



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

A GESTÃO DA DOR DA PESSOA GRANDE QUEIMADA: UMA INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM ESPECIALIZADA

Carla Suzana Pereira Correia



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

CARLA SUZANA PEREIRA CORREIA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**A GESTÃO DA DOR DA PESSOA GRANDE QUEIMADA:
UMA INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM ESPECIALIZADA**

Relatório apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, efetuado sob a orientação científica de:

Prof. Doutora Albertina Marques

Março de 2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço o compromisso e dedicação da Professora Doutora Albertina Marques, com as suas orientações tutoriais, partilha de conhecimento e suporte científico, mas acima de tudo, pela motivação no momento certo.

Agradeço aos responsáveis pela Organização Hospitalar onde decorreu este estudo, em particular ao Enfermeiro Especialista Mário Lopes pela sua grandeza, sabedoria e pela oportunidade única de estágio na Unidade de Queimados.

Agradeço à equipa de Enfermagem especialmente ao Enfermeiro Especialista Bruno Costa pela adesão, experiência e total disponibilidade em participar, pois sem ela não seria possível a realização deste estudo. Vocês são únicas!

Agradeço às minhas amigas por estarem presentes especialmente à Anatilde que me acompanhou nesta travessia do deserto até ao Oásis com risos e lágrimas. Força, Tu também consegues!

Agradeço à minha família, que me incutiram o espírito de perseverança, estimulando à sua maneira o meu crescimento pessoal e profissional especialmente ao meu marido e aos meus filhos Christian, Luca e Francesca. O vosso Amor incondicional mantém as raízes da minha árvore firme, mesmo em dias de tempestade! Vocês são a minha Evolução e o meu maior Crescimento;

Agradeço a Deus por Abençoar e Iluminar o meu caminho pois posso todas as coisas N'Á quele que me fortalece!

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte,
requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso,
como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela
morta ou do frio mármore
comparado ao tratar do corpo vivo- o templo do espírito de Deus. É uma
das artes: poder-se-ia dizer, a mais bela das artes”.

Florence Nightingale

RESUMO

Neste relatório encontra-se sistematizado o percurso desenvolvido durante o período de aquisição de Competências Comuns, Específicas do Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica. Relata o processo de construção de competências na conceção de cuidados de enfermagem especializada à Pessoa em Situação Crítica, adquiridas no Estágio de Natureza Profissional realizado na Unidade de Queimados.

A Pessoa em Situação Crítica requer um foco constante de cuidados especializados e diferenciados pois está constantemente ameaçada de falência de uma ou mais funções vitais e a sua sobrevivência depende dos meios avançados tecnológicos de vigilância, monitorização e terapêutica intensiva. É neste contexto de cuidados que se insere a Pessoa Grande Queimada, isto é uma pessoa com queimadura grave, com dor intensa e ansiedade, em hipovolémia, hipoxia e hipotermia passando por processo de evolução crítica que compromete o prognóstico vital. A dor evidencia-se como uma das experiências mais traumatizantes para a Pessoa Grande Queimada. Assim, o controlo da dor é um cuidado fundamental para a melhoria da capacidade funcional, psicológica, aumento da qualidade de vida e diminuição do tempo de internamento hospitalar.

A reflexão sobre esta problemática, aliado ao facto de exercer funções em cuidados intensivos há longa data, para dar continuidade ao curso de mestrado, optámos por realizar o Estágio de Natureza Profissional numa Unidade de Queimados com objetivo de: desenvolver Competências Comuns de Enfermeiro Especialista; desenvolver Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de cuidados à Pessoa em Situação Crítica; desenvolver Competências de Investigação em saúde.

A elaboração do relatório assenta na apresentação de uma reflexão crítica e analítica do processo de aquisição das competências, através do relato do processo de construção de conhecimento, sistematizando o percurso desenvolvido, articulado com os referenciais teóricos e a melhor evidência disponível.

Entre as variadíssimas atividades realizadas, desenvolvemos um estudo qualitativo, exploratório, descritivo sobre a abordagem da equipa de enfermagem na gestão da dor da Pessoa Grande Queimada numa Unidade de Queimados.

Os principais resultados revelam que os enfermeiros mobilizam várias estratégias para avaliação da dor tal como a escala numérica para a pessoa que comunica, contudo, nenhuma escala para a pessoa que não comunica; as intervenções realizadas pelos enfermeiros no controlo da dor assentam nas medidas farmacológicas, mas também, utilizam medidas não farmacológicas tais como os posicionamentos frequentes; as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no controlo da dor, relacionam-se com a própria

Pessoa Grande Queimada associada à subjetividade da dor, dificuldade na avaliação da dor e gestão farmacológica; os enfermeiros consideram existir um conjunto de intervenções clínicas geradores ou potenciadores de dor, associadas ao próprio tratamento, desde logo cuidados à região queimada, dadora e também à enxertada.

No que concerne ao desenvolvimento de Competências Especializadas de Enfermagem, o Estágio de Natureza Profissional permitiu-nos, assim, a compreensão mais abrangente do processo de cuidados da Pessoa Grande Queimada e família, destacam-se o desenvolvimento de competências da área de conceção de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, em particular na gestão da dor da Pessoa Grande Queimada, na maximização da prevenção, intervenção e controlo face à infeção associada aos cuidados de saúde, competência na gestão de cuidados, melhoria contínua da qualidade e formação em contexto de trabalho, que permitem uma intervenção integrada a nível técnico-científica, ético e humano.

PALAVRAS-CHAVE: Dor Aguda; Queimadura; Pessoa Grande Queimada; Unidades de Queimados; Enfermagem Especializada

ABSTRACT

This report systematizes the path developed during the period of acquisition of Common Skills, Specific Skills for Specialist Nurses, and Master's in Medical-Surgical Nursing. It reports the process of building skills in the design of specialized nursing care for People in Critical Situations, acquired in the Professional Internship carried out in the Burns Unit.

People in Critical Situations require a constant focus on specialized and differentiated care as they are constantly threatened with the failure of one or more vital functions and their survival depends on advanced technological means of surveillance, monitoring, and intensive therapy. It is in this context of care that the Big Burned Person fits in, that is, a person with severe burns, with intense pain and anxiety, in hypovolemia, hypoxia and hypothermia going through a process of critical evolution that compromises the vital prognosis. Pain is one of the most traumatic experiences for the burned person. Therefore, pain control is a fundamental care for improving functional and psychological capacity, increasing the quality of life, and reducing hospital stay.

Reflecting on this issue, combined with the fact that I have been working in intensive care for a long time, to continue the master's degree, we chose to carry out the Professional Internship in a Burns Unit with the aim of developing Common Skills of a Specialist Nurse; develop Specific Skills in Medical-Surgical Nursing in the area of care for People in Critical Situations; develop health research skills.

The preparation of the report is based on the presentation of a critical and analytical reflection of the process of acquiring skills, through the report of the knowledge construction process, systematizing the path developed, articulated with theoretical references and the best available evidence.

Among the varied activities carried out, we developed a qualitative, exploratory, descriptive study on the nursing team's approach to managing the pain of severely burned people in a Burns Unit.

The main results reveal that nurses use several strategies to assess pain, such as a numerical scale for the person who communicates, but no scale for the person who does not communicate; Interventions carried out by nurses to control pain are based on pharmacological measures, but also use non-pharmacological measures such as frequent positioning; the difficulties experienced by nurses in controlling Pain are related to the Severe Burnt Person itself associated with the subjectivity of Pain, difficulty in assessing

Pain and pharmacological management; nurses consider that there are a set of clinical interventions that generate or enhance pain, associated with the treatment itself, including care for the burned, donor and also the grafted region.

Regarding the development of specialized nursing skills, the Professional Nature Internship thus allowed us to have a more comprehensive understanding of the care process for the Big Burnt Person and their family, highlighting the development of skills in the area of care design to Persons in Critical Situations, in particular in the management of Pain in Severely Burnt Persons, in maximizing prevention, intervention, and control in the face of infections associated with healthcare, competence in care management, continuous quality improvement and training in the work context, which allow integrated intervention at a technical-scientific, ethical and human level.

Key words: Acute pain; Burn; Big Burnt Person; Burns Units; Specialized Nursing.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABLS-Advanced Burn Life Support

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BO- Bloco Operatório

CCEE- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CDE- Código Deontológico de Enfermagem

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direção-Geral de Saúde

DGES- Direção-Geral do Ensino Superior

EBA- European Burns Association

ENP-Estágio de Natureza Profissional

EE- Enfermeiro Especialista

EEEMC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMCPSC-Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica

EVA- Escala Visual Analógica

EVN- Escala visual Numérica

HBS- Health Behaviour Search

IACS- Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IASP- International Association for the Study of Pain

INF- Intervenções não Farmacológicas

ISQ- Indicadores Sensíveis da Qualidade

ISBI- International Symposium on Biomedical Imagin

MEMC- Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

NAS- Nurse Activities Score

OE- Ordem dos Enfermeiros

PEE- Plano de Emergência Externo

PBCI- Precauções Básicas de controlo de Infecção

PSC- Pessoa em Situação Crítica

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAS- Safety Airlock System

SCQ- Superfície Corporal Queimada

SFETB- Sociedade Francesa para o Estudo e Tratamento da Queimadura

SNS- Sistema Nacional de Saúde

SUP- Serviço de Urgência Polivalente

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCICT- Unidade de Cuidados Intensivos Cardio-Torácica

UQ- Unidade de Queimados

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1. O CUIDADO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: DO ENQUADRAMENTO TEÓRICO À PRÁTICA CLÍNICA	5
1.1. O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA GRANDE QUEIMADA. UM PROCESSO DE QUALIDADE	6
1.2. A TEORIA DE CONFORTO DE KOLCABA NO CUIDADO DA PESSOA GRANDE QUEIMADA	9
CAPÍTULO 2. O PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADAS	12
2.1. CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIO-TORÁCICA	14
2.2. CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE	18
CAPÍTULO 3. UNIDADE DE QUEIMADOS –ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	23
3.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	24
3.2. A ABORDAGEM DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA GRANDE QUEIMADA NA UNIDADE DE QUEIMADOS	28
3.3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO-PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	32
CAPÍTULO 4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM INVESTIGAÇÃO	34
4.1. DA JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO	35

4.2. MARCO TEÓRICO-A GESTÃO DA DOR NA PESSOA GRANDE QUEIMADA	38
4.2.1. Dor. Conceito e características	38
4.2.2. Classificação da dor da pessoa queimada	41
4.2.3. Avaliação da dor	43
4.2.4. Estratégias no controlo da dor	45
4.2.5. O papel do enfermeiro na gestão da dor	49
4.3. PERCURSO METODOLÓGICO	50
4.3.1. Tipo de estudo	51
4.3.2. Caracterização do contexto e população do estudo	52
4.3.3. Participantes do estudo	52
4.3.4. Procedimento de colheita de dados	53
4.3.5. Procedimento de tratamento de dados	55
4.3.6. Considerações éticas	58
4.4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	58
4.4.1. Perfil sociodemográfico dos participantes	59
4.4.2. Áreas temáticas, categorias e subcategorias emergentes	62
4.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	76
4.6. SÍNTESE DO ESTUDO	84

CAPÍTULO 5. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NUMA UNIDADE DE QUEIMADOS 86

5.1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	87
5.1.1. Responsabilidade profissional ética e legal	88
5.1.2. Melhoria contínua da qualidade	92
5.1.3. Gestão dos cuidados	96
5.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	99

5.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA

PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	100
5.2.1. Cuida da pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	101
5.2.2. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou falência orgânica	106
5.2.3. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe da conceção à ação	107
CAPÍTULO 6 . CONCLUSÃO	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
ANEXOS	121
ANEXO I – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CONGRESSO	122
ANEXO II - DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA HOSPITALAR	124
APÊNDICES	126
APÊNDICE I – PROCEDIMENTO SOBRE-A gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica Queimada	127
APÊNDICE II- SESSÃO FORMATIVA -Abordagem à Pessoa em Situação Crítica Grande Queimada nas primeiras 48 horas numa UQ	137
APÊNDICE III- SESSÃO FORMATIVA -A Pessoa com queimadura grave e o Controlo da Infeção	147
APÊNDICE IV-PÓSTER-Qual a Intervenção do Enfermeiro Especialista na Terapia Nutricional da Pessoa Grande Queimada numa Unidade de Queimados	158
APÊNDICE V- DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS PRELIMINARES DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO EM EVENTO CIENTÍFICO	160
APÊNDICE VI – GUIÃO DA ENTREVISTA	162
APÊNDICE VII- MATRIZ DE REDUÇÃO DE DADOS	165
APÊNDICE VIII- CONSENTIMENTO INFORMADO	173

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Quartos de isolamento por cama de UQ por região de saúde	24
Quadro 2- Técnicas não farmacológicas no controlo da dor	48
Quadro 3- Caraterização sociodemográfica dos participantes	59
Quadro 4- Matriz de redução de dados	62
Quadro 5- Área Temática 1-Estratégias mobilizadas pelo enfermeiro na avaliação da dor na Pessoa Grande Queimada; temáticas, categorias, subcategorias e unidades de registo	64
Quadro 6- Área Temática 2-Intervenções realizadas pelos Enfermeiros no controlo da dor na Pessoa Grande Queimada; categorias, subcategorias e unidades de registo	67
Quadro 7- Área Temática 3- Dificuldades sentidas pelos Enfermeiros no controlo da dor da Pessoa Grande Queimada; categorias, subcategorias e unidades de registo	71
Quadro 8- Área Temática 4- Perceção dos Enfermeiros sobre as intervenções clínicas que maior dor provocam; categorias, subcategorias e unidades de registo	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Escala Visual Analógica	44
Figura 2- Behaviour Pain Scale	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Faixa etária dos participantes do estudo	60
Gráfico 2- Distribuição do género dos participantes do estudo	60
Gráfico 3- Formação académica dos participantes do estudo	60
Gráfico 4- Percentagem em relação ao tempo de experiência profissional dos participantes do estudo	61
Gráfico 5- Percentagem em relação ao tempo de exercício profissional dos participantes do estudo	62

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional (ENP) com Relatório Final, no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

O Estágio de Natureza Profissional foi desenvolvido com vista a assegurar a aquisição de Competências Comuns estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para os Enfermeiros Especialistas (Regulamento 140/2019), de Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica com enfoque à Pessoa em Situação Crítica (PSC) (Regulamento nº429/2018) e de Competências de Investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Neste sentido delineamos como objetivos gerais de estágio:

- Desenvolver Competências Comuns de Enfermeiro Especialista;
- Desenvolver Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de cuidados à Pessoa em Situação Crítica;
- Desenvolver Competências de Investigação em saúde.

De acordo com os Descritores de Dublin, é esperado que se adquiram competências académicas de compreensão, desenvolvimento e aplicação de novos e anteriores conhecimentos, que se desenvolvam capacidades de autoaprendizagem, comunicação e de tomada de decisões fundamentadas (Direção Geral do Ensino Superior [DGES], 2008).

Simultaneamente, a OE, 2018, espera que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica seja capaz de “cuidar da pessoa, família/cuidador que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica, de dinamizar a resposta a emergências, exceção e catástrofe e de maximizar a intervenção na prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a agentes Antimicrobianos (...) adequadas e em tempo útil” (Regulamento nº429/2018 de 16 de julho, p.19359).

Na interligação entra as competências do grau de Mestre, e de Enfermeiro Especialista, este curso visa que os enfermeiros se tornem peritos na área que promovem o aumento da qualidade dos cuidados de saúde com produção de conhecimento novo, o que conduzirá a que só “uma ponte entre a teoria e a prática” permitirá a “resolução de problemas” de Enfermagem (Ferrito et al., 2010, p.3). O nível de perito, identificado por Benner (2001), tem como fundamento o Modelo de Aquisição e Desenvolvimento de Competências de Dreyfus e implica que o enfermeiro adquira e desenvolva conhecimentos especializados sobre a problemática, experiencie situações reais e seja capaz de interligar

a teoria com a prática. Portanto, é espectável que a elaboração deste Relatório Final demonstre que a investigação, a implementação de estratégias e intervenções em contexto clínico tenham sido promotoras de uma prática fundamentada e baseada em evidência, sustentando o desenvolvimento de competências como Enfermeira perita na área da Pessoa em situação Crítica (Ferrito et al, 2010).

Este Relatório Final apresenta um relato analítico, reflexivo e fundamentado das atividades desenvolvidas em contexto real de trabalho, descreve o caminho de construção e consolidação de conhecimentos sobre as Competências de Enfermagem em torno da Pessoa em Situação Crítica, isto é, a pessoa “cuja vida está ameaçada por falência ou a iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018 pág.19362). Competências essas adquiridas nos estágios do 1º ano do curso, realizados na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiotóraca e Serviço de Urgência Polivalente, que culminou com o ENP, decorrido numa Unidade de Queimados de referência num Hospital da região norte, com uma carga horária total de 810 horas, correspondendo a 390 horas de contacto, que decorreu no período de 3 de outubro a 31 de março de 2022, onde se desenvolveram competências especializadas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com queimadura grave, isto é, à Pessoa Grande Queimada.

Entre as competências que a Enfermeira Especialista deve possuir, no âmbito da conceção de cuidados, enumera-se o tratamento da dor e a manutenção do bem-estar da Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A prática clínica dos cuidados continua a demonstrar que, embora se verifique uma tendência para melhorar, a avaliação da dor é um cuidado/intervenção por vezes ignorada, esquecida ou realizada de forma pouco fidedigna e precisa. Segundo Carvalho et al. (2019) “conceções inadequadas quanto à avaliação, registo e controle da dor, repercutem-se no prognóstico álgico e aceleram o óbito, devido ao aumento do estresse psicológico, diminuição do potencial de imunocompetência, redução da mobilidade, aumento do risco para desenvolver pneumonia e tromboembolismo, aumento do trabalho respiratório e elevação da necessidade de oxigénio pelo miocárdio” (p.85). A qualidade dos cuidados é seriamente comprometida por esta prática, na medida em que a eficaz prevenção e o tratamento da dor carece de uma avaliação segura e exata. Para a Pessoa Grande Queimada, refere Costa (2023) que “a dor e a ansiedade estão presentes durante toda as fases de cicatrização da queimadura, e o controle inadequado da dor, especialmente na fase aguda, pode ter maior desfecho negativo no paciente” (p.4). Avaliar um fenómeno complexo e subjetivo como é a dor não é evidente. Contudo, o conhecimento adquirido nesta área permite aos profissionais de

saúde o reconhecimento das dificuldades inerentes a esta atividade e oferece soluções viáveis para a sua resolução.

Desde 2003 que a avaliação da intensidade da dor como 5º sinal vital é recomendada pela Direção Geral da Saúde (DGS). Ainda, segundo a DGS “o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das unidades de saúde”, (p.4). Assim como o sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da dor em todas as suas vertentes. No âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação da pessoa, o bem-estar e o autocuidado. Considerando a sua proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para promover e intervir no controlo da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Para Latarjet (2012) a dor da pessoa queimada, tem uma intensidade excecional que impõe o uso dos opiáceos em altas doses. Uma variabilidade de indivíduo para indivíduo considerável, que complica a normalização dos tratamentos e uma persistência de longa duração, que só diminui após a cicatrização (Latarjet, 2012). A intensidade da dor varia, mas é tipicamente máxima em locais de perda cutânea, assim como em áreas dadoras de tecido. No caso de queimaduras profundas, a destruição inicial das terminações nervosas leva a uma insensibilidade local. Nessas áreas pode haver uma regeneração desordenada do tecido nervoso, o que irá predispor ao aparecimento da dor neuropática. Estima-se que 52% das pessoas vítimas de queimaduras apresentem cornificação da dor (Dauber et al. 2002).

Nesta perspetiva, assumindo a relevância e atualidade desta problemática, propusemo-nos realizar um estudo, primário, qualitativo sobre a gestão da dor da Pessoa em Situação Crítica Grande Queimada, com a intenção responder à seguinte pergunta de investigação: Qual a perspetiva dos Enfermeiros na gestão da dor na Pessoa Grande Queimada numa Unidade de Queimados da Região Norte?

Como objetivo geral definimos: Compreender a abordagem da equipa de Enfermagem na gestão da dor na Pessoa Grande Queimada numa Unidade de Queimados.

A pesquisa acerca desta temática, surgiu de forma a contribuir para a implementação de práticas clínicas cada vez mais adequadas, efetivas e eficazes na gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica Grande Queimada, de forma a minimizar as sequelas físicas,

psicológicas e sociais da dor crónica, o tempo de internamento hospitalar e o impacto na qualidade de vida dessas pessoas. Como fio condutor e base teórica para a elaboração deste relatório optou-se por escolher a teoria do conforto de Katharine Kolcaba, visto que das teorias estudadas, esta é a que melhor se adequa ao tema de investigação desenvolvido. Encontramos diariamente no centro do cuidado em Enfermagem, o conforto que enquanto fenómeno assume um papel relevante na prática dos cuidados, encontrando a sua maior relevância sob a perspetiva do desenvolvimento e conceitualização da teórica Katherine Kolcaba.

