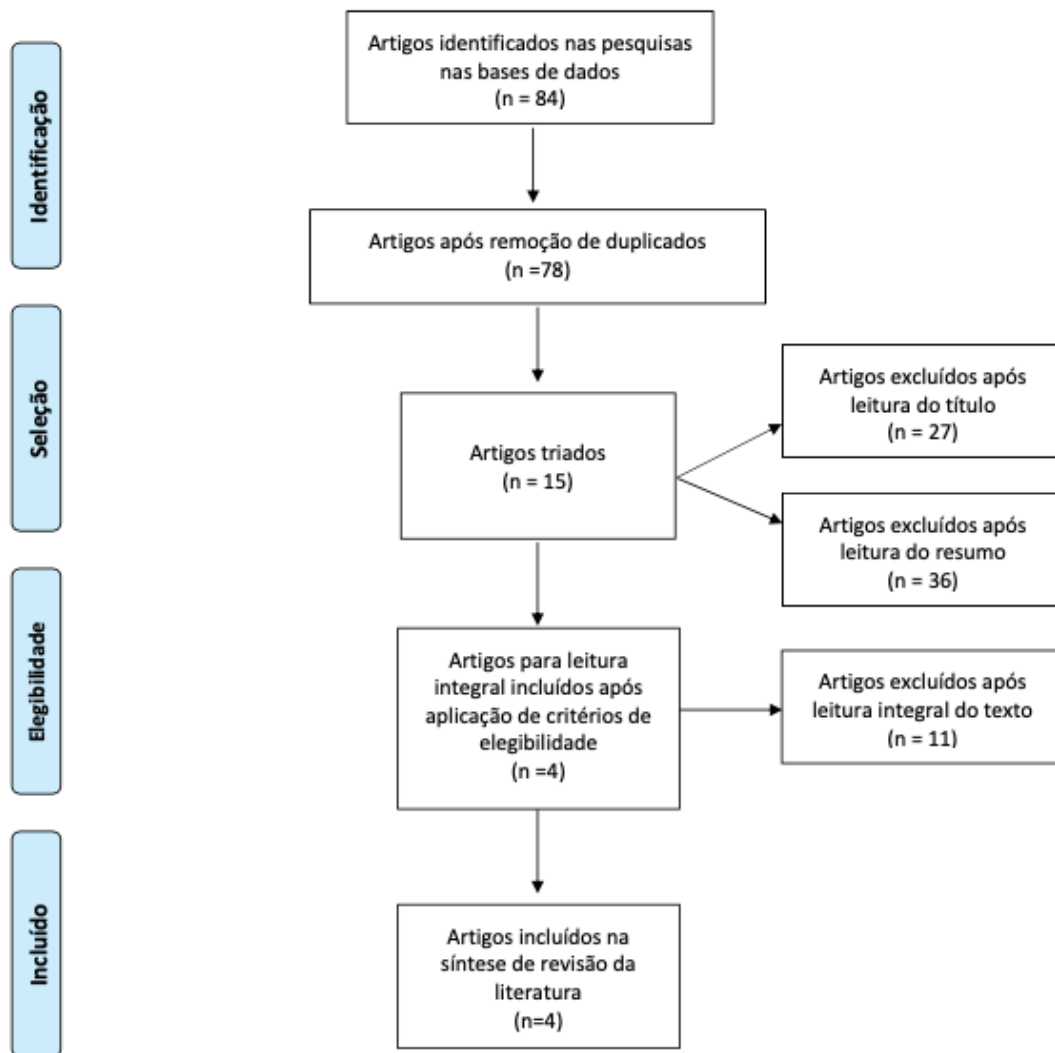


Figura 1 - Diagrama PRISMA para seleção da amostra.

3. Resultados

A informação mais pertinente oferecida pelos artigos selecionados foi organizada numa tabela de evidências (Tabela 2), onde pode ser encontrado o autor/autores, o objetivo, o desenho, o local e a amostra utilizados e as principais conclusões de cada estudo.

A evidência científica sobre sistemas abrangentes de acompanhamento de cuidados após a alta que promovam a reabilitação de sobreviventes de queimaduras é escassa. Assim, houve necessidade de abranger a pesquisa bibliográfica ao acompanhamento de doentes após a alta da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), recolhendo assim informação sobre protocolos existentes para este efeito.

A recuperação de uma doença crítica é um processo longo, difícil, exclusivamente individual, em que os doentes nem sempre recuperam a funcionalidade física e motora que detinham, cujo objetivo da recuperação é sempre determinado pelas capacidades e desejos individuais do doente, com apoio dos profissionais de saúde para que as metas traçadas sejam atingidas. Embora o processo de recuperação dos doentes tenha início ainda durante o internamento, nem todos os profissionais estão despertos para esta realidade, o que pode ser também difícil para os doentes, porque quando pouco estimulados, podem apresentar lacunas de memória e, portanto, não estarem cientes dos eventos que aconteceram durante esse momento crítico (Akerman & Eklof, 2018).

No protocolo adotado no estudo realizado por Dahl, Wickman, Björnhagen, Friberg, & Wengström, (2016) os doentes foram convidados a participar no programa de acompanhamento após a alta com consultas de *follow up* aos três, seis e doze meses. Os doentes foram selecionados segundo os critérios de inclusão e as informações, os convites e os questionários foram enviados pelo correio para as respetivas moradas. Na nota de informação estava descrita a razão pela qual estavam a ser convocados para participar no programa de acompanhamento, informação sobre os questionários, solicitando o seu preenchimento, e dúvidas que surgissem poderiam ser colocadas nos momentos de consulta.

Segundo Sevin, et.al. (2018) o modelo ideal de consulta de *follow up* após alta da unidade de cuidados intensivos é desconhecido, e por esse motivo, os critérios de recrutamento dos doentes, o desenho da intervenção clínica e os serviços oferecidos foram sempre interativos e continuamente aprimorados conforme as necessidades. Este grupo de investigadores utilizou a metodologia de *focus grupo* (gravados e conduzidos por uma equipa específica) com os sobreviventes de UCI e as suas famílias para identificarem todos os elementos que se encontravam em défice no acompanhamento da recuperação do internamento.

O estudo que foi desenvolvido por Bayuo, Wong & Chung (2021) tem ainda um desenho experimental que está a ser implementado cujos resultados serão investigados e publicados em momento oportuno. Foram estipulados critérios de inclusão e exclusão, em que os participantes foram divididos para grupo de controlo e grupo de tratamento, de forma a verificarem se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes submetidos ao programa liderado por enfermeiras e os participantes que recebem os cuidados pós alta não protocolados.

Referência	Objetivos	Desenho de estudo	Local/Amostra	Conclusões
Dahl, O.; Wickman, M.; Björnhagen, V.; Friberg, M. & Wengström, Y. (2016)	Investigar a presença de stress pós-traumático, satisfação com a imagem corporal e estratégias de <i>coping</i> até 12 meses após a alta hospitalar para identificar quais os doentes que necessitam de apoio durante a reabilitação.	Estudo randomizado controlado ou amostra por conveniência (?)	Local: Departamento de Cirurgia plástica reconstrutiva no Hospital Universitário de Karolinska. Amostra: 73 doentes admitidos segundo os critérios de inclusão	Um programa de acompanhamento estruturado com avaliação precoce da imagem corporal e dos problemas e sintomas psicossociais é fundamental para identificar as pessoas que precisam de um suporte mais especializado. Complementar o acompanhamento com os cuidados de um enfermeiro experiente em queimaduras pode ser valioso para os doentes, por ser uma pessoa com quem o doente pode conversar, que é dotado do conhecimento e da experiência necessários sobre queimaduras e sua complexidade.
Bayuo, J.; Wong, F. & Chung, L. (2021)	Explorar os efeitos e o processo de implementação de um programa de reabilitação de transição liderado por enfermeiros para pessoas adultas que sobreviveram a queimaduras. Um objetivo secundário deste estudo é examinar o processo envolvido e os problemas encontrados durante a implementação do programa de reabilitação transicional.	Estudo de braço duplo (grupos de intervenção e controle), randomizado e controlado.	Local: Hospital Provincial de Gansu, República da China. Amostra: Todos os doentes sobreviventes que foram vítimas de queimaduras e estiveram internados neste hospital durante a realização deste estudo.	A transição da Unidade de Queimados para a casa / comunidade é frequentemente caótica para os sobreviventes de queimaduras e suas famílias. A falta de suporte contínuo e abrangente no início do período pós-alta afeta adversamente os resultados do doente, criando assim uma lacuna crítica. Atender a essa necessidade requer esforços multidisciplinares para garantir que os doentes e as suas famílias recebem o apoio profissional proporcional às suas necessidades, de forma contínua e coordenada. O programa de reabilitação de queimaduras transitórias liderado por enfermeiros irá fortalecer os cuidados pós-alta no hospital que está a ser estudado.
Sevin, C.; Bloom, S.; Jackson, J.; Wang, L.; Ely, W. & Stollings, J. (2018)	Descrever o desenho e a implementação inicial de um Centro de Recuperação de Unidade Cuidados Intensivos nos Estados Unidos.	Estudo prospetivo de viabilidade observacional.	Local: Centro de Recuperação de Vanderbilt Amostra: pessoa em situação crítica, com idade igual ou superior a 18 anos, com um ou mais fatores de risco para o	A alta prevalência da baixa cognição, ansiedade, depressão e disfunção física, espelham os resultados encontrados em estudos anteriores no período pós alta da unidade de cuidados intensivos. A realização de uma ampla gama de intervenções para lidar com essas deficiências numa população vulnerável de alto risco é viável e sustentável. Uma abordagem multidisciplinar parece ter um grande potencial neste modelo de atendimento. Mais estudos são necessários para determinar o modelo mais adequado para a

			desenvolvimento de síndrome pós-internamento em cuidados intensivos.	implementação de consulta de seguimento após alta da UCI.
Bohart, S.; Egerod, I; Bestle, M.; Overgaard, D.; Christensen, D.; Jensen, J. (2019)	O objetivo do estudo foi determinar se os familiares beneficiam de um programa de recuperação destinado aos cuidadores dos doentes que sobrevivem à passagem pelas unidades de cuidados intensivos.	Ensaio clínico multicêntrico, não cego, pragmático, randomizado, de dois braços.	Local: 10 unidades de cuidados intensivos (nível II-III) em várias regiões da Dinamarca. Amostra: Familiares dos doentes internados nos cuidados intensivos que foram convidados a participar no estudo até um mês após a alta da unidade.	Não houve efeito estatisticamente significativo do programa de recuperação na qualidade de vida dos familiares dos doentes. O estudo indica que o índice de qualidade de vida em familiares pode ser maior do que a encontrada em estudos anteriores. Estudos futuros devem ser realizados em maior escala e mais direcionados.

Tabela 2 - Tabela de evidências com resultados de pesquisa

O estudo que foi desenvolvido por Bayuo, Wong & Chung (2021) tem ainda um desenho experimental que está a ser implementado cujos resultados serão investigados e publicados em momento oportuno. Foram estipulados critérios de inclusão e exclusão, em que os participantes foram divididos para grupo de controlo e grupo de tratamento, de forma a verificarem se existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes submetidos ao programa liderado por enfermeiras e os participantes que recebem os cuidados pós alta não protocolados.

Os doentes do grupo de tratamento recebem o programa de reabilitação transicional de queimaduras coordenado por duas enfermeiras com vasta experiência nos cuidados com doente que sobrevive à queimadura e à sua família, que ainda assim passam por um programa intensivo sobre o programa de transição com parte teórica e prática incluindo aprovação em teste de competência antes de participar no estudo, cujo objetivo é capacitar os enfermeiros de queimados a dominar o conceito de cuidado transicional, avaliar, gerir e monitorizar as necessidades de transição de doentes queimados usando o Sistema Omaha, fazer referência (quando aplicável) e demonstrar competências de reabilitação das queimaduras (cicatriz abrangente, prurido e controlo da dor; cuidado psicossocial; aromoterapia; exercícios e imobilização; monitorização da nutrição, hidratação e prevenção de infeções). Posteriormente, as enfermeiras fazem os encaminhamentos necessários para outros membros da equipa multidisciplinar de queimados, composta por cirurgiões de queimados, especialista em medicina de reabilitação, assistente social e psicólogo (Bayuo, Wong & Chung, 2021).

Já a equipa multidisciplinar que integrou o programa de Sevin, et.al. (2018) era composta por intensivista, enfermeiros de uma equipa de enfermagem inovadora e independente, farmacêutico de cuidados intensivos, gerente de caso e neuropsicólogo. O facto de a equipa ser composta pelos mesmos elementos que trabalham na UCI, permitiu identificar mais facilmente os doentes com alto risco de complicações após a alta, durante sua permanência na UCI.

Ao contrário de Bayuo, Wong & Chung (2021) e Sevin, et.al. (2018), o programa de recuperação desenvolvido por Bohart, et.al. (2019) consistiu em três consultas conduzidas por enfermeiras com formação específica para o estudo.

A primeira consulta foi conduzida no hospital com o doente e seus familiares num período entre um e três meses após a alta da UCI. O diálogo tinha sempre como objetivo apoiar a pessoa na construção de uma narrativa daquilo pelo qual passou durante o período de doença crítica. A segunda e a terceira consultas já eram realizadas por via telefónica e apenas com o doente, cinco a dez meses após a alta da UCI, cujo objetivo era resolver, desmistificar e ajudar o doente com as suas preocupações.

O número crescente de sobreviventes de lesões devido a queimaduras tem direcionado muito a pesquisa e a atenção clínica nas consequências psicológicas deixadas por estas lesões. A evidencia científica sobre as sequelas psicológicas que deixam cicatriz a longo e a curto prazo trazem um forte argumento para que sejam integrados dados psicológicos nos cuidados do doente queimado, desde o internamento com continuidade até após a alta (Wisely & Tarrier, 2001).

Também Rothman, Sutter, Perrin, LiBrandi & Feldman (2016) referem que as pessoas com queimaduras que apresentam perceções negativas do seu corpo têm mecanismos de *coping* mais disfuncionais, assim como as queimaduras que não se vêm também podem ser um obstáculo, pois estas pessoas tendem a evitar situações sociais. Deste modo, a imagem corporal não está apenas relacionada com a visibilidade da lesão real, mas também com a perceção da mesma pela pessoa. Mecanismos de *coping* inadequados ou disfuncionais e o sentimento de culpa estão também interligados a sintomas de depressão, com consequente redução da qualidade de vida após queimadura e má perceção da imagem corporal.

Nos estudos que foram encontrados sobre os protocolos após a alta do doente da UCI focam-se mais na área cognitiva. Como foi evidenciado pelo programa desenvolvido por Sevin, et.al. (2018), onde o neuropsicólogo avaliou o comprometimento cognitivo, o stress pós-traumático, ansiedade e depressão através da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. O funcionamento cognitivo foi avaliado através da Avaliação Cognitiva de Montreal e a atenção e o funcionamento executivo foram avaliados com o teste *Trailmaking*. Ainda existiu espaço para uma entrevista clínica onde também foram avaliadas as propriedades psicométricas e sensibilidade na deteção de défices.

Tal como Sevin, et.al. (2018), Bohart, et.al. (2019) focou-se na avaliação da ansiedade e depressão na consulta de *follow up*, utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e na classificação dos sintomas de Stress Pós-Traumático através do *Harvard Trauma Questionnaire Parte IV*. Contudo, decidiram avaliar a parte cognitiva com a Pontuação do Componente Mental da escala *Medical Health Survey Short-Form 36* e a sensibilidade e coerência através da Escala de Senso de Coerência.

O estudo que está a ser desenvolvido por Bayuo, Wong & Chung (2021) tem como um dos objetivos aferir o nível de qualidade de vida dos sobreviventes de queimaduras no momento da alta, 2 meses após a alta e 3 meses após a alta em consulta de *follow up*, e para isso, utilizaram a Escala de Qualidade de Vida EQ-5D-5L e a *Burn Specific Health Scale-Brief*. Esta última é projetada especificamente para doentes queimados e é composta por quatro áreas: física, psicológica, relações sociais e estado geral de saúde. Para além da qualidade de vida, os investigadores decidiram avaliar através da utilização de escalas, vários aspetos importantes que estão inerentes ao processo de reabilitação do doente após queimadura, tal como o funcionamento psicológico com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, a melhoria do padrão de sono pelo Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, a dor utilizando o *Brief Pain Inventory*, o prurido com uma escala visual analógica, o desempenho da função física através da escala de sintomas de deficiência do braço, ombro e mão e as cicatrizes pela *Vancouver Scar Scale*.

O outro protocolo direcionado para o doente queimado não avaliou tão pormenorizadamente as sequelas da pessoa queimada como o anterior, contudo, nas consultas de *follow up* dos três e dos doze meses foi realizada uma análise dos sintomas de Stress Pós-Traumático através da *Impact of Event Scale-Revised*, a determinação da satisfação da imagem corporal com a aparência e o impacto social e comportamental das cicatrizes de queimaduras utilizando a *Satisfaction with Appearance Scale* e a avaliação da forma de como as pessoas agem, pensam e sentem em situações difíceis com o *Coping with Burns Questionnaire*. Na consulta de *follow up* dos seis meses foi realizada apenas a *Impact of Event Scale-Revised*. Outros dados importantes como percentagem de área queimada, tipo de queimadura tempo de internamento e

cirurgia foram recolhidos dos registos dos doentes com o seu consentimento (Dahl, Wickman, Björnhagen, Friberg, & Wengström, 2016).

Os primeiros meses após uma queimadura são caracterizados pelo foco na recuperação física, existindo um grande risco de serem negligenciados os problemas psicossociais do doente. A implementação de programas de acompanhamento estruturado em que sejam avaliados precocemente a perceção da imagem corporal e os sintomas de distúrbios psicossociais é essencial para perceber quais os doentes que necessitam de um suporte mais específico e individualizado.

As consultas de *follow up* eram realizadas por uma equipa multidisciplinar com um cirurgião com especialidade em cirurgia plástica, um enfermeiro especialista em doente queimado e um terapeuta ocupacional. A referenciação para outros profissionais era realizada conforme a necessidade, como por exemplo fisioterapeuta ou psicólogo. Uma das partes mais importantes do acompanhamento foi a presença de uma enfermeira experiente em cuidados com queimaduras, pois tem um vasto conhecimento para aconselhar e apoiar o doente nas suas dúvidas, realizar ensinamentos sobre interações sociais, mudança de comportamentos e responder a questões relacionadas com a mudança de aparência (Dahl, Wickman, Björnhagen, Friberg, & Wengström, 2016).

Em concordância, os investigadores Sevin, et.al. (2018) referem que a abordagem interprofissional traz vários benefícios para estes protocolos. Evidenciam que as consultas de *follow up* após alta da UCI representam uma grande oportunidade de maximizar a recuperação e minimizar as consequências das doenças críticas. Contudo constata-se que existem algumas barreiras à implementação deste género de protocolos, desde recursos humanos, como recursos materiais associados a uma difícil logística e a lacunas existentes no conhecimento dos profissionais para conseguirem garantir a recuperação máxima das pessoas doentes.

Existem vários benefícios quando o programa de *follow up* é liderado por uma enfermeira com experiência em doentes com queimaduras, pois adiciona novos conhecimentos sobre organização, coordenação, prestação de cuidados especializados a queimaduras e cicatrizes e implementação de suporte profissional para os doentes e suas famílias, bem como fortalecer os cuidados

após a alta. Ainda assim, a ajuda de uma equipa multidisciplinar de forma contínua e coordenada é fundamental (Bayuo, Wong & Chung, 2021).

4. Discussão dos Resultados

Os protocolos desenvolvidos por Dahl, Wickman, Björnhagen, Friberg, & Wengström (2016) e por Bayuo, Wong & Chung (2021) são pertinentes e essenciais, contudo não se adequam à realidade vivida na Unidade de Queimados em causa. Assim, será feita a tradução, adaptação e conjugação dos dois modelos e criado um protocolo personalizado para este serviço.

Ambos protocolos referem que a equipa multidisciplinar é a melhor abordagem para o doente. No entanto, as equipas referidas nos mesmos são constituídas por diferentes profissionais, tendo por base o médico especialista em doente queimado ou cirurgião com especialidade em cirurgia plástica e enfermeiro perito em lidar com o doente queimado. Estes dois profissionais (médico e enfermeiro) serão a base da equipa multidisciplinar para esta unidade e conforme as necessidades vão sendo detetadas existirá referência para os vários profissionais de saúde na área de residência do doente, como fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistente social, equipas de gestão da dor, equipas de feridas, entre outros.

Já foi comprovada através da revisão da literatura acima, que é essencial e altamente benéfica a consulta de enfermagem realizada por um enfermeiro perito em pessoas que sofreram de queimaduras, para além de gerar indicadores de enfermagem imperativos em Portugal para análise das sequelas deixadas pelas queimaduras.

É sugerido por ambos protocolos que seja formada uma equipa de profissionais fixa que se dediquem a esta temática, ou seja, com tempo disponível em horas de trabalho para se destinarem à preparação e à realização desta consulta. Inicialmente poderá ser realizada uma vez por mês, contudo, à medida que vão surgindo mais candidatos e vão sendo necessárias as consultas de seguimento, poderá haver necessidade de ser realizada com mais frequência.