O presente relatório encontra-se estruturado em vários capítulos. Inicialmente aborda-se o cuidado da Pessoa em Situação Crítica do enquadramento teórico à prática clínica fazendo referência ao cuidado de Enfermagem à Pessoa Grande Queimada como processo de qualidade e à teoria de conforto de Kolcaba no cuidado à Pessoa Grande Queimada como referencial teórico. Em seguida, desenvolve-se o percurso realizado para o desenvolvimento das competências de enfermagem especializadas com uma reflexão crítica ao cuidado da PSC e família numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardio-Torácica e Serviço de Urgência Polivalente. Logo depois, abordaremos o Estágio de Natureza Profissional com a sua caracterização e diagnóstico de situação, no qual, será a base para o desenvolvimento de um estudo qualitativo de investigação todo ele narrado no capítulo de desenvolvimento de competências de investigação. Seguimos com um capítulo de desenvolvimento das Competências Especializadas em Enfermagem Médico-cirúrgica numa Unidade de Queimados. Terminamos com a conclusão.

CAPÍTULO 1.
O CUIDADO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: DO ENQUADRAMENTO
TEÓRICO À PRÁTICA CLÍNICA

1.1. O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA GRANDE QUEIMADA. UM PROCESSO DE QUALIDADE

Desde o início da Humanidade que o cuidar é fundamental para garantir a continuidade da vida (Collière, 1999). Segundo a mesma autora, cuidar “é apreender a ter em conta os dois “parceiros” dos cuidados: o que trata e o que é tratado [...]”, (pág.155). Já para Hesbeen (2001) a essência do cuidar, “é a relação interpessoal” que se estabelece entre a pessoa, que necessita “de ajuda, e de uma pessoa prestadora de cuidados que tem por missão ajudar [...]”, (pág.66). Podemos dizer que, o conceito de cuidar, atribui-se à atenção que se dá a uma pessoa e à sua família, que está a vivenciar uma situação particular. A sua integração nos cuidados de enfermagem permite a construção da identidade da nossa profissão e isso traduz-se na capacidade “[...] de ir ao encontro do outro e de dar sentido a esse encontro e, depois, de fazer caminho com ele” (Hesbeen, 2001, p.72). De acordo com Watson (2002) “cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e as suas competências” (p.55). O cuidar é o ideal moral da enfermagem, tendo como objetivo proteger e preservar a dignidade do ser humano. O cuidar tem variadas dimensões e está associado à sensibilidade, à compreensão e à ajuda. De acordo com Watson (2002), a preservação do cuidado é fundamental também para os sistemas de saúde, que são cada vez mais técnicos e despersonalizados.

Enquanto profissão e disciplina a enfermagem engloba também uma preocupação constante no cuidar da saúde das pessoas, no campo da segurança e gestão de risco. Nos últimos anos, a segurança da pessoa é o elemento central da qualidade dos cuidados de saúde, tanto para as pessoas doentes e familiares que desejam confiar nos cuidados que recebem, como para os profissionais de saúde que desejam prestar cuidados seguros, eficientes e com base na melhor evidência possível. O foco na segurança da pessoa doente envolve a procura constante por parte dos enfermeiros a melhoria no seu desempenho, na gestão ambiental da segurança e do risco, na promoção de um ambiente seguro que permita a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, segundo o que o Conselho Internacional dos Enfermeiros (2007) refere como algo “(...) essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem.” (p.67). A aprendizagem ao longo de vida aliado à prática clínica levam a mudanças, desenvolvem capacidades de inovação e criatividade nas vertentes humana e técnica, constroem conhecimentos e desenvolvem competências para dar resposta às diversas situações de cuidados, gerindo os riscos e maximizando a segurança da pessoa, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A qualidade, conceito amplo e abstrato, existe sempre em relação a algo mensurável e implica a existência de padrões. A Ordem dos Enfermeiros definiu então os padrões de qualidade em 2001, um contributo para garantir esta qualidade pode estar nas seis categorias definidas: satisfação das pessoas doentes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos enfermeiros, 2002). Relativamente à satisfação das pessoas doentes e na perspetiva do agir ético em enfermagem, respeitando os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (Regulamento do Exercício Profissional [REPE], 1996), destaca-se entre outros o respeito pela individualidade da pessoa, suas capacidades, crenças, valores e desejos. Na promoção da saúde, importa promover o potencial de saúde da pessoa doente através da otimização do trabalho adaptativa ao processo de vida, crescimento e desenvolvimento. Na prevenção de complicações, surge o rigor técnico e científico na implementação das intervenções de enfermagem e a responsabilização do enfermeiro pelas suas decisões e pelos atos que pratica e que delega (Ordem dos enfermeiros, 2002). Nos padrões de qualidade e relativamente ao que se refere ao bem-estar e ao autocuidado da pessoa doente, realça-se entre outros, a identificação, o mais rápido possível, dos problemas da pessoa doente, em relação aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar as intervenções (Ordem dos Enfermeiros, 2002). A continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem surge no contexto do desenvolvimento com a pessoa doente, de processos de readaptação eficazes aos problemas de saúde. Na organização dos cuidados de enfermagem, destaca-se a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros 2002).

Como tal existem indicadores sensíveis de qualidade (ISQ) que foram inicialmente encontrados em contexto das práticas de enfermagem, por Florence Nightingale, são um conjunto de aspetos, que de alguma forma modificam a qualidade dos cuidados e, por sua vez, a perceção e obtenção de saúde na vida das pessoas (Berça & Branco, 2020). De acordo com os mesmos autores “o uso, continuado, de indicadores de qualidade relacionados com a segurança do doente permitem identificar, corrigir e monitorizar desvios da componente cuidativa, em busca de melhor nível de desempenho na segurança” (p.3). Efetivamente, entre os indicadores de qualidade estão indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, pelo que o enfermeiro, tem o dever de realizar uma reflexão sistemática sobre as suas práticas de cuidados, procurando evidência científica de forma a manter a atualidade das suas intervenções (Berça & Branco, 2020).

A qualidade dos cuidados de saúde deve evidenciar então uma preocupação de todos, numa responsabilidade compartilhada especialmente do Enfermeiro Especialista (EE).

Pois ao EE exige-se a prestação de cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando especificamente, junto do cliente (indivíduo, família e grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui.

Atualmente e tal como já antes referimos, a Pessoa em Situação Crítica é aquela que apresenta falência ou a iminência de falência de funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e tratamento (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Neste sentido a Pessoa Grande Queimada é uma Pessoa em Situação Crítica. Podemos acrescentar que, tal como refere Broucker (2012), o doente “queimado grave é, num primeiro tempo, essencialmente um doente de reanimação com dores e ansioso, em estado de hipovolémia, hipóxia e hipotermia “(p.82). Passando por uma “fase de evolução crítica, que compromete o prognóstico vital a curto e médio prazo” (Bertin- Maghit & Magnin, 2012, p.89). Como tal, este tipo de PSC são pessoas doentes complexas, necessitam de cuidados de enfermagem especializados e diferenciados “altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19362). Sendo assim, o enfermeiro desempenha um papel importantíssimo na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica Grande Queimada, pois mobiliza conhecimentos científicos, técnicos e pessoais, nos quais, “exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” correspondendo adequadamente e de forma holística (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O EE, do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da PSC, é considerado como um “elemento-chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.3), o mesmo é dizer, elemento-chave na resposta à necessidade de cuidados seguros à Pessoa Grande Queimada.

Neste sentido, importa apresentar de seguida uma abordagem à Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, cujos princípios servem de base para a prestação de cuidados abordados e à definição de um dos conceitos centrais da área temática desenvolvida, a dor.

1.2. A TEORIA DE CONFORTO DE KOLCABA NO CUIDADO DA PESSOA GRANDE QUEIMADA

A conceção coesa do conhecimento teórico em enfermagem é a pedra basilar para o alvo dos cuidados, constituindo uma ferramenta major para o raciocínio, pensamento crítico e tomada de decisão dos enfermeiros. Os modelos orientam e ajudam a apoiar as intervenções e decisões dos enfermeiros nos cuidados prestados ao cliente/família/comunidade e servem de guia de orientação na área da formação e investigação (Kérouac et al., 1996).

Como fio condutor e base teórica para a elaboração deste relatório optou-se por escolher a teoria do conforto de Katharine Kolcaba, visto que das teorias estudadas, esta é a que consideramos ser a que melhor se adequa ao desenvolvimento de cuidados à Pessoa Grande Queimada, assim como à problemática de investigação desenvolvida, a gestão da dor em contextos do cuidar em Unidades de Queimados. Vemos diariamente o conforto no centro do cuidado em enfermagem, que enquanto fenómeno assume um papel relevante na prática dos cuidados, encontrando a sua maior relevância sob a perspetiva do desenvolvimento e conceitualização da teórica Katherine Kolcaba.

Os profissionais de saúde deparam-se diariamente com pessoas com necessidades de cuidados de saúde. Kolcaba define “necessidades de cuidados de saúde provocadoras de tensão, que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais” (Tomey & Alligood, 2004, p.484). De acordo com a mesma teórica, estas necessidades podem ser físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais. Será função do enfermeiro proporcionar medidas de conforto através de intervenções de enfermagem, sendo que “(...) a responsabilidade de uma enfermeira não acaba com o cuidado físico” (Tomey & Alligood, 2004, p. 483). Os mesmos autores apresentam os princípios orientadores, principais conceitos, conceitos meta paradigmáticos, pressupostos e postulados da teoria do conforto de Katharine Kolkaba que descrevemos de seguida:

Princípios orientadores:

- Conforto é próprio de uma condição;
- O resultado do conforto é sensível à mudança ao longo dos anos;
- Qualquer intervenção de enfermagem holística consistentemente aplicada e eficaz, melhora o conforto ao longo do tempo;
- O conforto total é superior que a soma das partes.

Principais conceitos:

- Necessidades de cuidados de saúde;
- Conforto;
- Medidas de conforto;
- Comportamentos de procura de saúde (HBS);
- Variáveis intervenientes;
- Integridade institucional .

Conceitos meta paradigmáticos

- Enfermagem: Apreciação intencional das necessidades de conforto, proposição das medidas de conforto para abordar essas necessidades para avaliar a reapreciação dos níveis de conforto após a implementação.
- Doente: É quem usufrui os cuidados podendo ser os indivíduos, a família, instituições ou comunidades que precisam de cuidados.
- Ambiente: É qualquer aspeto da pessoa doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pela (s) enfermeira (s) para melhorar o conforto.
- Saúde: É um funcionamento ótimo consoante definido pelo doente, família ou comunidade.

Pressupostos:

- Os seres humanos têm respostas holísticas aos estímulos complexos.
- O conforto é o resultado holístico almejado relativamente à disciplina de enfermagem.
- Os seres humanos esforçam-se por satisfazer as suas necessidades básicas de conforto para que as satisfaçam.
- O conforto melhorado incentiva os doentes para empreender HBS.
- Os doentes a quem são concedidos poderes para assumirem proactivamente HBS, estão satisfeitos com os seus cuidados de saúde.
- A integridade institucional, baseia-se num sistema de valores orientado para os recetores de cuidados.

Postulados:

- As enfermeiras identificam necessidades de conforto não satisfeitas dos seus doentes, proporcionam medidas de conforto para abordar essas necessidades e almejam melhorar o conforto. Essas intervenções levam a um resultado imediato pressuposto.
- O conforto melhorado está diretamente e positivamente relacionado com os HBS. Resultado posterior pressuposto.
- Quando as pessoas têm o apoio necessário para se comprometerem com os HBS, tal como a sua reabilitação e recuperação, a sua integridade institucional também é melhorada.

Consideramos que o conceito “conforto” apresenta um elevado interesse e potencial para a enfermagem, na nossa perspetiva, como um resultado (mais) sensível à intervenção do enfermeiro, pelo caráter mais imediato da experiência e pela conotação de valorização da ajuda fortalecedora implícita. No entanto, não restam dúvidas que conforto é um foco de enfermagem, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (ICN, 2018) conforto define-se como a sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal. Pelo que o enfermeiro, na sua prática clínica deverá ter permanentemente como objetivo de cuidados o identificar quais as necessidades de conforto do doente nomeadamente na identificação precoce dos sintomas e necessidades e no planeamento e implementação de intervenções de alívio dos mesmos.

As intervenções de enfermagem promotoras de conforto a nível físico, preconizadas pela Teoria de Conforto de Kolcaba, incluem a satisfação das necessidades humanas básicas, os cuidados com a integridade da pele e o contacto físico. A dor é, neste prisma, considerada o sintoma mais significativo para ausência de conforto físico (Ponte & Da Silva, 2015). A pessoa que experimente uma sensação de dor, como o caso da Pessoa Grande Queimada, não está confortável, pelo que, o controlo eficaz da dor é um dever do profissional de saúde, um direito dos doentes e um passo para a efetiva humanização dos cuidados (DGS,2003).

Pelo exposto, espera-se que o EE seja um profissional reflexivo capaz de mobilizar saberes e conhecimentos, alicerçados na experiência e em teóricas de enfermagem para que a sua intervenção seja holística e com elevado nível de qualidade. Na prestação de cuidados de enfermagem à PSC, o EE deve deter competências especializadas na promoção do conforto através da gestão diferenciada do bem-estar da pessoa, otimizando as respostas.

**PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE
ENFERMAGEM ESPECIALIZADAS**

CAPÍTULO 2- O

O percurso de construção de competências iniciou-se no primeiro ano do curso de Mestrado na Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica com a realização de dois estágios: estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica em Cuidados Intensivos e Intermédios e estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica I - Urgência e Emergência. O primeiro estágio realizamos na área dos Cuidados Intensivos Cárdio-Torácica. Neste primeiro estágio foi possível adquirir e desenvolver competências comuns e específicas do EE na abordagem à Pessoa/família em Situação Crítica submetida a cirurgia cardíaca e torácica. Embora tenhamos um percurso profissional de 20 anos, como enfermeira generalista num Serviço de Medicina Intensiva Polivalente, a Unidade de Cuidados Intensivos Cardio-Torácica (UCICT) foi escolhida por ser um serviço de referência a nível nacional e, por isso, uma oportunidade para crescimento e diferenciação profissional. O segundo estágio, realizou-se num Serviço de Urgência Polivalente (SUP) de um Hospital distrital central com o máximo de complexidade a vários níveis, o qual foi fundamental para desenvolver capacidades e competências nas várias vertentes do cuidado à Pessoa em Situação Urgente e Emergente e sua família. Após estes estágios, o percurso académico, culminou com a realização do Estágio de Natureza Profissional, foco central deste relatório. De seguida apresentamos, de forma resumida, os contributos dos estágios precursores do ENP supramencionados.

2.1. CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIO-TORÁCICA

O processo de construção de competências especializadas de enfermagem iniciamos então na UCICT. O Serviço de Cirurgia Cardio-Torácica enquadra-se na Unidade de Gestão Integrada de Cirurgia. É um serviço diferenciado para a prestação de cuidados cirúrgicos na patologia do mediastino e tórax. As unidades de cuidados Intensivos (UCI) caracterizam-se por serem unidades constituídas e estruturadas para o atendimento do doente em estado crítico e do seu familiar (Garcia & Torres, 2017). A mesma constitui-se por um espaço físico amplo em forma de “open space”, onde estão em funcionamento oito unidades, duas em quartos de isolamento e três unidades no mesmo espaço formam uma unidade intermédia essencialmente para receberem doentes submetidos a cirurgia pulmonar. Todas elas totalmente equipadas com torres de seringas elétricas, material para monitorização, telemetria e ventiladores aptas para receberem a PSC. Estas pessoas doentes estão em situação crítica, com alterações das funções vitais, necessitam de cuidados diferenciados e especializados permanentemente. Ou seja, cada vez mais são exigidos enfermeiros com conhecimentos elevados e competências específicas e especializadas que trabalhem com critérios de coordenação e prioridade face à PSC,

nomeadamente à pessoa submetida à cirurgia Cardio-Torácica e, que para além de cuidarem da pessoa doente e os seus focos de instabilidade, devem controlar o ambiente e manusear corretamente o equipamento da unidade (Gonzalez et al., 2004).

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) designadas pela Ordem dos Enfermeiros, tal como refere o seu Regulamento de Competências nº140/2019, são, a: responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, as quais foram desenvolvidas durante o estágio.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal no âmbito dos deveres específicos do EE, contempla a vertente do desenvolvimento de uma prática profissional consciente, ética e legal, na área de especialidade, assim como a garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Podemos dizer que, o infringir o direito do outro, levou-nos à realização da tomada de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas. A liberdade da tomada de decisão dos profissionais sobre o cuidado à pessoa doente deve em si ser garantia da própria liberdade individual dessa pessoa. A garantia da execução destas premissas foi reflexo em toda a atividade ao longo do estágio. O princípio de beneficência descreve a obrigação moral de atuar em benefício dos outros, de ajudar os outros a promover os seus importantes e legítimos interesses, a procura do bem-fazer (Beauchamp & Childress, 1994). Simplificando e aplicando aos cuidados desenvolvidos em contextos de situação emergente, a pessoa doente deve receber o maior benefício possível como ato e consequência da melhor qualidade dos cuidados prestados. Isto é, não é o facto de um cuidado ser urgente/emergente que são prestados cuidados de menor qualidade em detrimento do rápido acesso. Por exemplo, no decorrer da prestação de cuidados, a emergência de uma esternotomia nunca foi motivo para não respeitar a assepsia da técnica. No princípio da não maleficência, este de uma forma simplista, obriga a não fazer mal, a não provocar dano de modo intencional. Portanto, à priori, este princípio parece mais vinculativo do que o anterior, parecendo de certo modo evidente que não fazer mal a alguém é prioritário e mais importante do que promover um determinado bem, todavia a realidade é bem diferente. Verificámos que a articulação destes dois princípios é frequentemente difícil, havendo necessidade de uma análise cuidadosa de cada situação. Neste sentido, sempre que considerámos que não conseguimos prestar um determinado cuidado com segurança e qualidade necessária, solicitávamos a colaboração de outro elemento da equipa, capaz de o fazer, respeitando assim estes dois princípios. Exemplo disso foi a prestação de cuidados a uma PSC com um balão Intra aórtico, em que solicitei a realização deste cuidado com a colaboração de o meu tutor de estágio. No princípio da

autonomia, como o próprio nome indica, refere-se à autorregulação da pessoa humana, ao respeito pelas escolhas e decisões verdadeiramente livres, isto é, conscientes e sem qualquer espécie de coação. A pessoa deve ser capaz de compreender os fatores em jogo para poder decidir em liberdade. Os profissionais de saúde devem respeitar a autonomia dos indivíduos. Na prática este princípio encontra-se, essencialmente, na base da necessidade de um consentimento informado para a pessoa doente que seria submetido a uma cirurgia programada cardíaca ou torácica necessitando da assinatura do documento consentimento informado, livre e esclarecido pela pessoa doente ou pela família que muitas vezes se entravam na unidade para uma preparação pré-operatória, salvo nas situações em que o doente estava inconsciente. Durante o estágio, assistimos à morte de pessoas, onde nos confrontamos com o cuidar face à morte, emergiu neste contexto, o conceito de morte digna que é utilizado pela equipa para diminuir o impacto e a conotação negativa sobre a prática diária (Coenen, 2010). Isto é, quando não existe solução que possa evitar a morte do doente é fundamental proporcionar-lhe uma morte com dignidade (Kovács, 2014). Neste sentido as intervenções que realizamos foram ao encontro do alívio da dor, proporcionamos o máximo conforto possível à pessoa doente e família e tornamos possível a presença de um guia espiritual e da família todo o tempo que desejou durante este processo. Assim existiu uma participação no acompanhamento do processo de luto da família, promoveu a interação/comunicação, proporcionou apoio e ambiente adequado para cuidar do corpo [postmortem] (Sampaio, 2015). Pelo descrito, estamos convictas que se garantiu práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e a responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Todavia, deveremos realçar na melhoria da qualidade como um dos domínios de CCEE. O EE deve ser um elemento sensibilizador e dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. Deverá desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua de forma garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019). Neste âmbito, em colaboração com outra colega do curso a estagiar no mesmo serviço, foi desenvolvido um guia orientador na prevenção da úlcera de pressão cuidados e materiais a aplicar, dando resposta a uma das necessidades identificadas no diagnóstico de situação.

Na Gestão de Cuidados, a OE inclui duas competências relacionadas com a gestão dos cuidados de enfermagem e otimização das respostas, assim como a liderança e gestão dos recursos adequando-os às situações e aos contextos (Regulamento nº 140/2019). Na hierarquia organizacional da UCICT encontra-se primeiro a enfermeira gestora, chefe da equipa de enfermagem seguida pelo coordenador. A enfermeira chefe tem como principal função, entre outras, gerir a interação de todos os profissionais que trabalham na unidade

em prol da pessoa doente. Por sua vez o coordenador de enfermagem organiza o plano de cuidados de acordo com a carga de trabalho e necessidades, colabora na organização e gestão da unidade, procurando estabelecer a estrutura funcional da unidade através do uso racional de recursos humanos, de medicamentos e materiais para cobrir corretamente as necessidades do serviço assim como supervisiona e controla o bom funcionamento dos equipamentos dentro da unidade. A este nível funcional tivemos oportunidade de acompanhar o coordenador de equipa participando na gestão de materiais e fármacos e no armazenamento dos mesmos, verificamos os carros de emergência e esternotomia de emergência. Esta experiência possibilitou-nos o desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados, que são as seguintes: gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. Permitiu-nos também ter a perceção e refletir com o coordenador de equipa sobre as dotações seguras. Na UCI as dotações seguras correspondem ao rácio de um enfermeiro por pessoa doente nível III (nível máximo de complexidade), pois segundo o regulamento que determina o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem neste tipo de unidades, refere que os enfermeiros têm de ser capazes de assegurar, os cuidados integrais a esta tipologia de pessoas doentes (Ordem dos Enfermeiros, 2019^a). No entanto, tivemos a perceção que tal nem sempre se verifica, em que o rácio vigente é de um enfermeiro para duas pessoas doentes de nível III e um enfermeiro para três doentes de nível II. As dotações seguras dos cuidados de enfermagem é, assim, algo que deve ser mantida nas discussões da ordem do dia, com o intuito de acreditar que as qualidades dos cuidados se sustentam também nestas premissas.