A evidência científica é consistente quando refere que as consultas de *follow up* devem ser realizadas aos 3, 6 e 12 meses após a alta de uma unidade de cuidados intensivos, no entanto, em diálogo com os profissionais da unidade de queimados, compreendi que a primeira consulta 3 meses após o doente ter alta da unidade de queimados pode ser tardia no que diz respeito à recuperação das

sequelas e à reabilitação do doente. Assim, proponho que a primeira consulta seja realizada 1 mês após a alta da unidade de queimados e depois se continue o esquema que é recomendado 3, 6 e 12 meses, perfazendo um total de 4 consultas (no mínimo). A mesma é aberta a todos os doentes que sofreram queimadura e que estiveram internados nesta unidade.

Idealmente as consultas deverão ser realizadas presencialmente, pois existe uma interação diferente entre profissionais de saúde com o doente e sua família, contudo, em Portugal as vagas para doentes queimados são geridas a nível nacional, o que significa que podem existir doentes que necessitem de percorrer grandes distâncias, associadas a custos monetários que muitas vezes não conseguem suportar. Assim, recomenda-se que a primeira (aos 30 dias) e a última consulta programada de *follow up* (aos 12 meses) sejam realizadas presencialmente. A consulta dos 3 e dos 6 meses, assim como consultas adicionais que sejam necessárias, podem ser realizadas através de teleconsulta, se trouxer vantagens.

A teleconsulta é uma consulta médica, no âmbito da telemedicina, concretizada à distância utilizando meios de comunicação audiovisuais, com registo obrigatório no processo clínico do doente. Pode ser realizada através de uma instituição que realiza a consulta com o utente para ser consultado por um médico noutra instituição: regista uma teleconsulta em tempo real com presença de utente e/ou por uma instituição que disponibiliza o médico que consulta o doente que se encontra noutra instituição: regista uma teleconsulta em tempo real sem presença de utente. Para efeitos de faturação, as consultas são faturáveis como Consultas Subsequentes – Telemedicina, no Sistema Nacional de Saúde (SNS) (Circular normativa n. 15/2019, 2019).

Antes da alta do doente, ele e a sua família devem ser brevemente informados que serão integrados num programa de acompanhamento *follow up* que é essencial para a recuperação e irão receber juntamente com a nota de alta uma data para a primeira consulta. Caso o doente ainda se encontre institucionalizado, pode ser realizada teleconsulta, se o estado do doente assim o permitir. Os familiares ou o doente deverão ser informados de que vão receber pelo correio os questionários e que os devem completar em casa, levando-os já preenchidos na totalidade. Com estes questionários seguem também dois

documentos de consentimento informado, um para a família e outro para o doente, de forma que seja possível utilizar os dados obtidos nos questionários para investigação.

Para diminuir o absentismo, o ideal é que ambas consultas de *follow up* da unidade de queimados sejam uma consulta conexa, em que as consultas de medicina e de enfermagem sejam realizadas no mesmo dia consecutivamente, diminuindo o tempo de espera, as vindas do doente e da família ao hospital, concentrando as consultas desta especialidade num só período de tempo, poupando recursos materiais (salas de consultório disponíveis) e recursos humanos (profissionais disponíveis para a execução da consulta). Nesta situação é cotado ao doente apenas o preço de uma consulta, que deverá ser aquela que tiver um custo mais elevado. A consulta de enfermagem deverá ter cerca de 30 a 45 minutos, para que exista possibilidade de dialogar com o doente e com a família, perceber quais as áreas que necessitam de maior intervenção através dos questionários e realizar a intervenção necessária.

A base da consulta de acompanhamento médico será avaliar os sintomas e os problemas relacionados com a queimadura, como avaliação da cicatrização das feridas, controlo do tecido cicatricial, prurido, dor, funcionalidade e condições médicas correspondentes e mediante as queixas dos doentes, encaminhar e aconselhar da melhor forma (Dahl, Wickman, Björnhagen, Friberg, & Wengström, 2016 e Bayuo, Wong & Chung, 2021).

A consulta de acompanhamento de enfermagem deve focar-se em três necessidades principais do doente e da família: ambiental, fisiológica e psicossocial. A parte ambiental consiste em questionar as condições da residência e realizar ensinamentos para melhorar o saneamento e higiene ambiental na residência (Dahl, Wickman, Björnhagen, Friberg, & Wengström, 2016 e Bayuo, Wong & Chung, 2021).

As necessidades fisiológicas alguns dados são obtidos através do preenchimento de questionários, tais como a gestão da dor, perceção do tecido em fase cicatricial ou já cicatrizado e os restantes dados são obtidas através de entrevista como a gestão da sensibilidade ao calor, o controlo do prurido, os cuidados com a pele, a avaliação do suporte nutricional, as atividades de

amplitude de movimento e a prevenção de infeções (Dahl, Wickman, Björnhagen, Friberg, & Wengström, 2016 e Bayuo, Wong & Chung, 2021).

A componente psicossocial também tem questionários que fornecem dados sobre a qualidade do sono, a ansiedade e depressão, mecanismos de *coping* adequados/desadequados, perceção da imagem corporal e da qualidade de vida, stress pós-traumático, contudo, a intervenção de enfermagem também passa por treinar habilidades sociais, educação para a saúde e reforço positivo (Dahl, Wickman, Björnhagen, Friberg, & Wengström, 2016 e Bayuo, Wong & Chung, 2021).

5. Conclusão

Nos últimos anos verificamos um crescimento exponencial da Prática clínica baseada na Evidência, na qual a nossa classe de Enfermagem não é exceção. E ainda bem que assim acontece para atestarmos que bons cuidados de saúde são corroborados pelas boas práticas. Pela minha experiência, quer como profissional, quer como estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica, facilmente constatei que a consulta de *follow up* de enfermagem de queimados é essencial à recuperação funcional, emocional, social física e psicológica do utente que sobreviveu a uma queimadura e esteve internado numa unidade de queimados.

Os protocolos que são desenvolvidos por equipas multidisciplinares com a intervenção de um enfermeiro especialista no doente que sobrevive à queimadura geram indicadores de saúde maiores e mais benéficos para os doentes, como a melhoria da perceção da qualidade de vida, da imagem corporal, a integração na vida social, entre outros, constatando-se assim numa intervenção primordial dos cuidados de enfermagem a estes doentes e aos seus cuidadores.

Considero que os objetivos a que me propus inicialmente na introdução foram atingidos na íntegra, com a realização desta investigação. Não obstante, as limitações inerentes a todos os trabalhadores-estudantes, que é a desafiante gestão do tempo, mas pesou também a quantidade de informação avulsa sobre a temática escolhida e consequente dispersão, tornando-se por isso necessário focar no cerne da questão intrínseca a esta investigação.

Referências Bibliográficas

- ACSS. (2019). *Recomendações Técnicas para Unidades de Queimados*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Akerman, E., & Eklöf, A. (2018). The impact of follow-up visits and diaries on patient outcome after discharge from intensive care: A descriptive and explorative study. *Intensive and Critical Care Nursing*.
- Azevedo, L., Pereira, A., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., . . . Castro-Lopes, J. (2007). Tradução, Adaptação Cultural e estudo Multicêntrico de Validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da Dor Crónica. *DOR Volume 15, N.o 4/2007*.
- Bayuo, J. Wong, F. & Chung, L. (2021). Effects of a nurse-led transitional burns rehabilitation programme (4Cs-TBuRP) for adult burn survivors: protocol for a randomised controlled trial. *Trials*.
- Bohart, S., Egerod, I., Bestle, M. H., Overgaard, D., Christensen, D. F., & Jensen, J. F. (2019). Reprint of Recovery programme for ICU survivors has no effect on relatives' quality of life: Secondary analysis of the RAPIT-study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 111-117.
- Circular Normativa n. 15/2019 (2019). *Condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde que devam ser cobradas pelas Instituições Hospitalares ao abrigo do Contrato-Programa 2019*. Lisboa: ACSS.
- Cleeland, C. S. (2009). *The Brief Pain Inventory User Guide*. Houston, Texas.
- Dahl, O., Wickman, M., Björnhagen, V., Friberg, M., & Wengström, Y. (2016). Early assessment and identification of posttraumatic stress disorder, satisfaction with appearance and coping in patients with burns. *Burns*.
- Draaijers, L. J., Botman, Y. A. M., Tempelman, F. R. H., Kreis, R. W., Middelkoop, E., & van Zuijlen, P. P. M. (2004). Skin elasticity meter or subjective evaluation in scars: A reliability assessment. *Burns*, 30(2), 109–114. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2003.09.003>

European Burns Association (2017). European Practice Guidelines for Burn Care: Minimum level of Burn Care Provision in Europe. Barcelona: European Burns Association.

EuroQol Research Foundation (12 de 2021). *euroqol*. Obtido de euroqol: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-available-modes-of-administration/self-complete-for-use-in-limesurvey/>

Ferreira, P., Ferreira, L., & Pereira, L. (2013). Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*, 664-675.

IASP. (12 de 2021). *IASP: International Association for the Study of Pain*. Obtido de IASP: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>

Koyro, K, Bingoel, A., Bucher, F., Vogt, P. (2021) Burn Guidelines—An International Comparison. *European Burn Journal* 2021, 2, 125–139.

Lenzi, L., Santos, J., Raduan Neto, J., Fernandes, C., & Faloppa, F. (2019). The Patient and Observer Scar Assessment Scale: Translation for portuguese language, cultural adaptation, and validation. *International Wound Journal*, 16(6), 1513–1520. <https://doi.org/10.1111/iwj.13228>

Marcolino, J. Á., Suzuki, F. M., Cunha, L. A., Gozzani, J. L., & Mathias, L. A. (2007). Medida da Ansiedade e da Depressão em Pacientes no Pré-Operatório. Estudo Comparativo. *Revista Brasileira de Anestesiologia Vol. 57, nº 2*, 157-166.

Melo, P. (2020). *Dinâmicas Familiares: Uma visão comum da família por diferentes especialidades em Enfermagem*. Porto: Universidade Católica Portuguesa.

Mother D, Liberati A, Tetzlaff J, & Altman D. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metanalyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097.

NP 022/2012. (2012). Norma Portuguesa da Direção Geral da Saúde para “Abordagem hospitalar das queimaduras”. Lisboa. Direção Geral da Saúde.

NP 024/2012. (2015). Norma Portuguesa da Direção Geral da Saúde para “Abordagem Organizacional do Tratamento de Queimaduras”. Lisboa. Departamento da Qualidade na Saúde.

Piccolo, M. (2015). *Burn Specific Health Scale-Brief: Tradução Para A Língua Portuguesa, Adaptação Cultural E Validação*. São Paulo.

Rothman, D. J., Sutter, M., Perrin, P. B., LiBrandi, H., & Feldman, M. J. (2016). Coping styles and quality of life in adults with burn. *Burns*.

Sevin, C. M., Bloom, S. L., Jackson, J. C., Wang, L., Ely, E. W., & Stollings, J. L. (2018). Comprehensive care of ICU survivors: Development and implementation of an ICU recovery center. *Journal of Critical Care* 46, 141-148.