Relativamente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC), a conceção de cuidados de enfermagem à Pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma organizada e sistematizada de dados, com o intuito de conhecer continuamente e detalhadamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho). Neste sentido, com base nas Competências Específicas do EEEMCPSC apresentamos sumariamente as principais experiências vivenciadas e as competências desenvolvidas.

No âmbito do cuidado da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, durante o estágio desenvolvemos competências no cuidar a PSC especificamente a pessoa que necessita de técnicas de substituição renal. A

PSC em falência renal agudizada necessita de cuidados de enfermagem específicos com protocolos terapêuticos complexos que exigem aos enfermeiros conhecimentos e competências especializados. Assim, mobilizamos conhecimentos baseados na melhor evidência científica capaz de sustentar e garantir uma intervenção segura a níveis da monitorização e avaliação adequada através de uma vigilância apertada destas pessoas doentes pois existem complicações relacionadas como hemorragia, infeção, depleção de volume, extravasamento de sangue, diminuição da ultrafiltração, coagulação do filtro, perturbações eletrolíticas e embolia gasosa que têm de ser diagnosticadas precocemente e resolvidas imediatamente. Assim, desenvolvemos competências na prevenção de complicações, reconhecendo a complexidade das situações vivenciadas pela pessoa tal como preconiza a Ordem dos Enfermeiros.

No decorrer deste período de estágio clínico foram vivenciadas situações que contribuíram para reforçar as técnicas de comunicação assertiva. O processo comunicativo entre a equipa de enfermagem são de suma importância para a promoção de um ambiente positivo com reflexo nos ganhos em saúde para as pessoas doentes (Reis, 2012). A comunicação é um fator dominante na área da saúde, especialmente no processo terapêutico. Evidentemente que deve ser considerada pelos profissionais de saúde como uma ferramenta básica para o cuidar da PSC, enquanto deve estar implícita em todas as intervenções realizadas, não só com o intuito de informar, mas também de confortar, apoiar ou suprir as necessidades básicas do doente (Ramos & Bortagarai, 2012). Ou seja, podemos dizer que, esta ferramenta é especialmente relevante para a prestação de cuidados de excelência, pois é através das competências de comunicação desenvolvidas que estabeleceu uma dinâmica no fluxo de comunicação entre a equipa da UCICT a PSC e a família. Nos quais as informações prestadas à família sobre o estado de saúde, procedimentos realizados e cirurgias submetidas devem ser consideradas prioritárias e fazem parte integrante dos cuidados de saúde de qualidade (Millán, 2009). Assim, consideramos ter desenvolvido competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto. Portanto, foi possível um cuidado real consciente e estabelecendo relações terapêuticas eficazes com a pessoa e família alvo dos seus cuidados. Realizámos, também, admissão de PSC na UCICT prestando apoio na entubação endotraqueal e via aérea difícil, na conexão ao ventilador e colaboração na gestão da ventilação invasiva para a extubação no pós-cirúrgico linear sem complicações. Colaborámos na introdução de linhas arteriais para avaliação invasiva de pressão arterial, colocação de cateteres centrais para início de perfusões. Colaboração na introdução de cânulas para a circulação extracorporeal e sua monitorização e vigilância. Colaboração na vigilância das drenagens e monitorização de drenos pleurais e

mediastínicos e a identificação dos eventuais sinais de tamponamento cardíaco. Desta forma, realizamos monitorização, identificação precoce de complicações, intervenções técnicas de alta complexidade, administração de protocolos terapêuticos complexos, em resposta às necessidades identificadas, decorrentes de processos médicos e cirúrgicos complexos, desenvolvendo e consolidando competências na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

As infeções nosocomiais e infeções por procedimentos médicos ainda têm alta incidência em UCI's tornando-se um dos problemas mais prioritários a nível hospitalar, associados a elevada mortalidade e morbilidade em doentes críticos associados a um aumento do tempo médio de internamento e dos custos hospitalares. A título de exemplo, na UCICT onde realizamos o referido estágio, verificou-se um aumento substancial de endocardites associadas às próteses valvulares de origem porcina durante o último ano sem causa específica ainda identificada. Ter conhecimentos específicos em prevenção, intervenção e controlo de infeção sólidos é fundamental para a minimização do problema. A primeira medida para evitar infeções nosocomiais associadas aos dispositivos é a sua remoção assim que não for necessário. Em segundo, temos de aplicar rigorosamente as medidas habituais relativas à higienização das mãos e à assepsia na colocação e manipulação de dispositivos invasivos. As medidas preventivas são aplicadas geralmente segundo feixes de intervenção que incluem recomendações universais para assepsia e recomendações específicas cuja evidência consiste nas medidas básicas para prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde. Desta forma, sempre que realizámos a colocação e manuseamento de dispositivos como cateteres vesicais, sondas nasogástricas, cateteres venosos, na aspiração de secreções pelo tubo orotraqueal e na substituição de pensos dos cateteres venosos centrais foram aplicadas as medidas recomendadas demonstrando assim conhecimentos e agindo sobre os planos de prevenção, intervenção e controlo de infeção. Com a necessidade imperiosa de os implementar para assim salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.

2.2. CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE

Na continuação do percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, o segundo estágio clínico do primeiro ano, realizou-se num Serviço de Urgência Polivalente (SUP), o qual se caracteriza por ter o nível mais

diferenciado de resposta a situações de urgência/emergência, estando este inserido num hospital central. É um serviço aberto 24 horas, com quase todas as especialidades médicas e atende uma média de 500 utentes por dia. A PSC é um foco de preocupação, uma vez que sofre de condições de risco de vida ou corre o risco de desenvolvê-las, por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Inicialmente, o primeiro contato destas pessoas doentes com os serviços de saúde é realizado através dos serviços de urgência, pelo que representam um papel relevante tanto no processo de diagnóstico como no processo de tratamento (Healy et al., 2016).

Na responsabilidade profissional, ética e legal, as nossas principais preocupações e a nossa conduta pautaram-se pelo respeito à informação ao doente, ao acompanhamento em fim-de-vida e à responsabilidade profissional em intervenções interdependentes. As situações éticas com maior frequência no SU foram as da decisão da pessoa (consentimento/recusa de proposta terapêutica), dilemas na informação, atuação perante os processos de morte, decisão de não reanimar e respeito pelos direitos humanos em situações adversas. O estágio permitiu-nos a experiência de realizar várias tomadas de decisão éticas, promovendo a discussão e reflexão com a enfermeira tutora e restantes elementos da equipa. A sobrelotação dos serviços de urgência é algo que nos fez, e continua a fazer, refletir no campo da ética e dos direitos dos utentes. Os períodos de sobrelotação nos serviços de urgência estão associados a efeitos nefastos quer para os profissionais, quer para as pessoas doentes. Verificámos que muitas delas, devido ao longo período de espera, assinavam o contra parecer médico e abandonavam o SU, sem receberem os cuidados de saúde que teriam direito. O SU está frequentemente sobrelotado, por vezes com macas a distarem poucos centímetros entre elas, o que leva a situações de grave quebra de privacidade e confidencialidade. Esta situação provocou-nos alguma apreensão e desconforto na prestação de cuidados. Por vezes houve necessidade de desenvolver estratégias alternativas para a prestação de cuidados com respeito pela dignidade da pessoa doente, levando a que tenhamos recorrido várias vezes à deslocação desses pessoas para zonas de maior privacidade. Outro aspeto que levou a reflexão foi o consentimento informado para atos cirúrgicos sobretudo na área cirúrgica. A OE declara que é dever do enfermeiro respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (Lei nº 156/2015, de 16 de setembro). Mas o conceito de consentimento informado assenta em três dimensões: informação, liberdade e esclarecimento e contém duas noções que são indissociáveis: compreensão e autonomia (DGS, 2015b). Perante a pessoa que vai ser submetida a cirurgia é fundamental a confirmação da existência de assinatura e compreensão do consentimento informado de atos médicos e de atos anestésicos. Observámos por vezes situações em que as

dimensões informado e esclarecido não eram totalmente preenchidas e subsistiam nas pessoas dúvidas relativamente ao procedimento cirúrgico a que iriam ser submetidas. Não havendo total preenchimento das dimensões informado e esclarecido, é até questionável se a dimensão livre poderá ser considerada preenchida.

Na Gestão de Cuidados, a OE inclui duas competências relacionadas com a gestão dos cuidados de enfermagem e otimização das respostas, assim como a liderança e gestão dos recursos adequando-os às situações e aos contextos (Regulamento nº 140/2019, de 6 de Fevereiro). Durante o estágio pudemos constatar através da observação dos enfermeiros chefes e dos enfermeiros coordenadores que este é frequentemente um trabalho árduo, stressante e desgastante. É necessário garantir dotações adequadas, gerir recursos materiais, enquanto têm de assegurar que os enfermeiros se mantêm envolvidos através de um ambiente de trabalho positivo e saudável. No SU a gestão é realizada pelo enfermeiro chefe. Existe igualmente em todos os turnos um enfermeiro coordenador de turno. Este desenvolve tarefas como a gestão dos elementos da equipa, gestão dos transportes dos doentes, controlo dos estupefacientes de todas as áreas do SU, reposição de níveis de medicação de todas as áreas do SU, gestão de conflitos e interação com outros serviços prestadores de cuidados no que diz respeito a empréstimos de material.

Na Melhoria da Qualidade, o EE deve ser um elemento sensibilizador e dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica com o desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua de forma garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019, de 6 de Fevereiro). A formação em serviço atua como um dos principais vetores para o aprofundamento e desenvolvimento de competências que resultam da resolução de problemas que decorrem dos contextos ou situações de trabalho na produção de novos conhecimentos em enfermagem (Relvas, 2018). Nesta ótica de partilha de experiências com base no diagnóstico de necessidades, surgiu a temática VNI -ventilação não invasiva, como uma área de formação a aprofundar. Como tal, realizámos uma sessão formativa à equipa de enfermagem o que nos permitiu desenvolver competências na área da formação em serviço.

Relativamente às Competências Específicas considerando a complexidade das situações de saúde e dos contextos de prestação de cuidados, pretende-se que o EEEMCPSC mobilize conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho). No âmbito do cuidado da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica o estágio no SU, apesar de extremamente desafiante, veio a revelar-se riquíssimo

em termos de aprendizagem e crescimento pessoal. De forma resumida, na Sala de Emergência tivemos oportunidade de cuidar de pessoas vítimas de: acidente vascular cerebral (AVC) com aplicação de protocolo de Via Verde de AVC em muitos casos; trauma (acidentes de viação, queda, atropelamento), onde pudemos realizar técnicas de imobilização de politraumatizados, gestão da dor e acompanhamento/transporte do doente instável; dor torácica e palpitações, com aplicação de protocolo via verde coronária num caso, colaboração na técnica de cardioversão noutra, paragem respiratória e dispneia grave, tendo oportunidade de colaborar na colocação de ventilação invasiva e não invasiva; Alterações do estado de consciência, intoxicação, queimadura, choque séptico, pré-afogamento, epistaxes grave, entre outros. A prestação de cuidados, nestas situações, foi realizada de forma individual, fundamentada por uma avaliação inicial rápida baseada essencialmente em evidências fisiológicas e queixas da pessoa doente. Para isso, a abordagem sistemática ABCDE (Airway/via aérea; Breathing/ventilação; Circulation/circulação; Disability/disfunção neurológica; Exposure/exposição) para avaliação da pessoa doente revela-se de extrema importância. Este era o método utilizado para abordagem da pessoa doente e também para realização dos registos na Sala de Emergência, tendo facilitado a rápida avaliação, intervenção e realização de registos completos e sistematizados. A capacidade de avaliação e decisão rápida são características que se desenvolvem com base no conhecimento científico, mas também fruto da experiência acumulada. Portanto consideramos que durante o estágio no SU fomos gradualmente aprimorando estas competências, tendo aumentado significativamente a capacidade de identificação rápida de focos de instabilidade e responder aos mesmos de forma pronta e antecipatória (Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho).

Relativamente à dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e de acordo com o Regulamento nº 429/2018 de 16 de Julho, o EEEMCPSC atua perante uma emergência, exceção ou catástrofe concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, não descurando a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime. A prestação de cuidados num serviço de urgência implica a obrigatoriedade de estar preparado para a possibilidade de intervir numa situação de exceção. Durante o Estágio realizado no SU senti a necessidade de aprofundar conhecimentos acerca do Plano de Emergência Externos (PEE) em vigor na instituição. O PEE prevê a reorganização do SU e de outros serviços do hospital de acordo com as necessidades inerentes a três níveis de catástrofe. No documento é também definida a forma como é feita a triagem das vítimas de catástrofe, remetendo para a utilização da metodologia Simple Triage and Rapid Treatment .

Por último, mas não menos importante, competência específica do EEEMCPSC relaciona-se com a prevenção e controlo da infeção. Espera-se que o EE, considerando o risco de infeção, a complexidade das situações e a diferenciação dos cuidados exigidos, consiga em tempo útil responder eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos (Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho). Nos nossos dias a oferta de cuidados de saúde continua a não ser isenta de riscos para a pessoa doente e as infeções relacionadas com os cuidados prestados continuam a ser um problema. As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem um dos eventos adversos mais frequentes na prestação de cuidados e um importante problema de saúde pública com impacto na morbilidade, mortalidade e qualidade de vida (Cassini et al., 2016). O SU pelas suas características, pelo número e tipologia de doentes e pela necessidade de prestação de cuidados de forma rápida, torna a prevenção da infeção um desafio cabal. No SU, devido a várias condicionantes já referidas, torna-se difícil fazer um trabalho mais eficaz neste sentido. Notámos que os vários EEEMCPSC têm uma atitude proactiva e de liderança no sentido da execução de procedimentos de prevenção, nomeadamente gestão da alocação de doentes, isolamentos e educação dos restantes profissionais, nos quais participámos. Um dos exemplos destes procedimentos é aquando da identificação de um multirresistente num doente, este ser mobilizado ou para o quarto de isolamento na área laranja quando o mesmo está disponível, ou para uma unidade de cuidados estrategicamente mais afastados das restantes pessoas doentes ou no canto da área onde há menos passagem possível. Desta forma, pessoas doentes que representem um risco acrescido de transmissão cruzada são colocadas num local que minimiza esse risco, como quarto individual ou local afastado das zonas de maior circulação (DGS, 2013b). Também na SE a colocação de equipamento de proteção individual, mesmo em emergências com quatro boxes cheias, era uma preocupação constante na equipa de enfermagem embora na equipa médica não se verificava como prioridade rapidamente eram chamados ao bom senso. Estas experiências em contexto, permitiram-nos maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC.

Em síntese, a nossa experiência profissional, e os contributos destes estágios, foram sem dúvida determinantes no percurso do desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

CAPÍTULO 3-
UNIDADE DE QUEIMADOS –ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Neste capítulo apresentaremos uma caracterização do contexto de estágio realizado no segundo ano do curso, uma contextualização da abordagem à PSC Grande Queimada e um diagnóstico da situação do serviço.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O Estágio de Natureza Profissional (ENP) foi realizado numa Unidade de Queimados (UQ), num Hospital do norte de Portugal. Esta unidade integra um dos quatro centros de referência para queimados graves a nível nacional existentes, nomeadamente: o Centro Hospitalar de São João, EPE, o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, o Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. Segundo o Diário da República nº 208 de 2017, estas “4 unidades de queimados, têm um total de 22 camas, perfazendo 1 cama por 285.390 habitantes, constatando-se assim um rácio relativamente inferior à média europeia que é de 1 cama por 225.700 habitantes” (p.24429), como especificado no quadro 1. A área de abrangência preferencial desta unidade corresponde a toda a região norte, mas quando as outras unidades do país fecham para desinfeção e limpeza distribuem os seus doentes pelas restantes unidades de queimados. A criança vítima de queimadura pediátrica apenas é internada nesta unidade se a Unidades de Queimados Pediátrico estiver lotada, visto que só “existe atualmente no país uma única Unidade de Queimados Pediátrica Hospital de Dona Estefânia” (Diário da república, 2017, p.24429).

Quadro 1- Quartos de isolamento por cama de Unidade de Queimados por Região de Saúde

ARS	UNIDADE DE QUEIMADOS	Nº DE CAMAS DE CUIDADOS INTENSIVOS	Nº DE QUARTOS DE ISOLAMENTO	% DE QUARTOS DE ISOLAMENTO POR CAMA DE UCI
CENTRO	1	5	1	20,0%
LISBOA E VALE DO TEJO	2	12	4	33,3%
NORTE	1	5	5	100,0%
PORTUGAL CONTINENTAL	4	22	10	45,5%

Nota: Fonte: Avaliação nacional da situação das unidades de cuidados intensivos- Diário da república nº59,2ª série, de 25 de março de 2013

A UQ representa uma área hospitalar altamente especializada e complexa é uma unidade de nível III, ou seja, , “são Unidades de cuidados intensivos que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por um intensivista, em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de

monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos“ (Diário da República, nº59 2ª série de 25 de março de 2013, p.58), com uma “taxa de ocupação de 80,8%” (Diário da república,nº59 2ªsérie de 25 de março de 2013, p.203).

Esta UQ é composta por várias áreas distintas, relacionadas entre si: unidade de Internamento com 5 quartos de isolamento de pressão positiva com fluxo laminar equipados com ventiladores, torres de seringas elétricas e monitores preparados para cuidados intensivos nível III, (só existe um quarto de pressão negativa no centro do país) um Bloco Operatório com equipamento cirúrgico e de anestesia, e uma Sala de Balneoterapia para tratamento das queimaduras que corresponde à caracterização segundo as recomendações técnicas para Unidades de Queimados (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019). Estruturalmente encontra-se então dividida em várias áreas diferentes:

Admissão: área delimitada à entrada (e saída) da pessoa queimada na unidade faz-se por uma antecâmara SAS (safety airlock system), pois a Unidade de Queimados deverá ser fisicamente resguardada e manter pressão positiva em relação ao exterior (ACSS,2019), para isso existe uma antecâmara, com portas sem abertura simultânea, de encravamento automático, para o interior e para o exterior da zona restrita de prestação de cuidados e por onde também entram os equipamentos e materiais devidamente embalados. A pessoa queimada chega já com diagnóstico e exames radiológicos realizados, mas é neste espaço que se faz a transferência da pessoa queimada da maca de transporte para a maca (de banho) do serviço, todas as informações pertinentes para o internamento são transmitidas neste momento (sem papéis) daqui seguirá, em maca banheira em transporte interno para a balneoterapia e aí receberá os primeiros cuidados de limpeza e tratamento com a abordagem à pessoa em situação crítica com queimadura grave ou muito grave. Em seguida, na mesma maca banheira vai para o respetivo quarto, onde se faz a transferência para a cama do quarto de isolamento.

Área de internamento: esta área é restrita e somente os profissionais desta unidade podem ter acesso. Estruturalmente e fisicamente, possuem 5 quartos de isolamento, a ventilação destes espaços é de proteção da pessoa queimada. Todos os espaços individuais de prestação de cuidados são equipados com fluxo laminar vertical na zona do quarto, com pressão positiva, com fluxo de ar unidirecional em que o quarto tem uma pressão de 30 pascal e a antecâmara de 15 pascal, com uma temperatura de entre 26 a 30 graus celsius. Todos quartos de isolamento têm a possibilidade de cuidados intensivos,

com entradas de gás e ventilação mecânica e equipamento de monitorização contínua. A pessoa queimada permanecerá, durante a totalidade do tratamento, no mesmo espaço individual de prestação de cuidados. Cada espaço individual de prestação de cuidados é constituído pelo quarto propriamente dito, Instalação sanitária e antecâmara SAS. Na zona do quarto propriamente dito com uma área grande de 25 m², para prestação de cuidados, o acesso é fácil a todo o redor da pessoa queimada por uma equipa completa (anestesiologista, cirurgião plástico, enfermeiros num total de cinco profissionais). O espaço individual de prestação de cuidados permite manobras de transferência entre a cama (com utilização de grua própria) e a maca de transporte evitando que a cama saia do quarto. Se a cama sair do quarto por algum motivo terá de submeter-se a protocolos de limpeza e desinfecção. Os quartos são equipados com sistemas de apoio para equipamentos em bancada, suportes de parede ou braços telescópicos e um carro com todo o material de estéril para prestação de cuidados, a medicação é preparada na sala de enfermagem e levada para o quarto para todo o turno evitando entradas e saídas desnecessárias. Quando necessário prestar cuidados de hemodiálise no quarto estes são realizados por intermédio de máquinas portáteis sem necessidade de instalações de águas e de esgotos no local, para além do lavatório clínico existente no quarto. A saída de material do quarto contaminado é realizada para um corredor de sujos em que a saída de sacos (devidamente fechados e selados) do espaço individual de prestação de cuidados para esta circulação de sujos num corredor exterior é realizada, através de armário com duas portas de abertura não simultânea. O contacto visual entre a equipa de enfermagem e a pessoa queimada é realizada por um sistema de vídeo vigilância, sem gravação de imagem com uma central na sala de enfermagem. Todos os quartos de isolamento, no entanto, estão em contato com o corredor exterior por uma janela ampla com a possibilidade de se tornarem opacas, para proporcionar momentos de privacidade, com um sistema de intercomunicador para as famílias poderem falar com a pessoa queimada quando comunica. Em cada quarto existe um lavatório clínico junto à saída, assim como os lavatórios da instalação sanitária e da antecâmara com portas de correr na saída dos quartos.

Área de enfermagem da unidade: está localizada na região central da unidade com sistema de visualização centralizada por telemetria de cada quarto. Esta zona está destinada à vigilância e monitorização das pessoas queimadas, controlo da unidade e registo das atividades realizadas tanto no Bloco Operatório como na UQ relacionada com o processo da pessoa queimada. Permite a coordenação funcional da área. A permanência ou intermitência deste contacto visual dependerá do grau de cuidados a que a pessoa está sujeita. Neste espaço também inclui um espaço para preparação de medicação, com uma bancada para trabalho de enfermagem.

Balneoterapia: esta área está localizada ao lado do Bloco Operatório e comunica com a área de circulação restrita da UQ. Possui uma banheira com as características específicas que permitem a realização da higiene das pessoas queimadas, ventilador e toda a monitorização necessária para anestesia e sedação. A pessoa queimada chega já na maca de banho, maca banheira (transferência realizado no quarto). Neste espaço é possível a realização de tratamentos sob anestesia geral. A saída da balneoterapia é realizada para o corredor pela saída cirúrgica, partilhada com saída do BO. Com equipamento próprio para anestesia geral, ventilador, monitor e carro de emergência assim como material de apoio para a realização de entubação de via aérea difícil, reanimação, pensos cirúrgicos, fasciotomias de emergência.

Boco Operatório: A Sala de Operações é específica da UQ tem comunicação visual com a área de desinfecção e com o exterior. Próxima com o corredor dos esterilizados. O recobro da pessoa queimada é sempre feito já nos quartos de isolamento. A equipa de enfermagem e de assistentes operacionais é a mesma tanto para a Unidade de Queimados como para o Bloco Operatório.

Corredor de visitas: O corredor para visitas é exterior à área de prestação de cuidados, mas permite a visibilidade, se pretendida/consentida, através de um amplo vidro, tendo comunicação áudio com o interior dos quartos das pessoas queimadas cujas visitas presenciais são desaconselhadas. Esta visibilidade, e também o obscurecimento do quarto, é controlada pelo interior do espaço de cada quarto de isolamento. Eventualmente este corredor também é utilizado para saída de sujos e circulação de profissionais para o internamento da enfermaria da cirurgia plástica. A roupa limpa, ou seja, os têxteis que entram em contacto com as pessoas queimadas precisam de ser esterilizados, transportados e armazenados em condições compatíveis. O armazenamento dos têxteis esterilizados situa-se junto dos locais de consumo no corredor de acesso ao Bloco Operatório e Balneoterapia e quartos de isolamento. Para as necessidades do dia, são colocados em carros na entrada de cada quarto de isolamento.

A UQ tem 23 enfermeiros um dos quais é responsável pela unidade e desempenha funções de gestão e liderança pois o enfermeiro chefe coordena o serviço de cirurgia plástica e reconstrutiva conjuntamente com a unidade de Queimados delegando a responsabilidade de gestão a um Enfermeiro Especialista com 17 anos de experiência na área dos queimados. Dos 23 enfermeiros, dois enfermeiros são Mestres em Enfermagem Médico-Cirúrgica e na área da gestão, sete especialistas em distintas áreas, a maioria em Enfermagem Médico-Cirúrgica, outros em Enfermagem de Reabilitação e um em Enfermagem de Saúde Comunitária. Cada turno tem um médico anestesista e um

especialista em queimados ou cirurgia plástica e reconstrutiva de segunda a sexta-feira e oito enfermeiros no turno da manhã dos quais, um enfermeiro-especialista para a realização de toda a atividade operatória e UQ. No fim-de-semana não há BO logo só tem um médico anestesista e a equipa de enfermagem é reduzida a cinco enfermeiros, no turno da tarde e da noite a três enfermeiros. Os enfermeiros são distribuídos durante o turno de forma a assegurar cuidados ao à pessoa queimada tanto nos quartos de isolamento como na balneoterapia como no bloco operatório, ou seja, o enfermeiro distribuído para aquele doente irá acompanhá-lo durante todo o processo quando ele sai do quarto para ir à balneoterapia e ao bloco até chegar ao seu quarto de isolamento, desempenhando funções específicas de enfermeiro à pessoa em situação crítica queimada na unidade de cuidados intensivos, como no bloco operatório acompanhando assim o doente em todo o seu processo desde o tratamento conservador ao tratamento cirúrgico da queimadura.

3.2.A ABORDAGEM DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA GRANDE QUEIMADA NA UNIDADE DE QUEIMADOS

A abordagem inicial à Pessoa em Situação Crítica Grande Queimada consiste em dois momentos cruciais: o pré-hospitalar e o intra-hospitalar, tendo em conta que, na maior parte das situações a pessoa vítima de queimadura tem de ser socorrida no local do acidente. No entanto, para que o prognóstico seja favorável a identificação e tratamento precoce das lesões de queimadura, a ressuscitação hemodinâmica, o controlo da dor e a referenciação para centros com experiência são fundamentais (American Burn Life Support [ABLS], 2018). A CIPE 2.0 (2018) define queimadura como:

“Ferida traumática: rotura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas, devida a lesões pelo calor resultantes de exposição a agentes térmicos; químicos; elétricos ou radioativos; caracterizada por coagulação das proteínas das células, aumento do metabolismo, perda da reserva de nutrientes nos músculos e no tecido adiposo, perda de proteínas e compostos azotados, por grande dor, desconforto e stress, com risco de choque e com risco de vida; necrose dos tecidos, infecção da ferida, contracturas, escara hipotrófica com rigidez por espessamento, em que o cliente fica profundamente desfigurado; queimadura de 1º grau, 2º grau e 3º grau”(p.107).

A avaliação inicial da profundidade da queimadura é uma função difícil devido ao carácter dinâmico que apresentam nas primeiras 48-72 horas com tendência a aprofundar, pelo que são reavaliadas após dois ou três dias (Echinard, 2012). As queimaduras são classificadas de acordo com a profundidade em:

- **Queimaduras de primeiro grau ou epidérmicas-** são as mais superficiais e dolorosas que atingem apenas a epiderme. Distinguem-se por serem lesões eritematosas, ligeiramente inflamatórias com a integridade da pele preservada. Tipo de queimadura dolorosa que cicatriza espontaneamente em cinco dias e não provoca infecção nem sequelas da pele (Echinard, 2012);
- **Queimaduras superficiais ou de segundo grau da pele-** queimadura que danifica parcialmente a camada dérmica, afetando apenas a derme papilar. Aparecem feridas ou bolhas intactas como resultado do edema subjacente, de aspeto doloroso e rosado e se as flitenas são retiradas, a imagem é descrita como um condensado hemorrágico (exsudativo e hiperémico). A remissão destas lesões estima-se entre oito a dez dias com a possibilidade de despigmentação ou discromia da pele (Echinard, 2012);
- **Queimaduras dérmicas profundas ou de segundo grau-** estas lesões estendem-se à derme reticular, apresentam bolhas ou feridas, o leito da queimadura é pálido e com manchas. A pessoa queimada apresenta diminuição da sensibilidade ou hipoalgesia e hiperalgesia noutros casos. Por vezes preservam o folículo piloso ou as glândulas sebáceas. Estas pessoas queimadas necessitam muitas vezes de escaotomia para prevenir uma síndrome compartimental no tecido edematoso (Echinard, 2012);
- **Queimaduras de espessura total ou de terceiro grau-** estas lesões englobam toda a espessura da pele e a pessoa queimada não manifesta dor na lesão devido à destruição das terminações nervosas, exceto nos tecidos circundantes. Distinguem-se pela formação de um tecido esbranquiçado em forma de pergaminho, parecido com um pergaminho de couro com vasos em forma de trombos. Passa obrigatoriamente pelo tratamento cirúrgico pode muitas vezes ocorrer amputação (Echinard, 2012),
- **Queimaduras de quarto grau-** atualmente não é utilizado na prática clínica, mas é referente a situações que se estendem a estruturas profundas, como músculos, tendões e ossos também denominadas como carbonização (Echinard, 2012).

Na UQ são admitidas pessoas vítimas de queimaduras que abrangem grandes áreas e/ou queimaduras de áreas nobres, como mãos, pés, face e genitais e queimaduras respiratórias. Isto é, as pessoas vítimas de queimaduras subdividem-se em queimados graves com mais de 20% de superfície corporal queimada (SCQ) ou com lesões da árvore traqueobrônquica por inalação e muito graves com mais de 50% de SCQ (Échinard &

Latarjet, 2012). Para calcular a SCQ o método mais utilizado para avaliar grandes áreas de queimaduras em adulto é a regra dos nove de Wallace, em que as queimaduras de primeiro grau não são incluídas. A regra de 1% ou regra da palma da mão é uma ferramenta de avaliação rápida da superfície para queimaduras menores em que a palma da mão da pessoa queimada equivale a 1% da superfície do corpo e pode ser utilizada em qualquer idade (ABLS, 2018). São também admitidas pessoas com o Síndrome de Lyell, ou Necrólise Epidérmica Tóxica, é uma doença rara, mas potencialmente fatal, que não sendo uma queimadura, comporta-se e manifesta-se como tal. Caracteriza-se pelo aparecimento súbito após contacto com o agente causal, de lesões eritematosas dolorosas, inicialmente na face e no tronco, com tendência a espalhar-se para as partes acrósticas, acompanhado de febre e agravamento do estado geral. As lesões evoluem de máculas eritematosas para um descolamento da epiderme, com o aparecimento de necrose e bolhas flácidas originando a grandes áreas epidérmicas que se desprendem deixando erosões exsudativas (Castillo-Muñoz et al, 2014).

No cuidado à PSC Grande Queimada consideramos “grandes eixos de reanimação” o “controlo das funções respiratórias “o preenchimento vascular e analgesia” (Bertin-Maghit & Magnin, 2012, p.89) no entanto para a equipa de enfermagem da UQ, para além desses eixos de reanimação também consideravam focos de atenção o risco de infeção associada à perda da integridade cutânea e o aporte nutricional adequado.

No período que decorreu o estágio podemos compreender que a “insuficiência respiratória é (...) o compromisso mais frequente das grandes funções vitais do Grande Queimado” e o “tratamento inicial é a indicação de intubação endotraqueal e de ventilação mecânica” (ABLS, 2018, p.27). A fluidoterapia nas primeiras 24 horas reduz a mortalidade e a falência de múltiplos órgãos, nas primeiras 24 horas é utilizado o soro de Lactato de Ringer e deve ser assegurada uma diurese de 1 ml/Kg/h. Para calcular as necessidades de fluídos a fórmula mais utilizada é a Parkland (4 ml/kg/SCQ), contando desde o início da queimadura, substituindo metade do calculado nas primeiras 8 horas e o restante nas 16 horas seguintes (ABLS 2018).

Para além disso, “os produtos libertados pela lesão tecidular provocam uma resposta do sistema inflamatório sistémico” capaz de provocar alterações em vários sistemas do organismo e falências viscerais potencialmente mortais (Ravat et al., 2012, p.37). A perturbação do núcleo térmico do organismo e a consequente “incapacidade de regular a temperatura corporal, com (...) baixas temperaturas nas primeiras horas e hipertermia durante grande parte do tempo” (Bertin-maghit & Magnin, 2012, p.91), determinam que a monitorização e gestão da temperatura continuamente, são intervenções de grande

relevância para a equipa de enfermagem da UQ, passando pelo recurso a rampas de infravermelhos de aquecimento radiante, climatização ambiental de 28 a 30°, cobertores e mantas de aquecimento e inclusive aquecimento de solutos de perfusão principalmente nas sessões de balneoterapia duas vezes por semana e nas idas ao bloco para desbridamento cirúrgico. Considerando que a monitorização adequada da dor “deve ser obrigatória e fazer parte da vigilância sistemática de todos os queimados periodicamente para a dor contínua e no momento dos atos terapêuticos” (Latarjet, 2012, p.137), a identificação de “evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar” e a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas de combate à dor são competências que o enfermeiro especialista em PSC deve possuir. Na UQ a dor associada aos atos terapêuticos é considerada especialmente quando submetidos aos tratamentos das queimaduras e aos cuidados de higiene. Nestes momentos, a equipa médica opta por analgosedação em que, “a rapidez com que se efetuam os cuidados locais é uma condição de sucesso”, assim como “o aproveitamento da analgesia para efetuar outros atos dolorosos” (Latarjet, 2012, p.139)., Compreender a abordagem e gestão da Dor da pessoa queimada foi o tema do estudo desenvolvido neste estágio o qual será apresentado em capítulo próprio neste relatório. Para além disso, o hipercatabolismo proteico característico do processo de queimadura “rapidamente resulta numa perda importante da massa magra” (Berger & Chioléro, 2012, p.116) provocando severas atrofias musculares e “retrações importantes, particularmente inestéticas a nível da face e extremamente invalidantes a nível dos membros” (Echinard C., 2012, p.196). A dor contínua e os sucessivos períodos do pós-operatório levam à necessidade de repouso absoluto, no entanto os efeitos negativos do repouso prolongado originam complicações em cada um dos sistemas orgânicos, em que o planeamento adequado da manutenção da mobilidade um contributo preponderante na prevenção dessas alterações (Ordem dos Enfermeiros, 2013). E por isso, na UQ, a vigilância e a assistência nos posicionamentos, transferências e movimentos ativos dos doentes por parte da equipa de enfermagem são intervenções de grande relevância. O edema e a instabilidade hemodinâmica presentes no doente queimado podem agravar em consequência da diminuição da mobilidade, pois ocorre um “défice do retorno venoso, seguido de decréscimo do débito cardíaco” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p.25) e de estase sanguínea motivos pelos quais o posicionamento dos doentes com elevação dos membros edemaciados e a terapêutica medicamentosa de prevenção de eventos trombóticos são intervenções protocolares na UQ.

3.3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO-PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Durante o Estágio de Natureza Profissional desenvolveu-se, um projeto de intervenção em serviço baseado no levantamento de uma situação-problema através de um diagnóstico da situação. No início de qualquer projeto como o processo de aquisição e aprofundamento das Competências Comuns e Específicas do EEEMC, durante o estágio, é importante uma inicial integração, apreciação e análise do ambiente com o intuito de fazermos um diagnóstico de situação com a finalidade de perceber aquilo que poderíamos utilizar como mote para o desenvolvimento de um conjunto de atividades que nos permitisse desenvolver competências na área do domínio da melhoria contínua da qualidade e na abordagem da Dor à pessoa grande queimada.

Assim, os primeiros turnos foram dedicados ao conhecimento do serviço, rotinas, consulta de protocolos e normas existentes no cuidado à pessoa queimada. Realizadas conversas com enfermeiro tutor com os colegas enfermeiros do serviço, reuniões com o enfermeiro chefe e observação das dinâmicas de cuidados, após análise e reflexão sobre os dados e informações obtidas identificamos um diagnóstico de situação com várias necessidades e vários problemas:

- não existência de procedimentos nem protocolos de atuação para a abordagem da dor na pessoa queimada;
- folha de registos com apenas uma escala para avaliação da dor na pessoa queimada comunicante;
- não preenchimento da folha de registo da escala de dor;
- não existência de uma escala instituída para a pessoa em situação crítica queimada entubada;
- lacunas na gestão da dor da PSC;
- necessidades formativas, pois desde a pandemia a formação em serviço não retomou o seu calendário.

Tendo em conta o diagnóstico de situação propusemo-nos a realização de um estudo de investigação qualitativo no sentido de compreender “as perspetivas dos enfermeiros na gestão da dor na Pessoa Grande Queimada numa Unidade de Queimados”, com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na abordagem e gestão da dor da pessoa vítima de queimadura grave, de forma a minimizar as sequelas físicas, psicológicas e sociais da dor crónica e o impacto na sua qualidade de vida. Para além da realização do estudo que se apresenta no capítulo seguinte, outras atividades se perspetivaram, na área da gestão, da formação, e da conceção de cuidados,

as quais apresentaremos de forma reflexiva no capítulo relacionado com o desenvolvimento das Competências Especializadas em Enfermagem em Médico-Cirúrgica na UQ.

**CAPÍTULO 4 -
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM INVESTIGAÇÃO.**

A enfermagem enquanto profissão e disciplina, para além a utilização de conhecimento de outras áreas é detentora de saberes próprios, onde a investigação desempenha um papel fundamental na sua produção. Neste sentido, a conceção de cuidados em enfermagem especializados sustentam-se na incorporação, aplicação, disseminação e produção de evidência científica de qualidade. Segundo o regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento n.º 429/2018, 2018) os EE devem desenvolver investigação que vise potenciar e atualizar os seus conhecimentos dentro da sua área de especialização. Foi nesta base que delineamos para este estágio, o objetivo de desenvolver competências na área de investigação em saúde. De seguida apresentamos o estudo realizado, descrevendo todas as etapas do processo investigativo.

4.1. DA JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO

A experiência algica da pessoa com grande queimadura é caracterizada por dor intensa e devastadora, não só dor física, mas também dor psico-emocional relativamente à transfiguração da imagem corporal. Sabemos que as queimaduras provocam uma das experiências mais intensas de sensação nociceptiva devido à lesão térmica provocada nos órgãos sensoriais da pele. Essa lesão que, inicialmente, resulta numa inflamação aguda local das camadas afetadas rapidamente se generaliza dependendo da superfície total corporal queimada. Enquanto nas queimaduras mais superficiais, se verifica apenas algum eritema ou a formação de flitenas, sem grandes consequências ao nível da derme ou órgãos sensoriais, sendo por isso mais dolorosas, mas de rápida cicatrização, nas queimaduras mais profundas, de segundo grau profundo e terceiro grau, verifica-se o envolvimento das camadas mais profundas da derme e dos recetores térmicos cutâneos e sempre que o doente é submetido a tratamentos diários de limpeza e pensos à queimadura, assim como cirurgias de desbridamento e enxertos, nessas áreas ocorre uma destruição inicial das terminações nervosas levando a uma insensibilidade local mas entretanto ocorre mais tarde uma sensibilização, regeneração desordenada do tecido nervoso o que irá predispor ao aparecimento de dor neuropática (Ballantyne et al., 2019).

Para a pessoa que passa por este trauma e tem de se submeter a um internamento hospitalar, vivencia um processo de saúde/doença complexo de stressores físicos, tais como: acidose, perda de fluídos, alteração no equilíbrio endócrino, infeção nosocomial para além de stressores psicológicos decorrentes de situações como: a separação da família, o afastamento do trabalho, as mudanças corporais e a despersonalização. Entre estas duas dimensões, física e psicológica, evidencia-se a dor como uma das experiências mais

traumatizantes para a vítima de queimadura, tanto pela sua intensidade como pela sua persistência desde o momento da lesão até à regeneração dos tecidos, podendo ainda permanecer após a alta hospitalar (Ballantyne et al., 2019).

A dor, que numa fase aguda tem origem essencialmente nos procedimentos dolorosos e no tratamento da queimadura *per se*, passa a ser mais tarde, após a alta, uma dor crónica, neuropática, que surge como consequência de uma lesão ou patologia que afeta o sistema somatossensorial, alterando a excitabilidade do corno posterior dos neurónios. Este tipo de dor é descrito, como sensação de queimadura, parestesia ou choque e pode ou não ser lancinante. Associados à dor neuropática surgem também, frequentemente, fenómenos de alodínia, que se caracteriza por uma sensação dolorosa resultante de um estímulo que normalmente não provocaria dor e surge em zonas em volta da lesão, mas não lesados. Outro fenómeno associado à dor neuropática denomina-se por hiperalgesia e caracteriza-se por uma resposta exacerbada a um estímulo doloroso (Ballantyne et al., 2019).

Mas não é só a lesão provocada pela queimadura que produz estímulos álgicos, os procedimentos terapêuticos também são indutores de dor. Os tratamentos que a pessoa queimada está sujeita são realizados sob uma importante dose de opióides, o que induz outro fenómeno que o autor classifica como hiperalgesia induzida por opióides, em que a exposição prolongada a fortes doses destes fármacos pode induzir à dor paradoxal devido à sensibilização central provocada, isto é, facilita a transmissão do impulso em vez de o bloquear (Ballantyne et al, 2019).

Podemos dizer que estes fenómenos associados à dor neuropática tem um efeito avassalador na vida da pessoa vítima da queimadura podendo ser comparada às patologias cardíacas ou oncológicas no que respeita à influência negativa na qualidade de vida e que se agrava por não ser compreendida, diagnosticada e tratada.

O controlo da dor na pessoa queimada é fundamental para a melhoria da capacidade funcional, psicológico, aumento da qualidade de vida com uma reinserção bem-sucedida na vida e na sociedade (Ballantyne et al., 2019).

A Direção Geral da Saúde (DGS), desde o ano de 2003 define a dor como sendo o 5º sinal vital (DGS, 2003). Refere que a dor é um sintoma que acompanha de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. Enfatiza que o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e um passo fundamental para a efetiva humanização das unidades de saúde.

No entanto, para efetuar um correto controlo da Dor, é necessário identificá-la previamente, a sua avaliação deve ser a correta para intervir adequadamente junto da pessoa queimada.