Stetler, C., Morsi, D., Rucki, S., Broughton, S., Corrigan, B., Fitzgerald, J., Giuliano, K., Havener, P. & Sheridan, A. (1998). Utilization – Focused Integrative Reviews in a Nursing Service. *Applied Nursing Research*, Vol. 11, No. 4, 195-206.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Dezembro de 2021). *Follow Up no Doente Crítico – Grupos de estudo*. Obtido de Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos : <https://www.spci.pt/grupos/follow-up-no-doente-critico>

Van de Kar, A. L., Corion, L. U. M., Smeulders, M. J. C., Draaijers, L. J., van der Horst, C. M. A. M., & van Zuijlen, P. P. M. (2005). Reliable and Feasible Evaluation of Linear Scars by the Patient and Observer Scar Assessment Scale: *Plastic and Reconstructive Surgery*, 116(2), 514–522. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000172982.43599.d6>

Vieira, C. (2007). *Acontecimentos traumáticos: tradução e adaptação da escala Impact of Event Scale – Revised*. Coimbra: Universidade de Coimbra UNIV-FAC-AUTOR Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Vieira, C. P., Paixão, R., Silva, J. T. da, & Vicente, H. T. (2020). Versão Portuguesa da Impact Of Event Scale – Revised (IES-R). *Psique*, XVI, nº1. <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVI.1.2>

Wisely, J., Tarrier, N. (2001). A survey of the need for psychological input in a follow-up service for adult burn-injured patients. *Burns*, 801-807.

Apêndices

Apêndice I

Guia da Consulta de *Follow Up* de Enfermagem de Queimado

Guia da Consulta de *Follow Up* de Enfermagem de Queimados



Realizado por Iva Alves

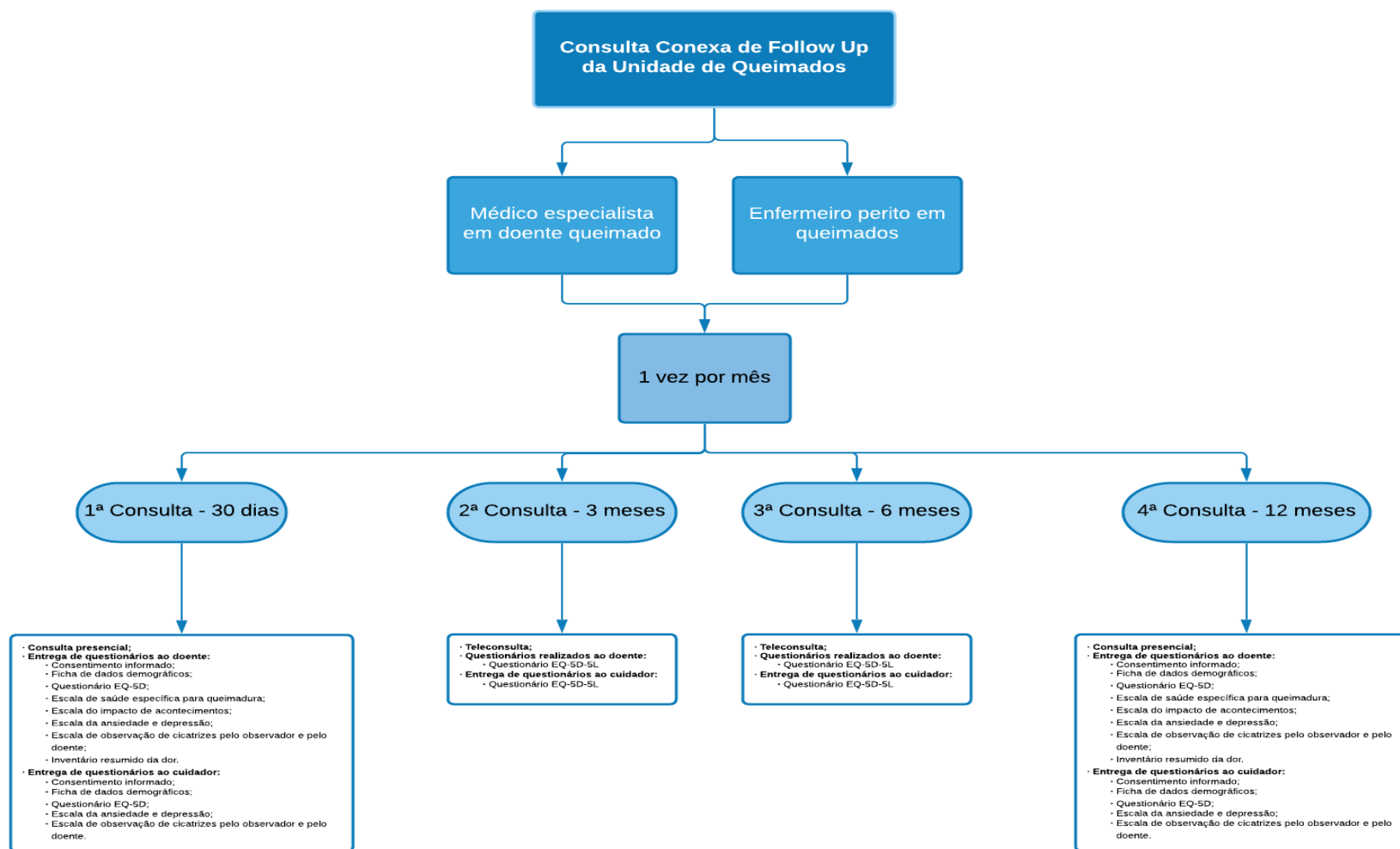


Figura 1 - Organograma da Consulta de *Follow Up* da Unidade de Queimados

O que é a consulta de *follow up*?

Uma consulta de *follow up* é um acompanhamento de uma pessoa após uma alta hospitalar, um procedimento cirúrgico, ou até depois de uma primeira consulta, para reavaliação do tratamento realizado. A consulta de *follow up* de enfermagem para a pessoa que sofreu de queimaduras deve procurar dar resposta a várias necessidades de reabilitação e autonomização da pessoa que passou por um período de doença complicado, e encontra-se num processo de transição saúde-doença, com várias transições situacionais, sendo de extrema importância a comunicação terapêutica, para que desta forma os enfermeiros sejam capazes de potenciar o indivíduo e a sua família a desenvolverem indicadores de processo e de resultado favoráveis a uma transição saudável, tais como a qualidade de vida, o funcionamento psicológico, os padrões de sono, a dor, o desempenho da função física, entre outros (Bayuo, Wong & Chung, 2021 e Melo, 2020).

Como está organizada a consulta de *follow up* de enfermagem de queimados?

A consulta de *follow up* de enfermagem de queimados é realizada em conjunto com a consulta de *follow up* médica de queimados, perfazendo uma consulta conexa, em que as consultas de medicina e de enfermagem são realizadas no mesmo dia consecutivamente, diminuindo assim o tempo de espera, as vindas do doente e da família ao hospital, concentrando as consultas desta especialidade num só período de tempo. Apenas é cotado ao doente o preço de uma consulta, que deverá ser aquela que tiver um custo mais elevado.

Inicialmente é realizada uma vez por mês, em dia e hora que não prejudiquem a dinâmica da unidade de queimados e existam os recursos humanos e materiais para o efeito. Deve ser realizada em espaço apropriado com um gabinete de consulta para o médico e um gabinete de consulta para o enfermeiro, devidamente equipados, no mínimo com secretária, cadeiras, computador e impressora, com os respetivos consumíveis.

Tem a duração de 30 a 45 minutos, existindo possibilidade de dialogar com o doente e com o(s) cuidador(s), para perceber quais as áreas em que é necessária uma maior intervenção aplicando também os questionários e avaliando os seus resultados.

O programa da consulta de *follow up* é constituído por 4 consultas (no mínimo), iniciando-se 30 dias após a alta e depois 3, 6 e 12 meses após a alta da unidade de queimados (ver figura 1). Caso exista necessidade por parte do doente, do(s) cuidador(s) ou do profissional de saúde, a consulta pode ser antecipada, adiada ou até existir marcação de consultas extra programa.

A primeira consulta é marcada no ato da alta do doente e deve ser presencial, à exceção dos doentes com morada fiscal nas ilhas dos Açores e da Madeira, que podem realizar teleconsulta. Caso o doente ainda se encontre hospitalizado, a consulta deve ser agilizada entre os profissionais que a realizam e os profissionais do serviço onde o doente está internado. Se o doente estiver hospitalizado no hospital da sua área de residência, os profissionais responsáveis pela consulta devem comunicar com o doente e com a família de forma a conseguirem realizar a consulta da melhor forma, através de teleconsulta.

As consultas que se realizam aos 3 e 6 meses são realizadas através de teleconsulta. A consulta dos 12 meses é realizada presencialmente, com as exceções aplicadas no parágrafo acima, para que seja possível uma reavaliação de todos os parâmetros avaliados na primeira consulta.

Quais os documentos associados à consulta de follow up de enfermagem de queimados?

Os documentos associados à consulta de *follow up* de enfermagem de queimados são:

- Consentimento informado;
- Ficha de dados demográficos;
- Questionário EQ-5D;

- Questionário EQ-5D-5L;
- Escala de saúde específica para queimadura;
- Escala do impacto de acontecimentos;
- Escala da ansiedade e depressão;
- Escala de observação de cicatrizes pelo observador e pelo doente;
- Inventário resumido da dor.

O consentimento informado e a ficha de dados demográficos são entregues no momento da alta com a notificação da primeira consulta.

Um exemplar do questionário EQ-5D, da escala da ansiedade e depressão e da escala de observação de cicatrizes pelo observador e pelo doente são entregues ao doente e outro exemplar de cada um destes questionários é entregue ao cuidador. O seu preenchimento deve ser devidamente esclarecido, sendo que o objetivo é que na primeira consulta presencial os questionários venham preenchidos de forma a ser otimizado o tempo de consulta. Junto com os primeiros questionários do doente é entregue também um exemplar da escala de saúde específica para queimadura, da escala do impacto de acontecimentos e do inventário resumido da dor para que os resultados sejam recuperados na primeira consulta (ver figura 1).

As consultas que são realizadas aos 3 e 6 meses por via teleconsulta deve ser aplicado o questionário EQ-5D-5L ao doente e à família.

Na consulta dos 12 meses é enviado pelo correio todos os questionários e inquéritos que são preenchidos na primeira consulta, tanto pelo doente como pelo cuidador, para que exista uma avaliação da progressão do doente, das intervenções de enfermagem aplicadas e das medidas terapêuticas instituídas.

Todos os documentos encontram-se em anexos.

Qual o significado de cada questionário aplicado e como se avaliam os resultados de cada questionário?

Aqui encontra uma breve descrição de cada questionário/inquérito/escala utilizados para avaliar vários aspetos das sequelas deixadas no doente queimado.