A dor deverá ser monitorizada constantemente, de forma contínua e regular em todas as suas vertentes, fazendo assim depender o sucesso do seu controlo.

A DGS (2003) no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde considera como norma de boa prática: o registo sistemático da intensidade da dor, a utilização para mensuração da intensidade da dor escalas validadas internacionalmente e a inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, um espaço próprio para registo da intensidade da dor. De acordo com a OE (2008), “o controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento”, em que o enfermeiro age por forma a promover “cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa” (p.17). Individualizar a escolha dos analgésicos e vias de administração, envolver o doente e a família “na definição e reajuste do plano terapêutico (...), prevenir e controlar os efeitos colaterais mais frequentes da terapêutica”, são intervenções autónomas e interdependentes que o enfermeiro pode e deve planear e implementar na gestão do controlo da dor do doente com queimadura (OE, 2008, pp. 17-18). Portanto é fundamental a intervenção dos enfermeiros no cuidado à pessoa queimada com dor pela sua aproximação no cuidado. Atualmente e apesar dos avanços, ainda se verifica uma gestão da dor inadequada das pessoas vítimas de queimaduras graves. Segundo Castro et al. (2012) há, inclusive, evidências de que o prognóstico do quadro algico das pessoas queimadas depende, em grande parte, da maneira como a sua dor é levada em consideração pelos profissionais, o que indica ser indispensável compreender a dor. Tendo em conta que, esta pode ter como consequência o restabelecimento da analgesia, ou, por outro lado, tornar a dor traumática do ponto de vista psicológico além de crónica. Assim sendo, estas pessoas com este diagnóstico necessitam de uma abordagem diferenciada e humanizada pela equipa de enfermagem. Contudo, existem ainda poucos estudos que retratem os saberes e as práticas destes profissionais na gestão da dor da pessoa queimada nomeadamente nas unidades de queimados. Portanto, face ao exposto e perante as experiências vividas em estágio, foi nosso interesse desenvolver um estudo nesta área. Após o estabelecimento da ideia de pesquisa, é essencial a formulação do problema, uma vez que esta “(...) nos leva a saber sobre o que desejamos pesquisar, identificar os elementos que estarão relacionados com o processo e definir o enfoque” (SAMPIERI et al., 2006, p. 30). Assim colocámos como questão de investigação:

Qual a perspetiva dos enfermeiros na gestão da dor da Pessoa Grande Queimada numa Unidade de Queimados da região norte?

De modo a esclarecer e delimitar a área problema formulamos as seguintes questões:

- Quais as estratégias dos enfermeiros para a avaliação da dor da Pessoa Grande Queimada numa Unidade de Queimadas da região norte?
- Quais as intervenções utilizadas pelo enfermeiro no controlo da dor da Pessoa Grande Queimada numa Unidade de Queimadas da região norte?
- Quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no controlo da dor da Pessoa Grande Queimada numa Unidade de Queimadas da região norte?
- Quais as intervenções clínicas que maior dor provocam na Pessoa Grande Queimada numa Unidade de Queimadas da região norte?

Para a formulação do problema postulado, é essencial refletir sobre os objetivos que se pretendem alcançar. De forma a determinar a orientação deste estudo definimos, como objetivo geral:

- Compreender a abordagem da equipa de enfermagem na gestão da dor na Pessoa Grande Queimada numa Unidade de Queimados da região norte.

Para melhor compreensão desta realidade estabeleceram-se alguns objetivos específicos:

- Identificar as estratégias dos enfermeiros para a avaliação da dor da Pessoa Grande Queimada numa Unidade de Queimados da região norte;
- Identificar as intervenções utilizadas pelo enfermeiro no controlo da dor da Pessoa Grande Queimada numa Unidade de Queimados da região norte;
- Identificar quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no controlo da dor da Pessoa Grande Queimada numa Unidade de Queimados da região norte;
- Identificar as intervenções clínicas que maior dor provoca na Pessoa Grande Queimada numa Unidade de Queimados da região norte.

A finalidade deste estudo, visa contribuir para a implementação de práticas efetivas, adequadas e eficazes na abordagem e gestão da dor da pessoa vítima de queimadura grave, de forma a minimizar as sequelas físicas, psicológicas e sociais da dor crónica e o impacto na sua qualidade de vida.

4.2. MARCO TEÓRICO - A GESTÃO DA DOR NA PESSOA GRANDE QUEIMADA

4.2.1. Dor. Conceito e características

A Associação Internacional para os Estudos da Dor (IASP), citado por DeSantana et al. (2020) define a dor como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada

a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão” (p.1), foi recomendada pelo subcomitê de taxonomia e adotada pelo conselho da IASP em 1979. Nos últimos anos e devido aos avanços no entendimento da dor foi realizada uma reavaliação da definição e propuseram modificações. Então, em 2020, a IASP formou uma força tarefa presidencial multinacional, com 14 membros, composta por profissionais com ampla experiência em ciência clínica e/ou básica relacionada à dor para avaliar a definição atual e recomendou que a definição de dor fosse revisada para “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial,” (DeSantana et al., 2020, p.1).

As queimaduras dão origem a uma das formas mais intensas de sensação nociceptiva devido à lesão térmica que provocam nos órgãos sensoriais da pele, lesão essa que resulta numa inflamação aguda das camadas afetadas. À medida que o doente é submetido a tratamentos diários de limpeza e pensos, bem como a cirurgias de desbridamento e enxertos, dá-se uma sensibilização e reorganização dos recetores térmicos cutâneos, dos neurónios do corno posterior da medula, bem como o aumento do número de recetores nociceptivos (Ballantyne et al, 2019). O fenómeno anteriormente descrito denomina-se plasticidade dos recetores cutâneos e origina uma dor que não cessa com a total cicatrização da queimadura. No entanto, cerca de 52% dos sobreviventes de queimadura afirmam sofrer dores após a alta, dor essa que não está apenas associada aos procedimentos dolorosos, como a reabilitação funcional, mas também a fenómenos de alodínia e hiperalgesia associados à plasticidade desenvolvida pelos recetores nociceptivos (Ballantyne et al, 2019). A dor, que na fase aguda da queimadura tem a sua origem nos procedimentos dolorosos e na queimadura em si, passa a ser, após a alta, uma dor crónica, de tipo neuropático, que surge como consequência direta de uma lesão ou patologia que afeta o sistema somatosensorial, alterando a excitabilidade dos neurónios do corno posterior da medula. É descrita, tipicamente, como queimadura, parestesia ou choque e pode ou não ser lancinante. Associados à dor neuropática, surgem fenómenos de alodínia, que se caracteriza por uma sensação dolorosa resultante de um estímulo que habitualmente não provocaria dor e surge em locais circundantes à lesão, mas não lesionados. Outro fenómeno associado à dor neuropática denomina-se por hiperalgesia e consiste numa resposta exacerbada a um estímulo doloroso (Ballantyne et al, 2019). Nas Pessoas vítimas de queimaduras, a noção de hiperalgesia é reforçada pela estimulação inicial “dos nociceptores cutâneos termossensíveis” e pela estimulação posterior por parte das “terminações nervosas que foram destruídas e que não estão presentes apenas na epiderme, mas também na derme e no tecido celular subcutâneo” (Latarjet, 2012, p.133).

A “dor em repouso completo” e a “dor devida aos cuidados locais da queimadura”, ou iatrogénica, são duas das principais componentes da dor sentida por estas pessoas, devendo ser avaliadas e tratadas separadamente, através de “protocolos flexíveis que permitam o ajustamento rápido dos tratamentos” incluindo a terapêutica farmacológica (Latarjet, 2012, pp. 135-139). Os tratamentos a que a pessoa queimada é submetida são realizados sob forte medicação opióide, o que conduz a um outro fenómeno que o autor denomina de hiperalgesia induzida por opióides, em que a exposição prolongada a doses elevadas destes medicamentos pode resultar em dor paradoxal devida à sensibilização central provocada, ou seja, facilita a transmissão do impulso nervoso em vez de o inibir (Ballantyne et al, 2019). Qualquer um destes fenómenos associados à dor neuropática tem um impacto negativo no dia a dia da pessoa vítima de queimadura, podendo ser comparado às patologias cardíacas ou oncológicas, quando nos referimos à influência negativa que podem ter nas diversas áreas da vida da pessoa doente, agravando-se por ser incompreendida, não diagnosticada e não tratada. O controlo da dor nestas pessoas torna-se vital, como fator preponderante para a melhoria da capacidade funcional e estado psicológico, aumento da qualidade de vida e reinserção bem-sucedida na sociedade e na vida ativa (Ballantyne et al, 2019).

Para Latarjet (2012) a dor da pessoa queimada é única como tal tem duas componentes bem distintas a dor contínua e a dor devida aos cuidados locais da queimadura. Podemos dizer que tem uma intensidade excecional que impõe o uso dos opiáceos. Uma variabilidade de pessoa para pessoa considerável, que complica a normalização dos tratamentos e uma persistência de longa duração, que só diminui após a cicatrização.

A dor presente logo após a queimadura é devida à estimulação direta e à lesão de nociceptores presentes na epiderme e na derme, o que leva à transmissão de impulsos nervosos pelas fibras C e A-delta até o corno dorsal da medula espinal. A magnitude do impulso é modulada tanto pelos estímulos periféricos quanto pelas influências descendentes a partir do encéfalo (Richardson & Mustard, 2009). A resposta inflamatória inicia-se minutos após a lesão e leva à libertação de inúmeros irritantes químicos que sensibilizam e estimulam os nociceptores no local por vários dias. O local permanece doloroso e sensível a estímulos mecânicos e térmicos, com hiperalgesia secundária. À medida que a resposta inflamatória cessa, a qualidade da dor sofre alterações. A intensidade da dor varia, mas é tipicamente máxima em locais de perda cutânea, assim como em áreas dadoras de tecido. No caso de queimaduras profundas, a destruição inicial das terminações nervosas leva a uma insensibilidade local. Nessas áreas pode haver uma regeneração desordenada do tecido nervoso, o que irá predispor ao aparecimento de dor neuropática.

A dor vivenciada pela Pessoa Grande Queimada pode ainda ter outras origens, por exemplo no pós-operatório de excisão - enxerto da Pessoa grande Queimada, os sítios dadores do enxerto podem gerar dores contínuas suplementares extremamente vivas durante 48 horas. O primeiro penso após a cirurgia é especialmente dolorosa (retirada de agafes, tratamento da zona dadora) (Latarjet, 2010). Atchinson estudou em detalhe a dor dos pensos e mostrou que os momentos mais dolorosos eram o da retirada da última compressa e o do desbridamento que exigem analgésicos extremos para serem indolores (Atchinson et al., 1991).

4.2.2. Classificação da dor da pessoa queimada

É importante classificar os tipos de dor vivenciadas pelas pessoas vítimas de queimaduras elas podem-se apresentar ao mesmo tempo e devem ser avaliadas de forma independente. A dor inicial, inicia-se minutos a horas após a queimadura, são libertados mediadores inflamatórios e vasoativos que terminam em edema. A dor inicial vem da destruição direta dos nociceptores algumas terminações são eliminadas e outras parcialmente ou intactas são as responsáveis da dor e da sensibilidade. A dor é de aspeto urgente e a sugestão é usar opióides de rápida ação (Ballantyne, 2019). A dor contínua (Breakthrough pain), define-se como a dor ligada ao repouso completo ("pain at rest") varia pouco mas pode ser descrita com "acessos dolorosos" ("breakthrough pain") provocadas pelos gestos da vida diários e correntes, atividades menores na ausência de qualquer terapêutica que estão relacionadas essencialmente à queimadura ou colheitas de enxertos cutâneos, mas também pode ter outra causas como dores músculo-articulares relacionadas com o posicionamento e a imobilização (Latarjet, 2010). Enquanto a dor devida aos atos terapêuticos ("procedural pain") ou dor procedimental, define-se, essencialmente, como uma dor causada pelos tratamentos locais da queimadura, "limpezas" e pensos diários cujo número diminui com a adoção de estratégias cirúrgicas de excisão/enxerto mais precoces, mas que continuam a ser o tratamento de referência para muitas queimaduras superficiais ou de profundidade incerta ou não homogênea (Latarjet, 2010). Pois, embora, o objetivo de "dor zero" seja perfeitamente realista para a dor contínua, o mesmo não acontece com a dor dos pensos que pode atingir níveis de intensidade atrozes e cujo o controlo é raramente satisfatório (Latarjet, 2010). Existem também outros atos terapêuticos potencialmente dolorosos, que se relacionam aos cuidados de enfermagem, à reanimação ou à fisioterapia (Latarjet, 2010). Existe uma ligação entre elas, evidentemente que a dor contínua é sempre mais importante após um cuidado local doloroso e a analgesia para um penso é mais difícil de otimizar se o

tratamento prévio da dor contínua não tiver sido satisfatoriamente controlado (Atchinson et al., 1991).

Na dor pós-operatória ela manifesta-se com mais intensidade junto com a dor procedimental. A região doadora de enxerto é mais dolorosa do que o lugar enxertado (Richardson & Mustard, 2009). Por outro lado, a dor neuropática é o resultado dos danos nos terminais nervosos, é um tipo de dor crônica, ou seja, aquela que dura mais de seis meses. Todavia existe ainda a dor de fundo (Background pain), caracterizada por excesso de nocicepção (na fase das sequelas, foram descritas dores neuropáticas que têm por origem as terminações nervosas lesadas). Na fisiologia é denominada pela noção de hiperalgesia (isto é, um estímulo habitualmente não doloroso torna-se doloroso). A dor imediata que segue a queimadura deve-se à estimulação dos nociceptores cutâneos termossensíveis. Depois, as sensações dolorosas têm por origem as terminações nervosas que não foram destruídas e que não estão presentes apenas na epiderme, mas também na derme e no tecido celular subcutâneo (Ballantyne et al., 2019).

Segundo a localização, a hiperalgesia por queimadura pode ser: primária, a nível da lesão e secundária, à distância da lesão. Segundo o mecanismo, a hiperalgesia caracteriza-se como: periférica por sensibilização ao nível da queimadura dos nociceptores cutâneos das fibras nervosas A e C (consequência da inflamação) e central, por exacerbação, a nível do sistema nervoso central, da transmissão dos estímulos dolorosos até às estruturas cognitivas (Latarjet, 2012). Na hiperalgesia periférica o limiar de resposta dolorosa dos recetores periféricos da dor está mais baixo. A resposta inflamatória imediatamente à queimadura provoca uma sensibilização igualmente rápida dos nociceptores cutâneos ainda presentes, térmicos (o calor é doloroso), químicos (os antissépticos fazem doer) ou mecânicos (o contacto, a mobilização, despertam a dor). Este fenómeno mantém-se enquanto durar a inflamação (Latarjet, 2012). Na Hiperalgesia central a transmissão da dor até às zonas cerebrais que permitem o seu reconhecimento este caminho está facilitado. Enquanto o “Wind-up”, são estimulações nociceptivas repetidas destes tecidos hiperálgicos, como os tratamentos locais das queimaduras, que podem estar na origem da facilitação da transmissão da dor entre o primeiro e o segundo neurónio no corno posterior da medula, em que estão implicados os recetores dos neurotransmissores N-metilD-aspartato. Esta sensibilização central, explica que o mesmo cuidado local provoca cada vez mais dor a nível da lesão, também é responsável pelos fenómenos de hiperalgesia secundária cutânea à distância das zonas queimadas (Latarjet, 2012). No entanto, sabe-se há pouco tempo que a cetamina é um poderoso inibidor desses recetores, utilizado há mais de 40 anos para os pensos dos queimados apesar dos efeitos secundários alucinogénios (Latarjet, 2012).

Após a cicatrização, as lesões podem manter-se dolorosas durante muito tempo e o prurido pode ser tão intenso que se compara a verdadeiras dores. As cicatrizes hipertróficas exigem cuidados de fisioterapia dolorosos (duches filiformes, compressão massagens).

Nas verdadeiras dores neuropáticas (com um fundo contínuo de “queimadura” e descargas paroxísticas de alguns segundos) não são excepcionais após queimaduras profundas, reagem muito provavelmente a tratamentos específicos (anticonvulsivantes) (Latarjet, 2012).

A variabilidade da intensidade dolorosa é outra característica essencial da dor da pessoa queimada que a torna dificilmente previsível de um dia para o outro na mesma pessoa queimada ou de uma pessoa queimada para outra com as mesmas lesões (Latarjet, 2012). Portanto, como em qualquer pessoa, o ânimo e outros fatores extrínsecos ligados ao ambiente (confiança, informação, pessoas à volta) interferem o bom funcionamento dos sistemas fisiológicos inibidores da dor com limiares de sensibilidade que podem flutuar ao longo do dia ou da evolução da cicatrização das queimaduras (Latarjet, 2012). Esta evolução faz-se lentamente até à cicatrização total. Nos casos mais graves, em que o tratamento se prolonga durante várias semanas, a diminuição da eficácia dos sistemas inibidores fisiológicos da dor combinados com os fenómenos de hiperalgesia periférica e central acima descritos, explica que a sintomatologia dolorosa possa modificar-se e assemelhar-se muito mais a uma pessoa com dor crónica: dores difusas, de causa e mecanismo mal-esclarecido, má relação dose-efeito dos medicamentos, estados depressivos (Latarjet & Choinière, 2012).

4.2.3. Avaliação da dor

Embora atualmente ainda não exista uma solução única universalmente aceite para avaliar a dor em todas as situações, existem escalas validadas e com utilidade clínica comprovada para utilização em todas as idades e situações clínicas. A escolha da escala a aplicar deve ter em conta essencialmente: o tipo de dor (aguda ou persistente); idade / desenvolvimento ou integridade cognitiva; situação clínica (ventilado ou não ventilado mecanicamente).

No entanto, a auto- avaliação pode ser prejudicada por:

- a) Alterações da percepção dolorosa do doente (idade; perturbações cognitivas; experiências dolorosas; delírio; estado emotivo);
- b) Incapacidade de comunicação (nível de consciência; estado de sedação; presença de tubo endotraqueal; bloqueadores neuromusculares).

Tratando-se de um sintoma, a dor é subjetiva e individual, modulada por fatores emocionais, pelo que a forma mais correta de a avaliar, sempre que possível, é a autoavaliação, utilizando para o efeito escalas de autoavaliação validadas internacionalmente: EVA (Escala Visual Analógica), Escala Visual Numérica (EVN), Escala Qualitativa ou Escala de Faces.

A EVA avalia a dor aguda e persistente e consiste numa linha horizontal (para crianças) ou vertical (para adultos), com dez centímetros de comprimento, que tem assinalada, numa extremidade, a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. O doente faz uma cruz ou um traço perpendicular à linha no ponto que representa a intensidade da sua dor. Mede-se, em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero, e o local assinalado, obtendo-se a classificação numérica

A EVN pode ser utilizada para dor aguda ou crônica e consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas, sucessivamente, de zero a dez. Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical e o doente faz a equivalência entre a intensidade da sua dor e a classificação numérica (Figura 1).



Figura 1- Escala visual Analógica

No caso de doentes incapazes de manifestar/comunicar o seu grau de dor, a avaliação é efetuada pelo enfermeiro, tendo em linha de conta comportamentos relacionados com a dor (gemido, expressão facial, postura de defesa ou movimentos no leito) e indicadores fisiológicos, como taquicardia, taquipneia, elevação da tensão arterial, lacrimejo ou sudorese.

A maioria das escalas mede a dor de zero a dez pontos em que o objetivo é um score de zero e em que a maior pontuação implica maior dor. A categorização da dor depende da amplitude da escala, mas numa escala de zero a dez pontos o critério habitualmente usado é:

- 0-1 sem dor; 1-3 dor ligeira; 3-7 dor moderada; 7-10 dor intensa.
- 0-1 sem dor; 1-3 dor ligeira; 3-6 dor moderada; 6-9 dor intensa; 9-10; dor muito intensa.

Geralmente o valor que indica necessidade de intervenção farmacológica é um score ≥ 3 , ou seja, uma dor moderada. Se a pessoa doente é incapaz de expressar a sua dor, pelo estado

de consciência ou por se encontrar submetida a ventilação mecânica invasiva, esta deverá ser monitorizada com o apoio de escalas comportamentais. A Behavioral Pain Scale (BPS) (figura 2), foi validada em Portugal pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos é um instrumento de avaliação mais válido para aplicação em doentes críticos (médicos, cirúrgicos ou de trauma) incapazes de autoavaliação e, nos quais as funções motoras estão intactas. A BPS é a escala adotada nas UCI para doentes sedados, ventilados e sem capacidade de expressar a dor. Portanto, nas Pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva preconiza-se a monitorização da dor através da BPS que mede a dor de três a doze pontos e o objetivo é ter um score de três (sem dor), tendo sempre em conta que as funções motoras da pessoa não devem estar alteradas. Existem, por isso, algumas condições na Pessoa em Situação Crítica que são considerados critérios de exclusão de aplicação da escala BPS, sendo elas: polineuropatia, tetraplegia, Escala de Coma de Glasgow igual a três e doentes submetidos a fármacos bloqueadores neuromusculares.

Behaviour Pain Scale		
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída	2
	Sobrancelhas franzidas	
	Completamente contraída Pálpebras fechadas	3
	Facial	4
Movimento dos membros Superiores	Sem movimento	1
	Parcialmente fletidos	2
	Muito fletidos e com flexão dos dedos	3
	Retraído, resistência aos cuidados	4
Adaptação ao ventilador	Tolera ventilação	1
	Tosse, mas tolera o ventilador a maior parte do tempo	2
	Luta contra o ventilador, mas a ventilação ainda é possível algumas vezes	3
	Incapaz de controlar a ventilação	4

Figura 2- Behaviour Pain Scale

4.2.4. Estratégias no controlo da dor

Podemos dizer que as estratégias no controlo da dor agrupam-se em farmacológicas e não-farmacológicas, mas o uso de fármacos é a principal e mais efetiva forma de

tratamento da dor em Pessoas Grandes Queimadas, por causa da sua própria natureza e intensidade (Echinard & Latarjet, 2010). Algumas alterações na farmacocinética dos medicamentos são observadas em pacientes queimados. Inicialmente, desenvolve-se uma resposta inflamatória sistêmica, há diminuição do fluxo sanguíneo para os órgãos, consequentemente existe uma diminuição da depuração renal dos fármacos. Depois, dessa fase observa-se um aumento geral do metabolismo, com aumento subsequente da depuração. Nas Pessoas Grandes Queimadas com área maior do que 20% da superfície corporal há extravasamento capilar generalizado, com perda de proteínas para o interstício. Portanto o efeito de fármacos com alta ligação proteica torna-se de difícil controle (Girtler & Gustorff, 2011). Paradoxalmente, a administração da morfina alivia a dor a curto prazo, mas, o indivíduo fica mais sensível à dor a longo prazo. Estes efeitos hiperalgiantes dos opiáceos, de conhecimento recente, eles interferem nos recetores N-metil-D-aspartato e provocam os fenómenos de tolerância aos opiáceos u-agonistas que ocorrem nos queimados (Richebé et al., 2005). Neste sentido, acabou por se admitir que a escala das posologias tem limites, que seria importante regressar a tratamentos “multimodais” que permitem poupar os opiáceos e utilizar fármacos com propriedades antis- N-metil-D-aspartato, como a metadona, o protóxido de azoto ou a cetamina em fracas doses (Simonnet, 2005). No entanto, os opiáceos u-agonistas continuam a ser a medicação de base e assumem o papel principal na terapia da dor em Pessoas Grandes Queimadas. Seus efeitos adversos que mais se destacam são o prurido, a depressão respiratória e a náusea. A dor presente em pessoas queimadas durante o repouso (background pain) é de moderada intensidade e é tratada com medicamentos de potência moderada e cuja concentração plasmática permaneça relativamente constante como por exemplo os opioides por via endovenosa. Devido ao risco de tolerância ou de hiperalgesia induzida por opioides, o seu uso deve ser sempre integrado numa abordagem de tratamento multimodal (Wiechman et al., 2011). Ou seja, associar analgésicos com modos de ação diferentes, sendo que uma boa “cozinha” permite uma maior eficácia com menos efeitos secundários (Choinière, 2001).

A cetamina é um antagonista não competitivo de recetores N-metil-D-aspartato e muitas vezes é usada para a sedação consciente na balneoterapia ou na execução dos pensos (Macpherson et al., 2008). Induz um estado de anestesia dissociativa em doses pequenas (mg/kg) com a vantagem de preservar a via aérea e mantém a pressão arterial e a frequência cardíaca por libertação indireta de noradrenalina, pode ser utilizada, para contrariar os efeitos prónociceptivos dos opiáceos, em posologias fracas (1- 3 mg/kg/dia): em doses mais fortes pode levar a alucinações, mas pode ser atenuado pela administração concomitante de benzodiazepínicos ou propofol, também parece promover algum efeito na

redução da hiperalgesia (Latarjet, 2012). A dipirona e o paracetamol podem reduzir a quantidade de opioides até 20-30%. Estes fármacos apesar de serem analgésicos fracos quando usados separadamente, atuam de maneira sinérgica com os opioides. Devido à inibição da agregação plaquetária, o uso de anti-inflamatórios não esteróides, deverá ser evitado quando existe risco de sangramento preocupante, como nos grandes queimados, (Latarjet,2012). A gabapentina e a pregabalina são usadas frequentemente no tratamento da dor neuropática em queimados. Elas diminuem a sensibilização central à dor por meio de ligação a canais de cálcio pré- sinápticos e indiretamente inibem recetores N-metil-D-aspartato. Num estudo a pregabalina foi avaliada e bem tolerada e reduziu de forma significativa, vários componentes de dor neuropática em pacientes queimados assim como as queixas álgicas durante os procedimentos foram reduzidas (Gray et al., 2011).

A terapia com lidocaína por via endovenosa foi eficaz em reduzir os níveis de dor neuropática, principalmente com lesão nervosa associada. Embora um estudo evidenciou apenas uma pequena diferença nos níveis de dor com manutenção das doses necessárias de opioides durante trocas de pensos em pacientes queimados (Wasiak et al., 2011).

Partindo do princípio de que os distúrbios de ansiedade podem exacerbar as queixas álgicas o uso de ansiolíticos associados a medicamentos analgésicos é prática comum em muitas UQ. O medo e a tensão causam diminuição de tolerância à dor. As pessoas queimadas que mais beneficiaram com a terapia com benzodiazepínicos foram aqueles extremamente ansiosos e com dor intensa (Patterson et al., 1997). O Lorazepam é mais adequado do que o diazepam por causa da diminuição do metabolismo hepático. Os antidepressivos são medicamentos eficazes e têm um papel importante no conceito de tratamento multimodal da dor associada a queimaduras (Patterson et al., 1997). Os agonistas alfa-2 para além de estimular as vias inibitórias descendentes da dor, apresentam efeito sedativo e anti-hipertensivo. A clonidina é usada em alguns centros de tratamento de queimaduras em adultos e crianças (Ambrose et al, 2000). A duração da dexmedetomidina é mais curta do que a da clonidina e sua ação é mais seletiva para recetores alfa-2. Houve um estudo que evidenciou os benefícios na associação entra a cetamina e dexmedetomidina em relação ao uso de cetamina isolada ou em associação com midazolam durante a troca de pensos de queimados (Gunduz et al., 2011).

O tratamento não farmacológico é uma medida importante e complementar ao tratamento medicamentoso no controlo da dor e da ansiedade nas pessoas queimadas. O seu início deve ser o mais precoce possível, visando prevenir o desenvolvimento da ansiedade e a perpetuação do ciclo ansiedade-dor. Segundo estudos as técnicas de psicologia, como o relaxamento, distração e terapia cognitivo-comportamental, são

benéficas no alívio da ansiedade e da dor durante a fase da reabilitação (Castro et al., 2013).

A hipnose é uma alteração do estado de consciência caracterizado por aumento da receptividade a uma sugestão, habilidade de alterar percepções e sensações e aumento da capacidade de dissociação. Tem sido usada na gestão da dor da pessoa queimada durante procedimentos e no controle da ansiedade. Outra medida que tem sido usada com sucesso é a realidade virtual. Consiste numa tecnologia que isola a pessoa queimada do mundo real e deixa a sua visão apenas em contato com um ambiente virtual tridimensional, chamado de “mundo de neve”, especialmente criado para se opor às sensações mais usualmente provocadas por uma ferida de queimadura. Em alguns estudos, a realidade virtual, como técnica de distração durante procedimentos, foi eficaz em reduzir a intensidade da dor nas pessoas queimadas (Hoffman et al., 2001). No alívio da dor a abordagem preconizada é multimodal e deverá iniciar-se pelas intervenções não farmacológicas que são menos invasivas para o doente. Intervenções essas que são as que os enfermeiros podem e devem realizar de forma autónoma.

As intervenções não farmacológicas (INF) dividem-se em centrais e periféricas. As intervenções centrais são relaxamento, distração, imagética, musicoterapia, humor e hipnose e têm como objetivos: modificar a percepção da dor, melhorar a forma de lidar com a dor e estimular controle descendente da dor. Para além das INF referidas em cima existem também outras que serão referidas num quadro abaixo para conhecimento como a crioterapia, calor, massagem, toque, Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) e acupressão e têm como objetivo diminuir a intensidade do estímulo doloroso.

Quadro 2- Intervenções não farmacológicas no controlo da dor

Intervenção	Indicações	Contraindicações
Crioterapia	Pós-trauma Edema Espasmo muscular	Doença vascular periférica; Doença de Raynaud Hipersensibilidade ao frio; Sensibilidade diminuída; Aumento da dor Doença cardíaca Doentes com limitações da comunicação
Calor superficial	Dor muscular e articular Dor espasmódica	Pós-trauma Deficiência circulatória Áreas com sensibilidade diminuída Doentes com limitações da comunicação Massa tumoral

Massagem	Dor muscular e articular Contractura muscular	Fratura ou traumatismo Flebite Lesão cutânea Sutura recente
Toque Terapêutico	Dor em geral	Nenhuma
TENS	Dor muscular e esquelética	Fratura ou traumatismo Flebite Lesão cutânea Sutura recente
Acupressão	Dor em geral	Fratura Lesão cutânea Sutura recente

4.2.5.O papel do enfermeiro na gestão da dor

De acordo com a European Burns Association ([EBA], 2015) faz parte da função dos enfermeiros a vigilância rigorosa e contínua da dor do doente e da eficácia da terapêutica, para que os fármacos, nomeadamente os opióides sejam ajustados.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), “o controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento”, em que o enfermeiro presta cuidados de forma a promover “cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa” (p.17). Também deverá individualizar a escolha dos analgésicos e vias de administração, envolver o doente e a família “na definição e reajuste do plano terapêutico (...), prevenir e controlar os efeitos colaterais mais frequentes da terapêutica” selecionada, são intervenções autónomas e interdependentes que o enfermeiro pode planear e implementar na gestão e controlo da dor do doente com queimadura (Ordem dos Enfermeiros, 2008, pp.17-18).

A gestão da dor da Pessoa Grande Queimada exige a intervenção de uma equipa, não apenas de um elemento. Por exemplo, na técnica de sedação consciente exige um saber fazer especial para ser eficaz sem ser perigosa. É um verdadeiro trabalho de equipa em que a pessoa que presta os cuidados locais deve ser capaz de conduzir a analgesia. O doente faz parte da equipa e a sua informação e cooperação são essenciais. A rapidez com que se efetuam os cuidados locais é uma condição de sucesso. Num estudo não publicado realizado pela Sociedade Francesa para o estudo e Tratamento da Queimadura (SFETB) especialistas franceses estimam que são necessários 38 minutos a três pessoas para os cuidados locais de uma queimadura de 30% da superfície corporal que não inclua a cabeça nem as mãos, 105 minutos para uma queimadura da face e 33 minutos para uma

queimadura da mão (Latarget, 2012). A programação do ato deve ser rigorosa, visto que um bom “plano de voo” permite evitar más surpresas e acidentes (hipotensão, perturbações ventilatórias). Segundo o mesmo autor, o nível de dor depende da localização das lesões (as extremidades são mais dolorosas) mas, também, do estado de evolução: os dois primeiros pensos, em que o desbridamento dos tecidos mortos é máximo são momentos críticos em que não se deve hesitar em recorrer à anestesia geral. No entanto, este desbridamento nunca é urgente e quase sempre pode ser deferido, nomeadamente na admissão e se a anestesia geral não for imediatamente possível.

No âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação da pessoa, o bem-estar e o autocuidado. Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor. Para a IASP (International Association for the Study of Pain) os enfermeiros estão envolvidos em quase todos os procedimentos dolorosos, o que os classifica como os profissionais mais indicados para avaliar e monitorizar a dor na PSC (IASP, 2024). A prática clínica dos cuidados continua a demonstrar que, embora se verifique uma tendência para melhorar, a avaliação da dor é uma atividade ignorada, esquecida ou realizada de forma pouco fidedigna (precisa). A qualidade dos cuidados é seriamente comprometida por esta prática, na medida em que a eficaz prevenção e o tratamento da dor carece de uma avaliação segura e exata. Avaliar um fenómeno complexo e subjetivo como é a dor não é evidente. Contudo, o conhecimento adquirido nesta área permite aos profissionais de saúde o reconhecimento das dificuldades inerentes a esta atividade e oferece soluções viáveis para a sua resolução. Desde 2003 que a avaliação da intensidade da dor como 5º sinal vital é recomendada pela DGS referindo que “o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das unidades de saúde” (p.4). Acrescenta-se ainda que enquanto futuros enfermeiros especialistas no âmbito da enfermagem médico cirúrgica, tem como uma das suas competências a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.

4.3. PERCURSO METODOLÓGICO

A fase metodológica refere-se à definição dos meios a empregar na investigação. A metodologia é a explicação minuciosa, pormenorizada, rigorosa e exata de toda ação desenvolvida no método (caminho) do trabalho de pesquisa (Vilelas, 2020). Assim, ao longo deste capítulo pretende-se descrever as opções metodológicas efetuadas, tais como: tipo

de estudo; caracterização do contexto em estudo; população e amostra; colheita de dados; análise e tratamento dos dados, e por último os procedimentos formais e éticos.

4.3.1. Tipo de estudo

Perante a problemática em estudo, as questões de investigação e os objetivos anteriormente mencionadas, o presente estudo implica uma descrição do fenómeno em estudo. Para a compreensão desse fenómeno realizamos um estudo de campo, em que, dados de interesse recolhem-se de uma forma direta na realidade, mediante o trabalho concreto do investigador (Vilelas, 2020). Segundo o mesmo autor estes dados retirados diretamente da experiência empírica, são denominados dados primários, pois são dados originais, produto da investigação em curso sem intervenção nenhuma da natureza. De salientar que este estudo de campo não pode basear-se exclusivamente nos dados primários será necessário integrar a problemática e os resultados num marco teórico, cuja elaboração baseia-se nas consultas a estudos bibliográficos (Vilelas, 2020).

Dado o objetivo geral do estudo - *compreender a abordagem da equipa de enfermagem na gestão da dor na Pessoa Grande Queimada numa Unidade de Queimados*- para poder descrever situações, acontecimentos e feitos que se manifesta determinado fenómeno (Sampieri et al., 2006), optámos por realizar um estudo qualitativo, descritivo e exploratório relativo às perspetivas dos enfermeiros face à gestão da dor da pessoa grande queimada, tendo em consideração que se pretende compreender o fenómeno a partir do modo em como estes profissionais interpretam e dão sentido às suas experiências e vivências na prática de enfermagem à pessoa grande queimada numa Unidade de Queimados da Região Norte.

Para Vilelas (2020) as investigações qualitativas tendem a realçar o sentido ou a significação, atribuída pelos participantes ao fenómeno estudado. Realça também que a base da investigação qualitativa se baseia na abordagem interpretativa da realidade e a interpretação dos fenómenos e a atribuição de significados em que o ambiente natural é a fonte direta da recolha dos dados e o pesquisador o instrumento-chave. Neste tipo de estudo podem encontrar-se algumas características importantes nomeadamente uma abordagem holística às questões, reconhecer que as realidades humanas são complexas, o foco está dentro da experiência destes profissionais.

Trata-se de um estudo exploratório dado o interesse de examinar um tema pouco desenvolvido e no qual se tem muitas dúvidas quanto à gestão da dor aguda na Pessoa Grande Queimada naquele contexto específico. Para Sampieri et al. (2006) os estudos exploratórios permite-nos familiarizarmos com fenómenos relativamente desconhecidos, para obter informações sobre um contexto em particular ou pesquisar problemas do

comportamento humano que os profissionais de determinada área considerem importantes.

4.3.2. Caracterização do contexto e população do estudo

O contexto de estudo é o local que é vivenciado pelos participantes da investigação, de maneira a alterar o menos possível as condições em que a devida problemática está implícita (Streubert & Carpenter, 2013). Portanto podemos dizer que nos estudos qualitativos, o contexto onde os participantes vivem ou trabalham são de grande importância.

O contexto onde o estudo se realizou foi numa Unidade de Queimados situada num centro hospitalar da região norte de Portugal. Esta unidade integra um dos cinco centros de referência para queimados graves a nível nacional existentes. Segundo o Sistema Nacional de saúde (SNS) nestas cinco unidades de queimados, há um total de 35 camas, perfazendo uma cama por 285.390 habitantes, relativamente inferior à média europeia, de uma cama por 225.700 habitantes.

A UQ integra uma equipa de saúde multidisciplinar. A equipa de enfermagem é constituída por vinte e três enfermeiros e o enfermeiro chefe que coordena o serviço de cirurgia plástica e reconstrutiva conjuntamente com a UQ delegando a responsabilidade de gestão a um enfermeiro especialista em reabilitação, mas com dezassete anos de experiência na área dos queimados. Dos vinte e três enfermeiros, dois enfermeiros são mestres em enfermagem médico-cirúrgica e na área da gestão, sete são enfermeiros especialistas em distintas áreas, a maioria em médico-cirúrgica, os restantes em reabilitação e um em saúde comunitária.

O estudo foi desenvolvido no período compreendido entre um de janeiro e trinta e um de março de 2023 após deliberação do conselho de administração e parecer favorável da comissão de ética deste centro hospitalar (anexo 1).

4.3.3. Participantes do estudo

A população é o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades, de acordo com Vilelas (2020). Este conjunto tem uma ou mais características comuns, e encontram-se num espaço ou território conhecido” (Vilelas, 2020, pág.179). Neste pressuposto, a população do presente estudo é constituída pelos enfermeiros que integram a equipa de saúde da Unidade de Queimados, de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal, $N=23$.

Em relação aos participantes do estudo, dado a natureza do fenómeno em estudo, é preferível questionar-se em que medida estas pessoas são passíveis de contribuir com

dados válidos e reais, mais do que a preocupação se elas são uma amostra representativa da população (Vilelas, 2019).

Assim, os participantes foram selecionados segundo uma amostra não-probabilística intencional pois não foram escolhidas de um modo totalmente arbitrário, mas, designando algumas características importantes para o investigador (Vilelas, 2020).

A nossa amostra corresponde aos enfermeiros convidados a participar no estudo, no pressuposto de que seriam casos ricos de informação, segundo os seguintes critérios de elegibilidade e não elegibilidade definidos.

Critérios de inclusão:

- a) Enfermeiros com tempo de exercício profissional na UQ superior a um ano;
- b) Enfermeiros de cuidados gerais e especialistas;

Critérios de exclusão:

- a) Enfermeiros com tempo de exercício profissional na UQ inferior a um ano.

Portanto o nosso grupo de participantes corresponde a oito enfermeiros ($n=8$).

4.3.4. Procedimento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados aplicado, neste estudo de investigação, foi a entrevista. A entrevista é definida como um processo de interação social, na qual o entrevistador necessita obter informações pertinentes sobre um objeto de estudo (Bogdan & Biklen, 2013). A entrevista é uma das estratégias mais utilizadas para a colheita de dados, permitindo aos participantes exporem as suas vivências e experiências face ao fenómeno em estudo.

As entrevistas semiestruturadas possibilitam a abordagem de todas as questões consideradas fundamentais para o investigador, baseada num guião de entrevista orientador dinâmico (Bogdan & Biklen, 2013).

Neste pressuposto, realizamos um primeiro guião integrando questões orientadoras de entrevista. Para a otimização do instrumento de recolha de dados, é importante a aplicação de um pré teste é uma etapa indispensável que permite corrigir e modificar a entrevista, resolver algumas situações e verificar a ordem das questões, bem como desenvolver competências como entrevistador (Fortin, 2009). O pré-teste também permite evidenciar possíveis falhas na redação das questões, como: complexidade, imprecisão, incoerência, constrangimentos aos participantes e exaustão (Fortin, 2009). O pré-teste poderá comprovar se este apresenta os elementos essenciais, como a fidedignidade (se são

obtidos os mesmos resultados, independentemente da pessoa que o aplica); validade, (se os dados obtidos são todos necessários à pesquisa); e operatividade (se o vocabulário é acessível e claro para todos os participantes) (Marconi & Lakatos, 2003), com vista à sua apreciação para possível reformulação. Assim, após a elaboração do guião, este foi testado com dois enfermeiros que exerceram funções na Unidade de Queimados, não integrantes do grupo de participantes do estudo com características semelhantes.

O guião da entrevista divide-se em duas partes, a primeira constituída pela caracterização sociodemográfica do participante, com cinco questões e a segunda parte, constituída por cinco questões abertas, dirigidas para a compreensão desta problemática (apêndice VI).

As entrevistas foram realizadas após os participantes terem aceitado entrar no estudo, fizeram-no de forma livre, voluntária e esclarecida. Expressaram a aceitação através do preenchimento de uma declaração de consentimento informado (apêndice VII), previamente elaborada e posteriormente validada pela comissão de ética desse centro hospitalar.

Assim no início das entrevistas, os participantes foram informados que poderiam desistir do estudo a qualquer momento, sem que daí resultasse qualquer prejuízo para o próprio. Foi salvaguardada a sua identidade através de um código alfa numérico e garantida a cada participante, a destruição do material áudio, após a transcrição das entrevistas. Do universo de enfermeiros a exercer funções na Unidade de Queimados, na organização de saúde que autorizou a realização do nosso estudo no dia três de março de 2023, oito enfermeiros aceitaram participar no estudo.

Para Bogdan e Biklen (2013), após a realização, transcrição e análise dos dados, atinge-se a saturação dos mesmos quando a aquisição de informação é redundante, num determinado ponto da colheita de dados. Considerou-se ter atingido a redundância dos dados, quando se inquiriu 6 participantes. Deste modo, participaram no estudo 8 enfermeiros que cumpriam os critérios de elegibilidade previamente definidos e que de livre vontade aceitaram preencher o consentimento informado.

As entrevistas decorreram durante o mês de março de 2023 após o parecer da comissão de ética e deliberação do conselho de administração.