- Questionário De Qualidade De Vida EQ-5D (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2013)

O EQ-5D foi construído pelo grupo *EuroQoL* e foi publicado pela primeira vez em 1990. É um instrumento que mede genericamente a qualidade de vida relacionada com a saúde que possibilita gerar um índice que representa o estado de saúde de uma pessoa. É baseado num sistema classificativo que percorre a saúde em cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Cada uma destas dimensões tem três níveis de gravidade associados nível 1, nível 2 e nível 3, que correspondem respetivamente a sem problemas, alguns problemas e problemas extremos vividos ou sentidos pela pessoa. Para além do preenchimento deste sistema descritivo é pedido a quem está a responder que registe a avaliação que faz do seu estado de saúde em geral numa escala visual analógica de 0 (pior estado de saúde imaginável) a 100 (melhor estado de saúde imaginável) representada pelo termómetro.

Em 2015 a versão portuguesa do questionário EQ-5D foi adaptado pela *EuroQoL Research Foundation* para poder ser ministrado via telefónica por pessoas bem treinadas através de um guião. É recomendado que o entrevistador tenha um exemplar do questionário para que possa introduzir diretamente no formulário as respostas. Em situações que o entrevistado necessite de esclarecimentos o entrevistador deve apenas ler novamente a pergunta, não oferecendo qualquer explicação pessoal.

- Escala De Saúde Específica Para Queimadura (*Burn Specific Health Scale–Brief-Br*) (Piccolo, 2015)

A qualidade de vida é definida como a perceção dos sobreviventes de queimaduras sobre seu estado de saúde e bem-estar. A escala de saúde

específica para queimadura faz a avaliação da qualidade de vida através de quatro áreas: física, psicológica, relações sociais e estado geral de saúde. Tem 40 perguntas e é de simples preenchimento, basta assinalar o quadrado que corresponde à sua resposta, sendo que “0” corresponde a “Extremamente” e “4” corresponde a “Nunca”. A pontuação total do questionário pode estar entre 0 e 160, em que uma pontuação mais alta indica uma qualidade de vida relacionada com a saúde mais alta.

- Escala Do Impacto De Acontecimentos (*Impact of Event Scale*) (versão revista por Vieira, 2007 e Vieira, Paixão, Silva & Vicente, 2020)

A primeira versão da *Impact of Event Scale* foi construída por Horowitz & colaboradores, 1979 e visava medir o impacto subjetivo de qualquer situação traumática na vida de uma pessoa, nomeadamente as respostas sintomatológicas ao evento stressante. Uma escala de auto-resposta com 15 itens, com sete dedicados à avaliação da presença de sintomas intrusivos e os restantes oito a sintomas de negação. Contudo, Weiss & Marmar (1997) decidiram incluir, numa nova versão, mais sete itens quando realizaram a sua revisão, sendo que seis se referem à activação fisiológica e um à intrusão. Assim, a *Impact of Event Scale* passou a ser constituída por 22 itens, que Vieira (2007) traduziu e adaptou para português em que 1 (“nunca”), 2 (“raramente”), 3 (“algumas vezes”), 4 (“muitas vezes”) e 5 (“sempre”), 1 significa nenhum sintoma e 5 é igual a uma alta frequência de sintomas.

- Escala de Ansiedade e Depressão (HADS) (Marcolino, et.al., 2007)

A HADS foi desenvolvida com o objetivo de identificar sintomas de ansiedade e de depressão em pessoas internadas em hospitais não-psiquiátricos, sendo mais tarde utilizada noutro tipo de doentes. A escala é composta por 14 itens, sete indicados para a ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D), em que os itens ímpares correspondem à escala de ansiedade e os itens pares correspondem à escala de depressão. Cada uma das respostas pontua de 0 a 3, compondo no total 21 pontos no máximo para cada escala. Para ambas as escalas toda a pontuação igual ou superior a 9 indica que existe uma grande probabilidade de sintomas ansiosos e ou depressivos.

- Escala de Observação de Cicatrizes pelo Observador e pelo Doente (Lenzi et.al. (2019), Draaijers et al. (2004) e Van de Kar et.al. (2005))

A cicatriz é a última etapa do processo de cicatrização, que ocorre para restabelecer a integridade funcional anatômica da pele e que fica como reminiscência daquilo pelo qual a pessoa passou.

Existem várias escalas que avaliam de forma objetiva ou subjetiva as cicatrizes, contudo a *Patient and Observer Scar Assessment Scale* (POSAS) tem ambas funções. Foi inicialmente desenvolvida por Draaijers et al. (2004) e engloba o conceito da *Vancouver Scar Scale*, que avalia o observador e o doente, estabelecendo uma pontuação total e uma opinião geral para o resultado das duas escalas. Em 2005 a escala foi remodelada quando Van de Kar et.al. (2005) introduziram um novo parâmetro de avaliação à escala original, perfazendo seis parâmetros de avaliação tanto para o doente, como para o observador, resultando na versão atual do POSAS.

A escala é composta por duas escalas numéricas que avaliam os sinais e sintomas de cicatrização. Consiste em duas partes: uma escala para o doente e uma escala para observadores, que neste caso será o cuidador. Ambas contêm seis itens pontuados de 1 a 10 e cada item avalia um parâmetro específico. Existe espaço para a “opinião geral” independente da pontuação total, também pontuado de 1 a 10. A pontuação mais baixa é de 1 e corresponde à situação normal da pele, a pontuação mais alta é de 10 e equivale à pior cicatriz imaginável. A pontuação total de ambas as escalas podem ser calculadas simplesmente adicionando as pontuações de cada um dos seis itens, em que a pontuação total varia entre 6 e 60.

A caixa das categorias existe para classificar os itens qualitativamente, para além de quantitativamente. Estes itens das categorias não estão incluídos na pontuação total da POSAS, embora sejam considerados clinicamente relevantes para a documentação completa.

- Inventário Resumido da Dor (*Brief Pain Inventory*) (*International Association for the Study of Pain* (IASP) e Azevedo et.al., 2007 e Cleeland, 2009)

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), a dor é “Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a, ou semelhante àquela associada a, lesão real ou potencial ao tecido”. O *Brief Pain Inventory* foi inicialmente concebido pelo Dr. Charles S. Cleeland em 1991 e traduzido e adaptado para português em 2007 por Azevedo et.al. e tem como objetivos um fácil, rápido e simples preenchimento de forma a ser obtida uma avaliação da dor de caráter multidimensional.

É um inventário composto por 15 itens que avaliam a existência, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento da dor. Tem um item dicotómico para verificação da existência de dor, outro item para a localização da dor através da indicação das áreas num diagrama representativo do corpo humano, uma escala de severidade da dor constituída por quatro itens (máximo, mínimo, em média e neste momento) com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10), um item para registo das estratégias terapêuticas aplicadas, um item que quantifica em termos percentuais a eficácia dos tratamentos aplicados e, por fim, uma escala de interferência funcional constituída por sete itens com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10) que avaliam a interferência da dor nas actividades gerais, humor, mobilidade, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver.

Para além dos temas que são abordados através dos questionários, o que devo investigar durante a consulta de *follow up* de enfermagem do doente queimado?

A consulta de acompanhamento de enfermagem deve focar-se em três necessidades principais do doente e do cuidador: ambiental, fisiológica e psicossocial.

A parte ambiental consiste em questionar as condições da residência e realizar ensinamentos para melhorar o saneamento e higiene ambiental na residência.

Nas necessidades fisiológicas alguns dados são obtidos através do preenchimento de questionários, tais como a gestão da dor, percepção do tecido em fase cicatricial ou já cicatrizado. Os restantes dados devem ser obtidos com uma comunicação clara, através de uma pequena entrevista em que o doente

consiga fornecer informação sobre a gestão da sensibilidade ao calor, o controlo do prurido, os cuidados com a pele, a avaliação do suporte nutricional, as atividades de amplitude de movimento e a prevenção de infeções, para que, quando detetadas necessidades, consiga intervir com ensinamentos, treinos, demonstrações, entre outros.

A componente psicossocial também tem questionários que fornecem dados sobre a ansiedade e depressão, mecanismos de *coping* adequados/desadequados, perceção da imagem corporal e da qualidade de vida, stress pós-traumático, contudo, a intervenção de enfermagem também passa por treinar habilidades sociais, educação para a saúde e reforço positivo, adotando intervenções terapêuticas adequadas à situação do doente.

Para que este programa de consultas seja fluido, é essencial que vários temas comecem a ser abordados durante o internamento, e, por esse motivo, foram realizados três *flyers* que providenciam informação relevante sobre os cuidados após a alta da unidade de queimados, exercícios a executar quando existe queimadura da mão e exercícios a executar quando existe queimadura da face. Estes encontram-se em anexo.

Anexos

Anexo I

Consentimento Informado

**Consentimento Informado, Esclarecido E Livre No Programa Da Consulta
De Follow Up De Enfermagem Da Unidade De Queimados**

O presente documento serve para informar que os dados recolhidos através dos questionários e inquéritos realizados para o programa da consulta de enfermagem de follow up poderão ser avaliados, tratados e utilizados para futuros estudos e investigações.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Nome:

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Se não for o próprio a assinar por idade ou incapacidade

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

Nome: _____

BI/CC N.º: _____ Data de validade: ____ / ____ / ____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Assinatura: _____

Anexo II

Questionário de dados Sociais e Demográficos

Questionário de dados Sociais e Demográficos

Nome: _____

Idade: ____

Profissão: _____

Género: _____

Situação de trabalho: _____

Estado Civil: _____

Habilitações Literárias: _____

Nacionalidade: _____

Anexo III

Questionário De Qualidade De Vida EQ-5D



AVALIAÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE QUESTIONÁRIO EQ-5D

Assinale com uma cruz (assim ☒) , um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

► Mobilidade

- Não tenho problemas em andar ☐₁
Tenho alguns problemas em andar ☐₂
Tenho de estar na cama ☐₃

► Cuidados Pessoais

- Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais ☐₁
Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me..... ☐₂
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ☐₃

► Atividades Habituais (*ex. trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer*)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ☐₁
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais ☐₂
Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais ☐₃

► Dor / Mal-estar

- Não tenho dores ou mal-estar..... ☐₁
Tenho dores ou mal-estar moderados ☐₂
Tenho dores ou mal-estar extremos ☐₃

► Ansiedade / Depressão

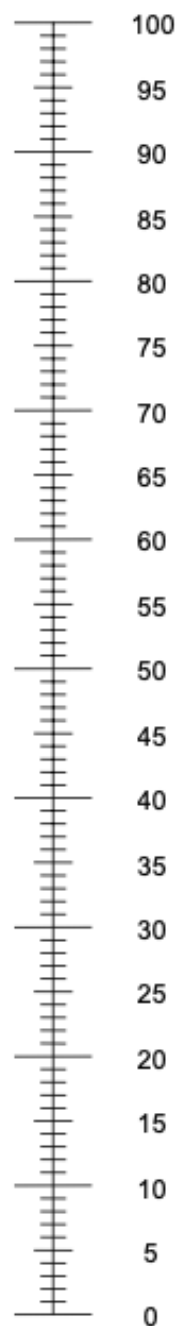
- Não estou ansioso/a ou deprimido/a ☐₁
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ☐₂
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ☐₃

► Gostaríamos de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE

- A escala está numerada de 0 a 100.
- 100 significa a melhor saúde que possa imaginar.
0 significa a pior saúde que possa imaginar.
- Coloque um X na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.
- Agora, por favor, escreva o número que assinalou na escala no quadrado abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =

A melhor saúde que
possa imaginar



A pior saúde que
possa imaginar

Muito obrigado por ter preenchido este questionário.