Assim as entrevistas foram realizadas no gabinete do enfermeiro responsável da UQ, de acordo com a disponibilidade dos participantes. A duração média de cada entrevista foi de quinze minutos, com um mínimo de dez minutos e um máximo de vinte. As entrevistas foram gravadas em áudio com um aparelho eletrónico adequado, proporcionando o registo adequado da entrevista. Tivemos em consideração, aquando da transcrição, o registo integral de todas as palavras utilizadas nos discursos. Após a finalização da transcrição, o

áudio será destruído seis meses após, respeitando a proteção, confidencialidade e o anonimato dos dados dos participantes.

4.3.5. Procedimento de tratamento de dados

Para proceder a análise de dados é necessário primeiro compreender alguns conceitos e respeitar algumas fases importantes nesta consecução. A técnica de tratamento de dados utilizada no presente estudo é a análise de conteúdo segundo o referencial teórico de Bardin. Bardin define como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 2016, p.38). No entanto, a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos, o investigador tira partido do tratamento das mensagens que manipula, para inferir, deduzir logicamente. Para Bardin (2016), a inferência de conhecimentos é a principal finalidade da análise de conteúdo. A opção por esta técnica deveu-se ao facto de termos optado por um instrumento de colheita de dados que contempla a entrevista semiestruturada. Evidentemente que as entrevistas semiestruturadas, produzem um volume de dados extremamente diversificado, dada a natureza, os valores e as crenças da pessoa entrevistada, perante a temática abordada. Para Henry e Moscovici citado por Bardin (2016) “tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo” (p.33). Portanto á primeira vista, tudo o que é comunicação parece ser suscetível de ser analisado. É o método das categorias, espécie de “gavetas” associadas por significados que permite a classificação da mensagem (Bardin, 2016). A análise temática ou categorial é o tipo de técnica que consiste em operações de desmembramento do texto em unidades (categorias) segundo reagrupamentos com os mesmos núcleos de sentido, preocupando-se com a frequência desses núcleos (Vilelas, J. 2020).

Para Bardin (2016) os investigadores principiantes deverão considerar algumas regras fundamentais na sua análise, deverá ser: Homogénea, ou seja, não se misturam “alhos com bugalhos”; Exaustivas, analisa-se a totalidade da mensagem das entrevistas; Exclusivas, um mesmo elemento do conteúdo não poderá ser classificado em duas categorias diferentes; Objetivas, codificadores diferentes devem chegar a resultados iguais e adequadas ou pertinentes, ou seja, adaptadas ao conteúdo e ao objetivo.

Portanto, uma análise de conteúdo, é uma análise de significados, sistemática e quantitativa do conteúdo extraído das comunicações a partir do qual surgem as respetivas interpretações. Este processo de sistematização do conteúdo das mensagens, promovido pela análise de conteúdo é organizado a partir de um processo de três etapas que compreendem a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados obtidos

e sua interpretação que serão apresentados e descritos num capítulo à parte pela pertinência dos dados.

Para Bardin (2016) a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), que recorre a indicadores (quantitativos ou não). Enquanto a descrição (a enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a etapa inicial, a interpretação (a significação concedida) será a fase seguinte. A inferência é o procedimento intermediário que vem permitir a passagem expressa e controlada de uma para a outra. As inferências procuram esclarecer as causas da mensagem ou as consequências que a mensagem pode provocar. Na prática, a análise de conteúdo pretende fornecer técnicas precisas e objetivas que sejam orientadoras e simples que ajudem a descobrir o verdadeiro significado da comunicação. É mandatário o investigador manter-se neutro no plano do significado do texto, na tentativa de descobrir o que existe por detrás da palavra.

A análise de conteúdo “per se” organiza-se em torno de três fases, sendo a primeira a pré-análise, seguindo-se da exploração do material e terminando com o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise é fundamental, pois é onde se organiza o material que constitui o corpus da pesquisa com o intuito de o tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais (Bardin, 2016). Passa essencialmente por quatro etapas importantes. Primeiro numa leitura «flutuante», onde existe um contato com o texto a analisar, depois a escolha dos documentos-partir de um contato, aprofundado, com o material em análise onde se procedeu à constituição de um corpus. A sua constituição e organização respondeu a critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, sendo imprescindível a preparação do material para depois, realizar a referenciação de índices e a elaboração de indicadores, e finalmente a concretização do tratamento dos resultados (Vilelas, 2020).

Em relação à referenciação de índices e a elaboração de indicadores- os índices fornecem indicações da mensagem e do conteúdo, onde os indicadores são os elementos que asseguram os índices previamente estabelecidos. O indicador correspondente será, segundo Bardin (2016), “a frequência deste tema de maneira relativa ou absoluta, relativamente a outros” (p.100). Desde a pré-análise que devem ser determinadas operações de recorte de texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática para a modalidade de codificação para o registo de dados (Bardin, 2016). Nesta fase, então, definem-se as categorias e a codificação, esta etapa é a etapa mais longa, é onde se efetivam as decisões tomadas na pré-análise e é o momento em que os dados em estado bruto são transformados de forma organizada e agregados em unidades.

A preparação do material faz parte da pré-análise, mas desenvolve-se previamente, onde o material reunido deve ser preparado.

Na exploração do material, uma fase exaustiva e de suma importância, consiste na fase em que os dados brutos do material são codificados para alcançar o núcleo de compreensão do texto (Vilelas, 2020). Portanto, selecionam-se as unidades de análise, no momento do seu agrupamento que constituirão as categorias poderá se fazer por frequência (repetição de conteúdos á maioria de resposta dos participantes) ou por relevância empírica (tema que apesar de não se repetir demonstra pertinência para o estudo). Conjuntamente com a formação das categorias e subcategorias procede-se à codificação das unidades de análise. No entanto, no momento da transcrição das entrevistas foi estabelecido algumas regras:

Cada participante foi denominado com *E* sendo seguido com um número que indica cronologicamente as entrevistas. As expressões retiradas aparecem associadas à entrevista que pertence referente á pergunta denominada com *P* seguido de um número alfanumérico representativo da pergunta a que corresponde. As reticências correspondem a pausa no discurso.

No Tratamento dos Resultados obtidos, Inferência e Interpretação- sendo a última etapa, que consiste no tratamento dos resultados, permitindo a elaboração de tabelas que condensam e destacam as informações fornecidas para análise. Deste modo, a análise dos resultados é feita a partir da análise de conteúdo das entrevistas. A análise e interpretação dos dados são considerados circunstância definidora da investigação. Iniciou-se então com a audição/transcrição do conteúdo das oito entrevistas que constituem o “corpus documental”. Partindo desta análise e interpretação, evidenciou-se as relações existentes entre o fenómeno estudado e outros fatores e verificou-se as relações entre as variáveis o que permitiu assim ampliar os conhecimentos sobre o fenómeno (Bardin, 2016).

Deste modo, ao analisarmos as entrevistas, tendo como suporte o quadro teórico e os objetivos propostos, emergiram um conjunto de categorias de codificação catalogadas segundo as áreas temáticas, aperfeiçoadas com o avançar da análise.

Num primeiro tempo, após a audição das entrevistas, no sentido de conseguirmos identificar as categorias, procedemos à transcrição das mesmas para suporte escrito. A linguagem utilizada pelos participantes foi respeitada integralmente. Num segundo tempo, as entrevistas foram lidas por diversas vezes e, a partir daí, procedemos à análise dos dados de acordo com Bardin. Atribuímos códigos a toda a informação contida nas mesmas, ao longo do processo de codificação, fomos comparando as categorias entre si, o que nos permitiu encontrar novas categorias, características e relações entre elas, passámos à

criação de grupos ou categorias de dados de acordo com a sua semelhança para definir as áreas temáticas, categorias emergentes, subcategorias distribuindo as unidades de análise respetivas, visíveis na matriz de redução de dados (apêndice VII).

4.3.6. Considerações éticas

A realização de qualquer estudo de investigação exige do investigador questionamento morais e éticas (Vilelas, 2020). Tendo em consideração que a investigação que envolve seres humanos pode pôr em causa os direitos e liberdades da pessoa (Vilelas, 2020) e recorrendo à ética como a ciência que regula a nossa postura e o nosso comportamento, o investigador elaborou um protocolo para submeter ao conselho de ética e administração do centro hospitalar para análise e parecer. De evidenciar que este estudo teve o apoio institucional, com pareceres positivos do Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar (Anexo II). A todos os participantes foi solicitado o preenchimento do consentimento informado, o qual continha toda a informação necessária acerca do estudo de investigação (apêndice VIII). A realização do consentimento informado antes da gravação das respostas á entrevista denotou desde logo o respeito pela liberdade e dignidade da pessoa humana. Neste estudo a confidencialidade foi respeitada e todos os dados recolhidos foram exclusivamente usados como descrito para este estudo. Durante realização das entrevistas, o respeito pela justiça e pela equidade foi assegurado na medida em que a pessoa participante foi informada sobre a natureza, a finalidade e a duração da investigação, bem como dos métodos utilizados. Para o registo dos dados fornecidos pelas entrevistas foi utilizado o gravador. Importante referir que após o tratamento dos dados as gravações serão destruídas de modo a proteger os participantes no estudo. Este estudo não adicionou qualquer custo, risco ou dano para os participantes, quer a nível pessoal, quer a nível profissional, na medida em que, a sua participação foi voluntária, livre e esclarecida consoante assinaturas do Consentimento Informado. Concluída a descrição do percurso metodológico, onde pretendemos retratar e fundamentar todos os procedimentos realizados, no próximo capítulo procederemos então à apresentação e análise dos dados obtidos.

4.4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, remetemo-nos à apresentação, análise dos resultados obtidos a partir da análise de conteúdo dos depoimentos obtidos através das entrevistas permitindo-nos compreender a abordagem dos enfermeiros à gestão da dor da Pessoa Grande Queimada, através dos seus saberes e vivências. Iniciamos a apresentação da caracterização sociodemográfica dos participantes (Quadro 3), seguido apresentação das áreas temáticas, categorias e subcategorias emergentes (Quadro 4). Optamos por proceder a

uma apresentação e uma discussão dos resultados separadamente, por nos parecer que isso facilitaria a compreensão e leitura dos mesmos.

4.4.1. Perfil sociodemográfico dos participantes

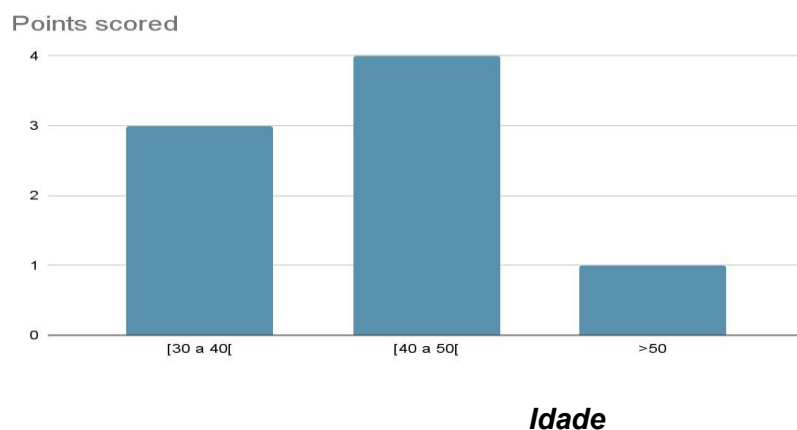
De seguida apresentamos os participantes do estudo que foram caracterizados quanto à idade, ao género, à formação académica, ao tempo de atividade profissional e ao tempo de serviço na Unidade de queimados consoante descrito no quadro abaixo.

Quadro 3- Caracterização sociodemográfica dos participantes da UQ

Variáveis	Intervalos/Atributos	N (=8)	% (100)
Idade	[30 a 40]	3	37,5
	[40 a 50]	4	50
	>50	1	12,5
Género	Feminino	7	87,5
	Masculino	1	12,5
Formação académica	Especialidade Médico-cirúrgica	2	25
	Mestrado Médico-cirúrgica	1	12,5
	Especialidade saúde comunitária	2	25
	Licenciatura	3	37,5
Tempo de experiência profissional	]1 a 10[	0	0
	[10 a 20[	6	75
	[20 a 30]	3	37,5
Tempo de experiência profissional na UQ	]1 a 10[	3	37,5
	[10 a 20[	4	50
	[20 a 30]	1	12,5

Como podemos verificar pelo quadro 3 e gráfico 1, relativamente à faixa etária a maioria dos participantes situa-se na faixa etária compreendida entre 40 e 50 anos, isto é 50% da nossa amostra, seguido de três enfermeiros entre os 30 e 40 anos, ou seja 37,5% dos participantes e apenas um participante com idade superior a 50 anos.

Gráfico1- Faixa etária dos participantes do estudo



Quanto ao perfil sociodemográfico verificamos que os enfermeiros entrevistados são maioritariamente do sexo feminino, sete participantes, isto é 87,5%, e um participante do sexo masculino, ou seja, 12,5 %, ilustrado no gráfico 2.

Gráfico 2- Distribuição do género dos participantes do estudo

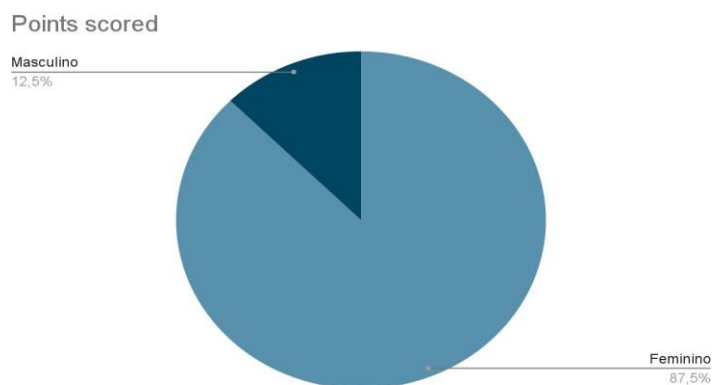
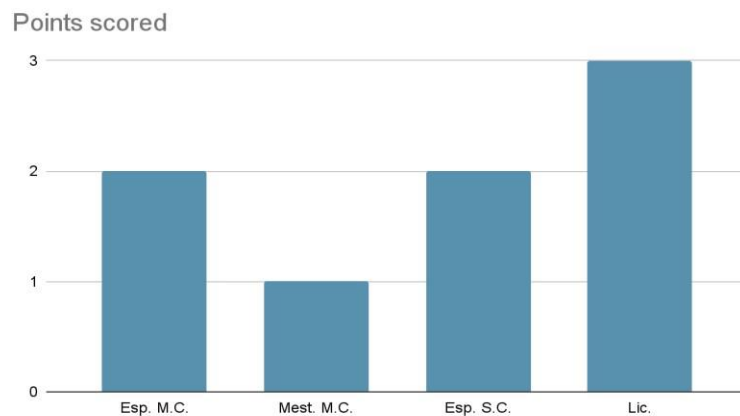


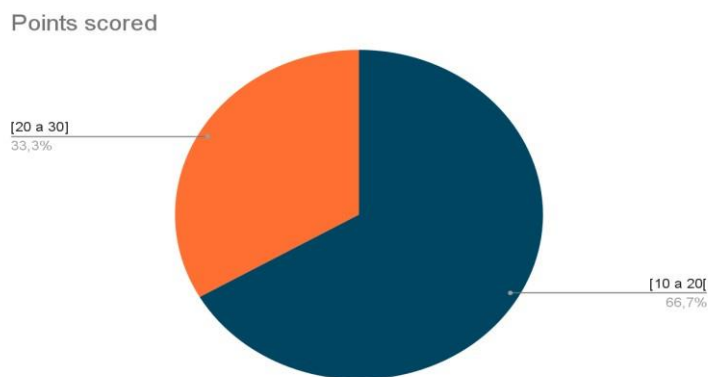
Gráfico 3- Formação académica dos participantes em estudo



Relativamente à formação académica dos participantes, podemos verificar que são na maioria são Enfermeiros Especialistas, dois na área médico-cirúrgica e dois na área da saúde comunitária, correspondendo cada um deles a 25% da nossa amostra, um mestre em médico-cirúrgica, 12,5% da amostra e três licenciados o que corresponde a 37,5% da nossa amostra em estudo.

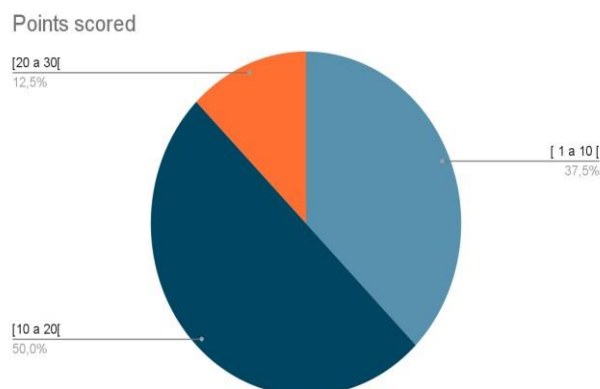
Em relação à experiência profissional, nenhum dos participantes tinha uma experiência inferior a 10 anos, a maioria dos participantes têm entre 10 e 20 anos, o que corresponde a 66,7% dos nossos participantes e três detêm uma experiência profissional de mais de 20 anos, ou seja, 33,3% do grupo de participantes, como podemos ver no gráfico 4. A média da experiência profissional dos nossos participantes é de 18 anos o que corresponde a uma equipa de peritos na prestação de cuidados à PSC (Benner, 2005).

Gráfico 4- Percentagem em relação ao tempo de experiência profissional dos participantes em estudo



Quanto ao tempo de serviço na Unidade de Queimados, três participantes exercem a sua atividade profissional na UQ entre 1 e 10 anos, mas a maioria exerce a sua atividade na UQ a mais de 10 anos o que corresponde a 50% da nossa amostra e apenas um participante com mais de 20 anos de experiência tornando-se uma referência dentro da própria unidade. Estes resultados mostram ser um grupo de participantes já com experiência significativa no cuidado da Pessoa Grande Queimada.

Gráfico 5- Percentagem em relação ao tempo de exercício profissional dos participantes em estudo



4.4.2. Áreas temáticas, categorias e subcategorias emergentes

Seguidamente apresentamos os resultados obtidos através da análise de conteúdo efetuada aos depoimentos dos enfermeiros. Para melhor análise elaborámos um quadro (quadro 4), distribuindo as unidades de registo por áreas temáticas, categorias e subcategorias as quais nos parecem refletir os aspetos mais relevantes do conteúdo dos depoimentos. De seguida apresentamos os resultados que permitem a compreensão do fenómeno em estudo, a gestão da dor da pessoa grande queimada.

Quadro 4- Matriz de redução de dados

Área Temática	Categorias	Subcategorias	N.º ua
Área Temática 1- Estratégias mobilizadas pelo enfermeiro na avaliação da dor na Pessoa Grande Queimada	Autoavaliação	Utilização da escala numérica para avaliação da intensidade da dor	2
		Questionamento sobre características de dor	5
	Heteroavaliação	Observação do Rosto	7
		Observação Corporal	5
		Monitorização dos parâmetros hemodinâmicos	4
		Observação da adaptação ao ventilador	2
		Discernimento clínico	6
Área Temática 2- Intervenções realizadas pelos enfermeiros no controlo da dor na Pessoa Grande Queimada	Medidas farmacológicas	Analgesia contínua	3
		Analgesia profilática	3
		Analgesia em SOS	2
		Ajuste do plano Terapêutico	4
	Medidas não farmacológicas	Posicionamentos	4

		Utilização de dispositivos	2
		Medidas de Conforto	4
		Interação	2
		Gestão de tempos dos tratamentos dolorosos	2
Área Temática 3- Dificuldades sentidas pelos enfermeiros no controlo da dor da Pessoa Grande Queimada	Relacionadas com a pessoa queimada	Limiar de dor	3
		Tolerância à dor	3
		Incapacidade de comunicar	2
		Ansiedade	1
	Relacionado com o enfermeiro	Dificuldade na determinação dose analgésica adequada	2
		Dificuldade na avaliação da dor	1
	Relacionado com organização do serviço	Recursos humanos insuficiente	1
		Défice de trabalho em equipa de saúde	2
		Défice de material/equipamento específico para avaliar a dor	1
		Ausência de registos de enfermagem	2
Área Temática 4- Perceção dos enfermeiros sobre as intervenções clínicas que maior dor provocam	Cuidados à região dadora		6
	Cuidados à região queimada		6
	Cuidados à região enxertada		2
	Balneoterapia		5
	Utilização de produtos tópicos com efeitos algícos		2

Da análise efetuada foram identificadas quatro áreas temáticas nomeadamente: Estratégia mobilizadas pelo enfermeiro na avaliação da dor na Pessoa Grande Queimada; Intervenções realizadas pelos enfermeiros no controlo da dor na Pessoa Grande Queimada; Dificuldades sentidas pelos enfermeiros no controlo da dor na Pessoa Grande Queimada e Perceção dos enfermeiros sobre as intervenções clínicas que maior dor provocam.

No sentido de simplificar a apresentação dos dados, as diversas áreas temáticas são exibidas de forma individualizada em quadros com as categorias e subcategorias e respetivas unidades de análise.

Estratégias mobilizadas pelo enfermeiro na avaliação da dor na Pessoa Grande Queimada

São várias as estratégias para avaliação da dor. Estas dependem de vários fatores desde logo da capacidade de pessoa ser capaz de responder. Sendo a avaliação da dor uma das fases essenciais na gestão da dor, no nosso estudo os enfermeiros desvendaram como realizam essa avaliação emergiu a área temática 1- Estratégias mobilizadas pelos enfermeiros na avaliação da dor da Pessoa Grande Queimada de onde sobressaíram duas categorias: autoavaliação e heteroavaliação as quais estão explanadas conjuntamente com as subcategorias e respetivas unidades de análise no quadro 5.