Anexo IV

Questionário De Qualidade De Vida EQ-5D-5L



Questionário de saúde

Versão Portuguesa para Portugal

(Portuguese version for Portugal)

GUIÃO PARA ENTREVISTA POR TELEFONE

APRESENTAÇÃO GERAL

Recomenda-se que o entrevistador responsável pela administração do questionário por telefone siga o guião do EQ-5D. Embora seja concedida alguma latitude relativamente ao modo de falar pessoal do entrevistador, a fraseologia das instruções do questionário deve ser seguida o mais estritamente possível. No caso do sistema descritivo do EQ-5D, nas páginas 2 e 3, a fraseologia deve ser estritamente observada.

Recomenda-se que o entrevistador tenha à sua frente um exemplar do questionário EQ-5D durante a entrevista telefónica. Deste modo, as respostas do entrevistado podem ser introduzidas directamente no formulário EQ-5D pelo entrevistador, em representação do entrevistado (i.e., marcando os quadrados adequados nas páginas 2 e 3 e a escala na página 4 no ponto indicando a "saúde do entrevistado hoje"). O entrevistado também deve ter uma cópia do EQ-5D à sua frente como referência. Se o entrevistado pedir esclarecimentos, o entrevistador pode ajudar, lendo de novo a pergunta, literalmente. O entrevistador não deve tentar oferecer qualquer explicação pessoal, mas sugerir que o entrevistado utilize a sua própria interpretação.

Se o entrevistado tiver dificuldades relativamente ao quadrado a marcar, o entrevistador deve repetir a pergunta literalmente e pedir ao entrevistado para responder da forma que mais se aproximar da ideia que tem sobre a sua saúde hoje.

APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO EQ-5D

(Nota para o entrevistador: por favor leia o seguinte texto ao entrevistado)

Estamos a tentar averiguar o que pensa da sua saúde. Vou fazer-lhe algumas perguntas simples sobre a sua saúde HOJE. Depois perguntar-lhe-ei para avaliar a sua saúde numa escala de medição. Vou explicar-lhe o que fazer à medida que avanço no questionário, mas deve interromper-me sempre que não compreenda alguma coisa ou se alguma coisa não lhe parecer clara. Lembre-se também que não existem respostas certas ou erradas. Estamos apenas interessados na sua opinião pessoal.

EQ-5D SISTEMA DESCRITIVO: INTRODUÇÃO

Vou ler algumas perguntas. Cada pergunta tem cinco opções de resposta. Diga-me, por favor, qual a resposta que melhor descreve a sua saúde HOJE. Não escolha mais do que uma resposta em cada grupo de perguntas.

(Nota ao entrevistador: pode ser necessário lembrar várias vezes ao entrevistado que o período temporal é HOJE. Poderá ser inclusivamente necessário repetir as perguntas literalmente)

EQ-5D – SISTEMA DESCRITIVO

MOBILIDADE

Vou começar por lhe fazer algumas perguntas sobre mobilidade. Diria que:

1. Não tem problemas em andar?
2. Tem problemas ligeiros em andar?
3. Tem problemas moderados em andar?
4. Tem problemas graves em andar?
5. É incapaz de andar?

(Nota ao entrevistador: marcar o quadrado adequado no formulário EQ-5D)

CUIDADOS PESSOAIS

Em seguida, vou fazer-lhe algumas perguntas sobre cuidados pessoais. Diria que:

1. Não tem nenhum problema em se lavar ou vestir?
2. Tem problemas ligeiros em se lavar ou vestir?
3. Tem problemas moderados em se lavar ou vestir?
4. Tem problemas graves em se lavar ou vestir?
5. É incapaz de se lavar ou vestir sozinho/a?

(Nota ao entrevistador: marcar o quadrado adequado no formulário EQ-5D)

ATIVIDADES HABITUAIS

A seguir, vou fazer-lhe algumas perguntas sobre atividades habituais, por exemplo, trabalho, estudos, atividades domésticas ou atividades em família ou de lazer. Diria que:

1. Não tem nenhum problema em desempenhar as suas atividades habituais?
2. Tem problemas ligeiros em desempenhar as suas atividades habituais?
3. Tem problemas moderados em desempenhar as suas atividades habituais?
4. Tem problemas graves em desempenhar as suas atividades habituais?
5. É incapaz de desempenhar as suas atividades habituais?

(Nota ao entrevistador: marcar o quadrado adequado no formulário EQ-5D)

DOR / MAL-ESTAR

Em seguida, vou fazer-lhe algumas perguntas sobre dores ou mal-estar. Diria que:

1. Tem dores ou mal-estar?
2. Tem dores ou mal-estar ligeiros?
3. Tem dores ou mal-estar moderados?
4. Tem dores ou mal-estar graves?
5. Tem dores ou mal-estar extremos?

(Nota ao entrevistador: marcar o quadrado adequado no formulário EQ-5D)

ANSIEDADE / DEPRESSÃO

Para terminar, vou fazer-lhe algumas perguntas sobre ansiedade ou depressão. Diria que:

1. Está ansioso/a ou deprimido/a?
2. Está ligeiramente ansioso/a ou deprimido/a?
3. Está moderadamente ansioso/a ou deprimido/a?
4. Está gravemente ansioso/a ou deprimido/a?
5. Está extremamente ansioso/a ou deprimido/a?

(Nota ao entrevistador: marcar o quadrado adequado no formulário EQ-5D)

Anexo V

Escala De Saúde Específica Para Queimadura

Escala De Saúde Específica Para Queimadura

Este questionário foi construído para ajudar a perceber como está a lidar com as mudanças no seu dia-a-dia. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça um círculo (O) no espaço correspondente à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido.

Formas de resposta	Extremamente	Bastante	Moderadamente	Um pouco	Nenhuma
Quanta dificuldade você tem para:					
1. Tomar banho sem ajuda?	0	1	2	3	4
2. Vestir-se sem ajuda?	0	1	2	3	4
3. Sentar-se e levantar-se sem ajuda?	0	1	2	3	4
4. Assinar o seu nome?	0	1	2	3	4
5. Comer com talheres?	0	1	2	3	4
6. Amarrar cadarços, laços, etc.?	0	1	2	3	4
7. Pegar moedas de uma superfície plana?	0	1	2	3	4
8. Destrancar uma porta?	0	1	2	3	4
9. Trabalhar em seu emprego antigo, cumprindo suas antigas obrigações?	0	1	2	3	4
Até que ponto as afirmativas a seguir descrevem você:					
10. Eu sou atormentado(a) por sentimentos de solidão	0	1	2	3	4
11. Eu frequentemente me sinto triste ou chateado(a)	0	1	2	3	4
12. Às vezes eu acho que tenho um problema emocional	0	1	2	3	4
13. Eu não tme interesse em fazer programas com os meus amigos	0	1	2	3	4
14. Eu não gosto de visitar pessoas	0	1	2	3	4
15. Eu não tenho ninguém para conversar sobre os meus problemas	0	1	2	3	4
16. Eu me sinto aprisionado	0	1	2	3	4

Formas de resposta	Extremamente	Bastante	Moderadamente	Um pouco	Nenhuma
20. Minha família ficaria melhor sem mim	0	1	2	3	4
21. Eu me sinto frustrado(a) porque não me sinto excitado(a) sexualmente da mesma forma que sentia antes	0	1	2	3	4
22. Eu simplesmente não me interessava mais por sexo	0	1	2	3	4
23. Eu já não abraço, agarro ou beijo	0	1	2	3	4
24. Às vezes, eu gostaria de esquecer que a minha aparência mudou	0	1	2	3	4
25. Eu sinto que minha cicatriz não é atraente para os outros	0	1	2	3	4
26. Minha aparência geral realmente me incomoda	0	1	2	3	4
27. A aparência das minhas cicatrizes me incomoda	0	1	2	3	4
28. Expor-me ao sol me incomoda	0	1	2	3	4
29. Clima quente me incomoda	0	1	2	3	4
30. Eu não posso sair e fazer atividades quando o clima está quente	0	1	2	3	4
31. Me incomoda por não poder me expor ao sol	0	1	2	3	4
32. Minha pele é mais sensível do que era antes	0	1	2	3	4
33. Cuidar da minha pele é um incômodo	0	1	2	3	4
34. Existem coisas que me orientaram a fazer para a minha queimadura que eu não gosto fazer	0	1	2	3	4
35. Eu gostaria de não ter que fazer tantas coisas para cuidar da minha queimadura	0	1	2	3	4
36. Eu tenho dificuldades em fazer tudo que me orientaram a fazer para cuidar da minha queimadura	0	1	2	3	4
37. Cuidar da minha queimadura dificulta fazer outras coisas que são importantes para mim	0	1	2	3	4
38. Minha queimadura interfere com o meu trabalho	0	1	2	3	4
39. A queimadura que sofri afetou a minha habilidade de trabalhar	0	1	2	3	4
40. Minha queimadura causou problemas com o meu trabalho	0	1	2	3	4

Retirado de: Piccolo, M. (2015). Burn Specific Health Scale-Brief: Tradução Para A Língua Portuguesa, Adaptação Cultural E Validação. Tese de Doutorado. São Paulo.

Anexo VI

Escala Do Impacto De Acontecimentos

Escala do impacto de acontecimentos – Revista

No questionário a seguir apresentado encontram-se descritas algumas das dificuldades que as pessoas costumam sentir após terem passado por um acontecimento stressante.

Para cada uma das afirmações do questionário deve indicar o quanto perturbador foi para si, nos *últimos seis meses*, cada uma das situações identificadas, considerando o acontecimento de vida stressante identificado por si. Ou seja, durante os *últimos seis meses*, como é que se sentiu relativamente ao acontecimento stressante.

Para cada uma das questões existe, no lado direito da folha, uma quadrícula numerada de **1 a 5**. Estes números servem para representar o seu grau de concordância em relação ao que é questionado e significam o seguinte:

1- Nunca; 2- Raramente; 3- Algumas vezes; 4- Muitas vezes; 5- Sempre

Para assinalar essa resposta deve colocar uma cruz no número que melhor a representa.

	Nunca 1	Raramente 2	Algumas vezes 3	Muitas vezes 4	Sempre 5
1) Qualquer recordação relativa ao acontecimento suscita em mim todas as emoções vividas nessa altura	1	2	3	4	5
2) Tive grandes problemas de sono	1	2	3	4	5
3) Outras situações continuavam a fazer-me pensar no acontecimento	1	2	3	4	5
4) Senti-me irritado(a) e enraivecido(a)	1	2	3	4	5
5) Tentava não ficar perturbado(a) quando pensava no acontecimento ou quando alguém me fazia recordá-lo	1	2	3	4	5
6) Surgiam-me pensamentos sobre o acontecimento mesmo quando não queria	1	2	3	4	5
7) Senti como se nada tivesse acontecido ou como se tudo o que aconteceu não fosse real	1	2	3	4	5
8) Evitei tudo o que me fizesse recordar o acontecimento	1	2	3	4	5
9) Imagens sobre o acontecimento apareciam de repente na minha cabeça	1	2	3	4	5
10) Estava com os nervos “à flor da pele”	1	2	3	4	5
11) Tentei não pensar sobre o sucedido	1	2	3	4	5
12) Tive consciência que ainda tinha dentro de mim imensos sentimentos relativos ao acontecimento, mas não lidei com eles	1	2	3	4	5
13) Sentia-me anestesiado em relação ao que aconteceu	1	2	3	4	5
14) Dei por mim a agir e/ou a sentir como se estivesse de volta ao tempo em que tudo aconteceu	1	2	3	4	5
15) Tive dificuldades em adormecer	1	2	3	4	5
16) Tive fases em que vivi sentimentos muito fortes relativos ao acontecimento	1	2	3	4	5
17) Tentei apagar o acontecimento da	1	2	3	4	5

minha memória					
18) Tive problemas de concentração	1	2	3	4	5
19) Tudo o que me fazia recordar o acontecimento causava em mim reacções físicas como, por exemplo, transpirar, dificuldades em respirar, náuseas ou taquicardia	1	2	3	4	5
20) Sonhei muitas vezes com coisas relativas ao acontecimento	1	2	3	4	5
21) Senti-me atento e/ou cauteloso	1	2	3	4	5
22) Tentei não falar sobre o acontecimento	1	2	3	4	5

Anexo VII

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto agora
- ☐ Só um pouco
- ☐ Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- ☐ Sim e muito forte
- ☐ Sim, mas não muito forte
- ☐ Um pouco, mas não me aflige
- ☐ De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Muito menos agora
- ☐ Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- ☐ Nunca
- ☐ Poucas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- ☐ Quase sempre
 - ☐ Muitas vezes
 - ☐ Por vezes
 - ☐ Nunca
-

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
- ☐ Quase sempre
 - ☐ Muitas vezes
 - ☐ Por vezes
 - ☐ Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:
- ☐ Nunca
 - ☐ Por vezes
 - ☐ Muitas vezes
 - ☐ Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:
- ☐ Completamente
 - ☐ Não dou a atenção que devia
 - ☐ Talvez cuide menos que antes
 - ☐ Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
- ☐ Muito
 - ☐ Bastante
 - ☐ Não muito
 - ☐ Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:
- ☐ Tanto como antes
 - ☐ Não tanto como antes
 - ☐ Bastante menos agora
 - ☐ Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico:
- ☐ Muitas vezes
 - ☐ Bastantes vezes
 - ☐ Por vezes
 - ☐ Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:
- ☐ Muitas vezes
 - ☐ De vez em quando
 - ☐ Poucas vezes
 - ☐ Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

Anexo VIII

Escala de Observação de Cicatrizes pelo Observador e pelo Doente

POSAS Observador – EPM/UNIFESP

The Patient and Observer Scar Assessment Scale v2.0 – Portuguese Version

Escala de avaliação de cicatrizes pelo observador e paciente – Versão Português.

Data do exame:

Nome do paciente:

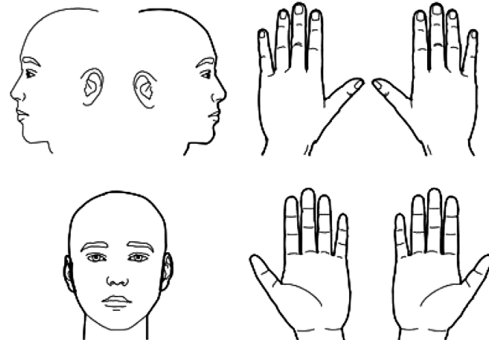
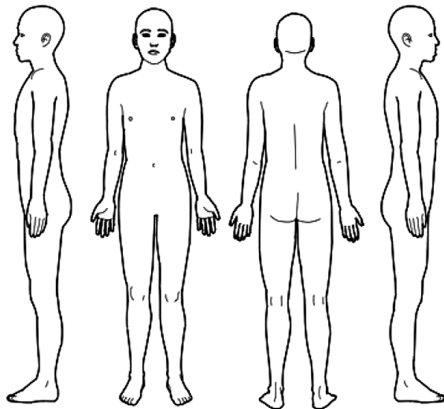
Observador:

Local:

Data de nascimento:

Pesquisa/estudo:

Identificação:



1 = pele normal

pior cicatriz imaginável = 10

PARÂMETROS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
VASCULARIZAÇÃO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PIGMENTAÇÃO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ESPESSURA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SALIÊNCIA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
FLEXIBILIDADE	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ÁREA DE SUPERFÍCIE	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
OPINIÃO GERAL	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

CATEGORIA

PÁLIDO | ROSA | VERMELHO | ROXO | MISTO

HIPO | HIPER | MISTO

MAIS GROSSO | MAIS FINO

MAIOR | MENOR | MISTO

FLEXÍVEL | RÍGIDA | MISTO

EXPANSÃO | CONTRAÇÃO | MISTO

Explicação

A escala do observador da POSAS consiste em seis itens (vascularização, pigmentação, espessura, saliência, flexibilidade e área de superfície). Todos os itens são pontuados em uma escala que varia de 1 (igual à pele normal) a 10 (pior cicatriz imaginável). A soma desses seis itens resulta na pontuação total da escala do observador da POSAS. As caixas das categorias são adicionadas para cada item. Ainda, a opinião geral é pontuada em uma escala que varia de 1 a 10. Todos os parâmetros devem ser comparados preferencialmente com a pele normal em uma área comparativamente anatómica.

Notas explicativas dos itens:

- VASCULARIZAÇÃO:** Presença de vasos no tecido cicatricial, avaliado pela preenchimento capilar, testado pela quantidade de retorno sanguíneo após branqueamento com Plexiglas.
- PIGMENTAÇÃO:** Coloração amarronzada da cicatriz por pigmento (melanina); aplicar Plexiglas na pele com pressão moderada para eliminar o efeito da vascularização.
- ESPESSURA:** Distância média entre a borda subcuticular dérmica e a superfície epidérmica da cicatriz.
- SALIÊNCIA:** A extensão onde as irregularidades da superfície estão presentes (preferencialmente comparada com pele normal adjacente).
- FLEXIBILIDADE:** Maleabilidade da cicatriz testada pelo enrugamento entre o polegar e o dedo indicador.
- ÁREA DE SUPERFÍCIE:** Área de superfície da cicatriz em relação à área original da ferida.

POSAS Paciente – EPM/UNIFESP

The Patient and Observer Scar Assessment Scale v2.0 – Portuguese Version

Escala de avaliação de cicatriz pelo observador e paciente – Versão Português

Data do exame:

Observador:

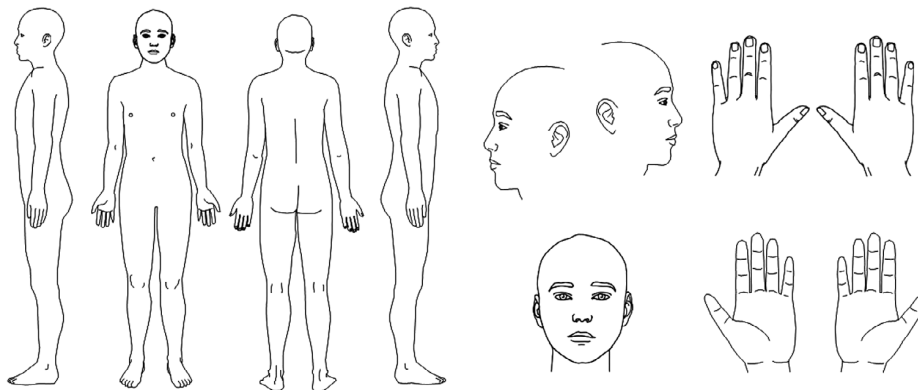
Local:

Pesquisa/estudo:

Nome do paciente:

Data de nascimento:

Identificação:



1=não, nem um pouco sim, muita=10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sentiu dor na cicatriz nas últimas semanas?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sentiu coceira na cicatriz nas últimas semanas?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1=Não, igual à pele normal Sim, bem diferente=10

A cor da cicatriz é diferente da cor da sua pele normal neste momento?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A rigidez da cicatriz é diferente da rigidez da sua pele normal neste momento?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A espessura da cicatriz é diferente da espessura da sua pele normal neste momento?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A cicatriz é mais irregular que a sua pele normal hoje?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1=Igual à pele normal Bem diferente=10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qual a sua opinião geral sobre a cicatriz, comparando com a pele normal?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Anexo IX

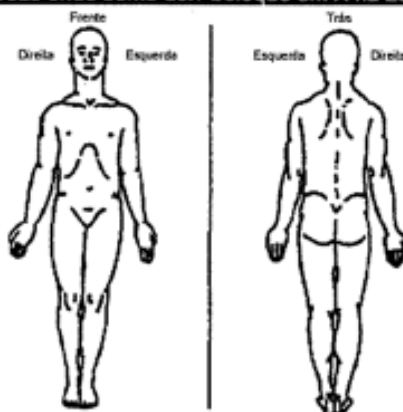
Questionário Resumido da Dor

Inventário Resumido da Dor
(Formulário Abreviado)

- 1 Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dentes). Durante a última semana teve alguma dor diferente destas dores comuns?

Sim Não

- 2 Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.



- 3 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **máximo** durante a última semana.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor											A pior dor que se pode imaginar

- 4 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **mínimo** durante a última semana.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor										A pior dor que se pode imaginar

- 5 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor **em média**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

- 6 Por favor classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor neste preciso momento.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

7 Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

8 Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o **alívio** que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Nenhum Alívio
alívio completo

9 Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

A Actividade geral

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

B Disposição

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

C Capacidade para andar a pé

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

D Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

E Relações com outras pessoas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

F Sono

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

G Prazer de viver

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

Anexo X

Flyer: Regresso a Casa... E agora?



Informações Importantes

Uma **dieta equilibrada** que inclua quantidades adequadas de calorias, proteínas e nutrientes é muito importante para a multiplicação e regeneração das células da pele.

As pessoas que foram vítimas de queimaduras são confrontadas com vários desafios ao longo da recuperação a nível físico, emocional e social.

Cerca de 45% das pessoas desenvolve Stress Pós Traumático um ano após a queimadura, relacionado com as sequelas da mesma, assim como insatisfação com a imagem corporal.

Cuidar da Saúde Mental é fundamental e, para isso, os profissionais da Unidade de Queimados estão sempre disponíveis para ajudar e desmistificar algumas dificuldades.

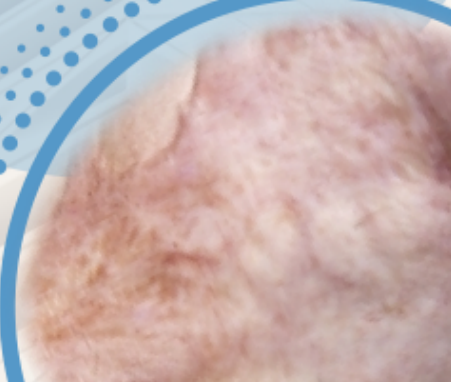
A **maquilhagem corretiva** pode ser utilizada para disfarçar as lesões e cicatrizes deixadas pelas queimaduras, melhorando a imagem corporal, e consequentemente a qualidade de vida.

A Associação Amigos dos Queimados tem parcerias com as marcas Avène e La Roche Posay das quais pode usufruir.

REGRESSO A CASA ... E AGORA?

TUDO O QUE DEVE SABER SOBRE
OS CUIDADOS COM AS ÁREAS
QUEIMADAS

Contacto telefónico da Unidade de Queimados:



Sobre a Pele

O que é a queimadura?

É uma lesão da pele que resulta do contato com:

- Calor ou frio extremo;
- Substâncias químicas;
- Eletricidade;
- Radiações.

Queimaduras em certos locais do corpo humano podem não só afetar a funcionalidade normal do corpo, como podem ser fatais.

Quais são as complicações da queimadura?

Existem dois tipos de complicações das queimaduras:

- Complicações locais:
 - Feridas;
 - Contraturas;
 - Cicatrizes.
- Complicações gerais:
 - Dor;
 - Edema (acumulação de líquidos);
 - Perda de líquidos;
 - Diminuição do volume de sangue no local da queimadura;
 - Infecção.

Como prevenir o aparecimento de complicações?

- Realizar cuidados adequados à pele;
- Realizar exercícios básicos fundamentais;;
- Utilizar as ajudas necessárias.

Cuidados à Pele

- Lavar a ferida com sabão neutro ou sabão com glicerina e água corrente com temperatura tépida;
- Enxaguar a ferida com uma toalha individual limpa, sem esfregar, para não aumentar a lesão;
- Aplicar creme hidratante, no mínimo, três vezes ao dia, para prevenir o aparecimento de fissuras, bolhas e ruturas;
- Não coçar a ferida. A comichão é uma queixa comum nas queimaduras em fase de cicatrização, o uso de creme hidratante ajuda nesta situação;
- Evitar exposição ao sol durante o período de maturação da ferida (dois a três anos após a queimadura) para precaver o aparecimento de manchas;
- Aplicar protetor solar de fator 50 durante todo o ano. Em altura de maior exposição solar, aplicar 15 a 30 minutos e posteriormente de 2 em 2 horas, fazendo a reaplicação após cada banho (mar/piscina), mesmo que o protetor solar seja resistente à água.

Importância de Exercícios Básicos

- A realização de exercícios é fundamental para manter a elasticidade, mobilidade e amplitude articular das áreas queimadas;
- O processo de cicatrização pode levar a situações que coloquem em causa a autonomia para a realização de tarefas diárias;
- A mobilização ativa deve ser realizada várias vezes ao dia, lenta e suavemente;
- Só exercitando toda a musculatura abrangida pela queimadura, pode superar as dificuldades e limitações;
- É aconselhado que repita os exercícios que lhe ensinaram durante o internamento para promover todos os aspetos acima enumerados.

Vestuário Compressivo

A compressão externa através de uma veste compressiva feita à medida é utilizada para controlar o desenvolvimento de cicatrizes anormais após a lesão por queimadura.

O uso das vestes compressivas pode dar origem a desconforto, comichão, calor e dor nas zonas articulares. Neste caso deve falar com os profissionais de saúde para se encontrar uma boa solução.

Modo de Utilização

A compressão deve ser contínua, por isso é utilizada cerca de 23h por dia, até à maturação total da cicatriz (entre 1 a 2 anos após queimadura).

Deve ser vestida depois do banho diário, apenas quando o creme hidratante está completamente absorvido.

Deve ter pelo menos 2 pares.

Onde Adquirir ?

A Associação Amigos dos Queimados (AAQ) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), de âmbito nacional e sem fins lucrativos, em que um dos principais objetivos é prestar apoio aos clientes queimados durante e após o seu internamento hospitalar.

Tem protocolos com inúmeras instituições, sendo que providenciam a cedência de fatos compressivos. Basta entrar em contato através de:

- email: geral.aaq@gmail.com
- Telemóvel: 962 391 431

Anexo XI

Flyer: Exercícios para as mãos



Informações Importantes

Antes de iniciar os exercícios, aplique creme hidratante, para obter melhores resultados.

Ao realizar tarefas básicas comuns do dia a dia está a exercitar as suas mãos.

É importante lembrar que nem todos os dias são iguais. O corpo nem sempre consegue tolerar a exigência dos exercícios.

Se sentir dor ou desconforto diminua o tempo ou o número de repetições de cada exercício mas não pare de os fazer, a manutenção de uma rotina diária de exercícios ajuda bastante a recuperação da pele e das articulações após a queimadura.

Quando conseguir, aumente o tempo de exercício, ou o número de repetições.

Se necessitar de ajuda, não hesite em contactar a equipa de profissionais diferenciada da Unidade de Queimados do Hospital da Prelada que está sempre disponível.

EXERCÍCIOS PARA AS MÃOS

TUDO O QUE DEVE SABER SOBRE
EXERCÍCIOS PARA MÃOS COM
ÁREAS QUEIMADAS

Contacto telefónico da Unidade de Queimados:



A execução de exercício após a queimadura ajuda a prevenir a incapacidade e as deformidades.

Esticar os dedos

Este exercício melhora o movimento articular os dedos.

Instruções:

1. Apoiar a mão numa superfície;
2. Abrir a mão e esticar os dedos;
3. Repetir e vezes com cada dedo.



Levantar os dedos com ajuda

Este exercício ajuda a manter ou até melhorar o movimento articular dos dedos.

Instruções:

1. Apoiar as costas das mãos com os dedos fechados;
1. Com a outra mão manter os dedos dobrados.



Dedos em garra

Este exercício ajuda o movimento articular dos dedos.

Instruções:

1. Colocar os dedos em garra;
2. Manter com força e contar até 5, pausadamente;
3. Fechar a mão totalmente e fazer força;
4. Abrir a mão e descansar.



Separar os dedos

Este exercício melhora a força para abrir os dedos.

Instruções:

1. Separar os dedos;
2. Manter a força e contar até 5, pausadamente;
3. Unir as duas mãos fazendo força uma contra a outra com os dedos esticados;
4. Entrelaçar os dedos e descansar.



Dobrar o punho para trás

Este exercício melhora a força para abrir os dedos.

Instruções:

1. Apoiar o antebraço numa superfície deixando a mão para fora;
2. Levantar o punho até conseguir e manter a posição durante 5 segundos;
3. Baixar o punho devagar e descansar;

Dica: Quando conseguir, adicione peso, segurando num objeto.



Fechar e esticar o polegar

Este exercício está indicado nas situações em que o dedo polegar está em garra, pois ajuda a aumentar a abertura e a esticar a pele.

Instruções:

1. Começar com o polegar posicionado para fora;
2. Mexer o polegar até à palma da mão e Manter durante 5 segundos;
3. Voltar a abrir o polegar e descansar.



Pinça contra resistência

Este exercício ajuda a aumentar a força e a capacidade para pegar em objetos. É necessária uma mola de roupa.

Instruções:

1. Segurar a mola da roupa entre o polegar e o dedo indicador, sempre com os dedos esticados;
2. Apertar a mola até conseguir e contar até 5 pausadamente;
3. Soltar a mola e descansar;
4. Repetir o exercício com todos os dedos.



Esticar a palma da mão

Este exercício ajuda o movimento articular do punho e alonga os tendões.

Instruções:

1. Esticar os braços e dobrar o punho para trás com ajuda da outra mão, mantendo os dedos esticados;
2. Manter durante 30 segundos;
3. Soltar a mão lentamente.



Anexo XI

Flyer: Exercícios para a face



Informações Importantes

Recomenda-se a realização de todos os exercícios pelo menos 10 vezes.

É importante realizar os exercícios de forma lenta para controlar os movimentos.

Antes de iniciar os exercícios, aplique creme hidratante, para obter melhores resultados.

Evitar a exposição solar durante o período de maturação da ferida é essencial (1-2 anos) para evitar o aparecimento de manchas.

Colocar protetor solar diariamente durante todo o ano ajuda na prevenção do aparecimento de novas manchas.

É importante lembrar que nem todos os dias são iguais. O corpo nem sempre consegue tolerar a exigência dos exercícios.

Se sentir dor ou desconforto diminua o tempo ou o número de repetições de cada exercício mas não pare de os fazer, a manutenção de uma rotina diária de exercícios ajuda bastante a recuperação da pele e das articulações após a queimadura.

Quando conseguir, aumente o tempo de exercício, ou o número de repetições.

Se necessitar de ajuda, não hesite em contactar a equipa de profissionais diferenciada da Unidade de Queimados do Hospital da Prelada que está sempre disponível.

Contacto telefónico da Unidade de Queimados:

EXERCÍCIOS PARA A FACE

TUDO O QUE DEVE SABER SOBRE
EXERCÍCIOS PARA A FACE COM
ÁREAS QUEIMADAS



A realização de exercícios de mímica da face é um dos tratamentos mais importantes para a prevenção de sequelas e deformidades que advêm da queimadura da face.

Estes exercícios faciais ajudam a manter ou recuperar a flexibilidade e elasticidade muscular da face, durante o processo de cicatrização.

Exercícios para a zona dos olhos

Instruções:

1. Levantar as sobrancelhas com os olhos fechados e depois abrir muito os olhos.



2. Franzir a testa até aparecerem rugas e fechar os olhos com força.



Exercícios para a região do nariz

Instruções:

1. Franzir o nariz, inspirar e expirar pelo nariz com a boca fechada.



Exercícios para a zona da boca

Instruções:

1. Sorrir mostrando os dentes e apertá-los com força;
2. Sorrir sem mostrar os dentes.



3. Juntar os lábios e encher as bochechas de ar e empurrar o ar de um lado para o outro.



Sugestões

Com a boca aberta

1. Dizer devagar o nome completo;
2. Dizer as vogais a-e-i-o-u;
3. Contar de 1 a 10;
4. Encher balões;
5. Soprar;
6. Assobiar;
7. Fazer caretas;
8. Falar com expressão facial;
9. Intensificar a higiene oral;
10. Piscar os olhos de forma alternada.

Grow through what you go through.

(Unknown)