Quadro 5- Área temática 1- Estratégias mobilizadas pelo enfermeiro na avaliação da dor na Pessoa Grande Queimada: categorias, subcategorias e unidades de análise.

Área temática 1-Estratégias mobilizadas pelo enfermeiro na avaliação da dor na Pessoa Grande Queimada			
Categoria	Subcategoria	Unidade de análise (ua)	Nºua
Autoavaliação	Utilização da escala numérica para avaliação da intensidade da dor	“(…) a escala numérica (…) sempre que o doente verbaliza dor (…)” E1 “(…) No doente comunicante habitualmente a gente pergunta (…) uso as escalas 1 a 10 pergunto onde é que a dor está ali refletida e eles explicam (…)” E2	2
	Utilização da Escala das Faces para Avaliação da intensidade da dor	“(…) a escala de faces muitas vezes é utilizada…” E1	1
	Utilização do questionamento sobre características de dor	“(…) se está consciente ele queixa-se e diz-me que tipo de dor ele tem (…)” E4 “(…) quando eles comunicam temos que confiar naquilo que eles nos dizem se a dor é pouca se não é se a pior dor que eles já tiveram (…)” E5 “(…) pergunto se tem dor se consegue tolerar (…)” E6. “...No comunicante eles dizem-te (...) “aí não toque aí que me dói” “aí não mexa aí que está a doer-me” (...) pronto aí é mais fácil a própria pessoa dizer que tem dor ...” E8	4

Heteroavaliação	Observação do rosto	<i>"Pelo fâcies de dor (...)" E2</i> <i>"(...) avaliação (...) visual (...) olhando para o doente com fâcies de expressão de dor (...)" E3</i> <i>"(...) fâcies de dor que demonstram quando a gente [enfermeiro] olha para eles (...)" E4</i> <i>"(...) avalio olhando para o doente (...)" E6</i> <i>"(...) [avalio] através do fâcies que ele tem (...)" E7</i> <i>"(...) consegues perceber que ele tem dor pela fâcies (...)" E8</i>	6
	Observação do Corpo	<i>"(...) pela agitação do doente (...)" E1</i> <i>"(...) pelo retirar da mão (...)" E2</i> <i>"(...) quando tocamos se ele levantar um braço (...)" E5</i> <i>"(...) avalio olhando para o doente a reação que tem segundo a intervenção que eu estou a fazer (...)" E6</i> <i>"(...) consegues perceber que ele se move encolhe-se contrai-se (...) pelo movimentar na cama (...)" E8</i>	5
	Monitorização dos parâmetros Hemodinâmicos	<i>"(...) pelos parâmetros hemodinâmicos (...)" E2</i> <i>"Avaliação objetiva (...) pela monitorização [hemodinâmica] (...)" E3</i> <i>"Avalio (...) pelos sinais vitais quando eles fazem aquelas taquicardias e hipertensões..." E4</i> <i>"(...) vamos avaliando (...) ao mexermos ao tocamos a parte tensional que se altera nesse momento (...) sinais de hipertensão (...)" E5</i>	4
	Observação da Adaptação ao ventilador	<i>"(...) apesar de estarem ventilados reagem aos estímulos externos (...)" E2</i> <i>"... (...) estão sempre muito mais reativos o ventilador toca muito mais..." E8</i>	2
	Discernimento clínico	<i>"(...) muitas vezes não é correto, mas pela nossa própria experiência e da forma como nós vemos o doente já temos essa percepção se o doente está a sentir dor ou não (...)" E1</i> <i>"(...) que apesar de eles não conseguirem se queixar no fundo a dor vai lá estar (...)" E2</i> <i>"(...) não me oriento por escala nenhuma é mesmo pela minha experiência profissional é assim no dia a dia (...)" E4</i> <i>"(...) imagino que deva ser uma dor extremamente intensa (...)" E5</i> <i>"(...) não me oriento por escala nenhuma é mesmo pela minha experiência profissional (...)" E6</i> <i>"(...) muitas vezes consegues (...) perceber que ele está com dor por mais que (...) ele tenha sedação (...) analgesia, mas ele tem dor (...) tu tens consciência que ele tem dor (...)" E8</i>	6

Para a pessoa comunicante os enfermeiros recorreram à autoavaliação tendo sido identificadas três subcategorias: Utilização da escala numérica, Utilização da escala de faces e Utilização do questionamento sobre características de dor. Em que, dois participantes referiram a utilização da escala numérica para a avaliação da intensidade da Dor, visível nas expressões: *“(...) No doente comunicante habitualmente a gente pergunta (...) uso as escalas 1 a 10 pergunto onde é que a dor está ali refletida e eles explicam (...)”* E2. Mas, um enfermeiro referiu a utilização da escala das faces para avaliação da intensidade da dor. A utilização do questionamento sobre características da dor foi referida por quatro participantes referindo: *“(...) se está consciente ele queixa-se e diz-me que tipo de dor ele tem (...)”* E4 *“...No comunicante eles dizem-te (...) “aí... não toque aí que me dói” “aí, não mexa aí que está a doer-me” (...) pronto aí é mais fácil a própria pessoa dizer que tem dor...”* E8.

A categoria heteroavaliação emerge como a estratégia de avaliação da dor da pessoa não comunicante da qual se identificaram cinco subcategorias. A observação do rosto foi referida por sete participantes como mostra o depoimento; *“(...) avaliação (...) visual (...) olhando para o doente com fâcies de expressão de dor (...)”* E3; *“(...) fâcies de dor que demonstram quando a gente [enfermeiro] olha para eles (...)”* E4 *“(...) [avalio] através do fâcies que ele tem (...)”* E7; *“(...) consegues perceber que ele tem dor pela fâcies (...)”* E8. Na segunda subcategoria, referiram a observação do corpo, foi mencionada por cinco participantes nos seus discursos, por exemplo: *“(...) consegues perceber que ele se move encolhe-se contrai-se (...) pelo movimentar na cama (...)”* E8. A estratégia de monitorização dos parâmetros hemodinâmicos foi referida por quatro enfermeiros, visível nos seus discursos *“Avalio (...) pelos sinais vitais quando eles [doentes] fazem aquelas taquicardias e hipertensões...”* E4 *“(...) vamos avaliando (...) ao mexermos ao tocarmos a parte tensional que se altera nesse momento (...) sinais de hipertensão (...)”* E5.

Mas, dois participantes referiram também a observação da adaptação ao ventilador, foi mencionado como estratégia de avaliação justificado através de expressões: *“(...) apesar de estarem ventilados reagem aos estímulos externos (...)”* E2; *“... (...) estão sempre muito mais reativos, o ventilador toca muito mais...”* E8. Por último, seis participantes referiram utilizar como estratégia de heteroavaliação, o discernimento clínico, visível nos trechos: *“(...) muitas vezes não é correto, mas pela nossa própria experiência e da forma como nós vemos o doente já temos essa percepção se o doente está a sentir dor ou não (...)”* E1; *“(...)apesar de eles não conseguirem se queixar, no fundo, a dor vai lá estar (...)”* E2; *“(...)”*

não me oriento por escala nenhuma é mesmo pela minha experiência profissional, é assim no dia a dia (...) E4;

Agora, passamos à área temática 2 onde se encontram as intervenções realizadas pelos enfermeiros no controlo da dor na Pessoa Grande Queimada nesta UQ.

Intervenções realizadas pelos enfermeiros no controlo da dor na Pessoa Grande Queimada

O controlo da dor da pessoa grande queimada, à semelhança de qualquer outro tipo de dor, resulta duma intervenção concertada e multidisciplinar onde o enfermeiro tem um papel de relevo. As intervenções são variadíssimas e neste sentido emerge a área temática 2, intervenções realizadas pelos enfermeiros no controlo da dor na Pessoa Grande Queimada. Em que sobressaíram duas categorias, medidas farmacológicas e medidas não farmacológicas as quais estão explanadas conjuntamente com as subcategorias e respetivas unidades de análise no quadro 6.

Quadro 6- Área temática 2 -Intervenções realizadas pelos enfermeiros no controlo da dor na Pessoa Grande Queimada: categorias, subcategorias e unidades de análise.

Área temática 2- Intervenções realizadas pelos enfermeiros no controlo da dor na Pessoa Grande Queimada			
Categoria	Subcategoria	Unidade de análise (ua)	Nº de ua
Medidas Farmacológicas	Analgesia contínua	<i>"(...) nós geralmente temos doentes (...) com perfusões contínuas de analgesia (...) "E1</i> <i>"(...) para além da analgesia contínua e da medicação prescrita (...) "E2</i> <i>"Aqui na unidade passará sempre por medicação sempre (...) "E3</i>	3
	Analgesia profilática	<i>"(...) De uma forma profilática [analgesia por bolus] nos antecipamos a esses momentos de dor (...) a cada passo que há uma intervenção mais agressiva para o doente sim fazemos dessa forma preventiva (...) quando nós temos a perceção que existe um momento de dor ou que ele vai passar por um momento de dor (...) "E1</i> <i>"(...) administro a medicação que ele tiver em SOS antes de qualquer procedimento (...) "E6"</i> <i>(..)nos doentes que estão ventilados também damos sempre analgesia e sedação antes dos procedimentos (...) "E7</i>	3
	Analgesia em SOS	<i>"(...) para além da que está prescrita temos sempre os SOS que temos autonomia para lhes dar (...) "E5</i> <i>"(...) dares um analgésico extra ao que já tem em perfusão (...) "E8</i>	2

	Ajuste do plano Terapêutico	<i>"(...) Nos doentes que estão ventilados e sedados eles já têm a perfusão da analgesia e a gente vai ajustando dando bólus e aumentando a analgesia (...)” E4</i> <i>"(...) a gente tenta colocar toda a analgesia que pode de forma a combater a dor (...) vamos avaliando mediante outros sinais de que o doente nos possa manifestar</i> <i>(...) tentando sempre aumentar sempre que possível de forma a ele estar minimamente tranquilo (...)” E5</i> <i>"Nos sedados e analgesiados nós tentamos sempre administrar mais um” bolusinho” e mais uma medicaçãozinha para ver se eles não sentem aquelas alterações a nível de sinais vitais (...)” E6</i> <i>"(...) através da medicação não tens outras soluções é a medicação aumentar mais falar com o médico e aumentares mais a sedação (...)” E8</i>	4
Medidas não farmacológicas	Posicionamentos	<i>"Além da medicação prescrita temos também os posicionamentos a alternância de decúbitos com alguma regularidade (...)” E2</i> <i>"(...) às vezes pode ser uma situação apenas de [correção] desconforto posicional ou a perna que não está bem (...)” E5</i> <i>"(...) o posicionamento que ele vai tomar tenho esse cuidado em ver qual é o mais confortável possível (...)” E6</i> <i>"(...) posicionas um doente para a direita e se calhar ele gosta de estar mais para a esquerda ou de barriga para o ar (...) nós tentamos gerir isso, mas por vezes não é fácil “aí o doente ficou posicionado para a direita, mas depois o ventilador está sempre a tocar depois vais lá e retiras uma almofada ou ajeitas uma perna ou mais para a frente e ele acalma e acaba por sossegar(...)”E8</i>	4
	Utilização de dispositivos	<i>"(...) usar dispositivos que aliviem a pressão nas zonas que a pressão é exercida com maior incidência (...)” E2</i> <i>"(...) por vezes (...) uma simples almofada que se ajeitarmos aliviamos essa dor...” E5</i>	2

	Medidas de Conforto	<i>“(…) primeiro tenho que colocar o doente mais confortável possível (…)” E6</i> <i>“(…) tentar o deixar [o doente] o mais confortável possível (…)” E8</i> <i>“(…) O “supratelle” já está a ser muito usado em Espanha já tivemos aqui umas amostras no ano passado (…) não lhes provoca tanta dor é um penso que não tem de manusear muito só o penso secundário só tirar as compressas é para ir recortando o supratelle e os doentes realmente queixam-se muito menos (…)” E5</i> <i>“(…) tentar também nos cuidados de pensos fazer de forma a não haver rugas e não haver proeminências que fique ali maceradas (…)” E2</i>	4
	Interação	<i>“...vou conversando com o doente...” E6</i> <i>“(…) às vezes até incentivamos eles próprios que nos ajudem que colaborem connosco mesmo nesse sentido para nós não lhes tocarmos onde não devemos (…)” E5</i>	2
	Gestão de tempos	<i>“(…) habitualmente se temos que fazer colocação de alguma sonda o próprio puncionar (…)</i> mas muitas vezes conseguimos minimizar esses tratamentos aquando da realização de pensos (…) sempre que é possível conciliar esse tratamento nós fazemos nesse momento de anestesia, uma troca de uma sonda uma colocação de um cateter venoso central uma colocação de cateter arterial esse será o momento oportuno para tentarmos minimizar [a dor] nesse sentido ...” E1 <i>“(…) quando a intervenção acaba por ser mais exaustiva há um diálogo prévio com o médico assistente (…)</i> acordo há uma discussão da medicação que se prepara (…) e nesse campo nós temos o apoio da anestesia (…) 24 horas da parte deles e claro é uma mais-valia por isso a estratégia passa por definir o que vai ser feito e tentar minimiar essa condicionante ao doente (…)” E2	2

No que diz respeito à utilização de medidas farmacológicas, identificaram-se quatro subcategorias: Analgesia contínua, Analgesia profilática, Analgesia em SOS, Ajuste do plano Terapêutico. Três participantes referiram como intervenção no controlo da dor a, analgesia contínua, referindo *“(…) nós geralmente temos doentes (…)* com perfusões contínuas de analgesia (…)” E1; a analgesia profilática, como intervenção de controlo da dor antes de cada ato ou intervenção que possa provocar dor, foi também manifestado por três enfermeiros perceptível nas expressões: *“(…) De uma forma profilática [analgesia por bolus] nós antecipamos a esses momentos de dor (…)* a cada passo que há uma intervenção mais agressiva para o doente sim fazemos dessa forma preventiva (…) quando nós temos a percepção que existe um momento de dor ou que ele vai passar por um momento de dor (…)” E1; *“(…)nos doentes que estão ventilados também damos sempre*

analgesia e sedação antes dos procedimentos (...) E7; Já dois participantes referiram que intervêm com, analgesia em SOS, dizendo :“(...) *para além da que está prescrita temos sempre os SOS que temos autonomia para lhes dar (...)*” E5;“(...) *dares um analgésico extra o que já tens em perfusão (...)*” E8; emergiu ainda, o ajuste terapêutico, como medida farmacológica no controlo da dor na Pessoa Grande Queimada, como se pode observar no trecho“(...) *Nos doentes que estão ventilados e sedados eles já têm a perfusão da analgesia e a gente vai ajustando dando bólus e aumentando a analgesia (...)*” E4; “(...) *a gente tenta colocar toda a analgesia que pode de forma a combater a dor (...)* vamos avaliando mediante outros sinais de que o doente nos possa manifestar (...) *tentando sempre aumentar sempre que possível de forma a ele estar minimamente tranquilo (...)*” E5 ;

Relativamente à categoria, medidas não farmacológicas, identificaram-se cinco subcategorias no controlo da dor na UQ, designadamente: Posicionamentos, Utilização de dispositivos, Medidas de conforto, Interação, Gestão de tempos dos tratamentos dolorosos.

O recurso a posicionamentos como forma de alívio da dor da pessoa grande queimada, foi referido por quatro enfermeiros, visível no seguinte depoimento:“(...) *às vezes pode ser uma situação apenas de [correção] desconforto posicional ou a perna que não está bem(...)*”E5 “(...) *o posicionamento que ele vai tomar tenho esse cuidado em ver qual é o mais confortável possível (...)*” E6. A, utilização de dispositivos, foi mencionado por dois participantes, referindo “(...) *usar dispositivos que aliviam a pressão nas zonas que a pressão é exercida com maior incidência (...)*” E2; “(...) *por vezes (...)* uma simples almofada que ajeitamos alivia essa dor...” E5. O recurso a medidas de conforto, como intervenção no controlo da dor foi referido por quatro enfermeiros, dizendo“(...) *primeiro tenho que colocar o doente o mais confortável possível (...)*” E6; “(...) *tentar deixar [o doente] o mais confortável possível (...)*” E8; “(...) O “supratelle” já está a ser muito usado em Espanha já tivemos aqui umas amostras no ano passado (...) *não lhes provoca tanta dor é um penso que não tem de manusear muito só o penso secundário só tirar as compressas é para ir recortando o supratelle e os doentes realmente queixam-se muito menos (...)*”.A interação com a Pessoa Grande Queimada como intervenção no controlo da dor, foi manifestado por dois enfermeiros da seguinte forma“(...) *às vezes até incentivamos eles próprios que nos ajudem que colaborem connosco mesmo nesse sentido para nós não lhes tocarmos onde não devemos (...)*” E5. A gestão de tempos dos tratamentos dolorosos, como uma medida não farmacológica para o controlo da dor foi expressa por dois enfermeiros, dizendo “(...) *habitualmente se temos que fazer colocação de alguma sonda o próprio punccionar (...)* mas muitas vezes conseguimos minimizar esses tratamentos aquando da realização de pensos (...) *sempre que é possível conciliar esse tratamento nós*

fazemos nesse momento de anestesia (...) esse será o momento oportuno para tentarmos minimizar [a dor] nesse sentido ...” E1;” quando a intervenção acaba por ser mais exaustiva há um diálogo prévio com o médico assistente (...) acordo há uma discussão da medicação que se prepara (...) e nesse campo nós temos o apoio da anestesia (...) 24 horas da parte deles e claro é uma mais-valia por isso a estratégia passa por definir o que vai ser feito e tentar minimizar essa condicionante ao doente (...)” E2.

Dificuldades sentidas pelos enfermeiros no controlo da dor da Pessoa Grande

Queimada

A dor, sendo um fenómeno multidimensional e subjetivo, encerra em si um carater complexo que implica conhecimentos e competências específicas, assim como protocolos de atuação adequados para a sua abordagem e controlo efetivo. Neste pressuposto, os enfermeiros entrevistados manifestaram dificuldades em relação ao controle da dor na Pessoa Grande Queimada, tendo emergido a área temática 3, dificuldades sentidas pelos enfermeiros no controle da dor da Pessoa Grande Queimada, da qual sobressaíram três categorias, relacionadas com a pessoa queimada, relacionadas com o enfermeiro, relacionadas com organização do serviço, as quais estão explanadas conjuntamente com as subcategorias e respetivas unidades de análise no quadro 7.

Quadro 7- Área temática 3- Dificuldades sentidas pelos enfermeiros no controlo da dor da Pessoa Grande Queimada; categorias, subcategorias e unidades de análise.

Área temática 3- Dificuldades sentidas pelos enfermeiros no controlo da dor da Pessoa Grande Queimada			
Categoria	Subcategoria	Unidade de análise (ua)	Nº ua
Relacionadas com a pessoa queimada	Limiar de dor	<i>“(...) a grande dificuldade passa por (...) não conhecermos logo o doente numa fase logo inicial em que o doente dá entrada e nós não percebemos muitas vezes os limites onde podemos avançar com o doente (...)” E1</i> <i>“(...) há limiares de dor diferentes (...)” E3</i> <i>“(...) nós também ao final de alguns dias nós também já vamos começando a conhecer (...) os doentes então já vamos conseguindo ajudá-los (...)” E5</i>	3
	Tolerância à dor	<i>“(...) Tentamos medir um pouco a tolerância à dor do doente e até onde é que conseguimos ir com essa analgesia (...)” E1</i> <i>“(...) claro que (...) quando são aquelas pessoas mais novas têm menos tolerância à dor pedimos sempre aos médicos se podemos colocar uma perfusão de analgesia (...)” E5</i> <i>“(...) pergunto se tem dor se consegue tolerar ou assim equilibrando assim o meu trabalho com o doente (...) outros não toleram tanto a dor (...)” E6</i>	3

	Incapacidade de comunicar	<i>"(...) mais nos não comunicantes porque nem sempre a nossa percepção provavelmente não será nunca a correta a exata do que eles estão a sentir (...) minha maior dificuldade é essa é ter a certeza de que eles não estão a sentir dor por muito que eu tente (...)” E2</i> <i>"(...) eles estão a maior parte das vezes ventilados (...) é um bocado difícil conseguirmos avaliar (...)” E5</i>	2
	Ansiedade	<i>"(...) é uma forma deles se manifestarem serem muito apelativos (...) têm necessidade (...) de terem companhia de nos chamarem às vezes o motivo que usam é mesmo esse “tenho dor, dói-me esta perna (...) Para eles também começam a ser um internamento tão prolongado (...) que qualquer coisa já é dor...” E5</i>	1
Relacionadas com o enfermeiro	Dificuldade na determinação dose analgésica adequada	<i>"(...) achamos que o limiar de medicação para um para outro não tem nada haver, é muito diferente, só de tocar alguns berram há outros que a gente pode fazer tudo com um bocadinho de morfina é mais do que suficiente (...)” E4</i> <i>"(...) tentamos não dar a medicação em excesso porque pode ter (...) alteração hemodinâmica no doente (...)” E1</i>	2
	Dificuldade na avaliação da dor	<i>"(...) se calhar sinto que não sou eficaz (...) a gente não sabe medir, no fundo nós não conseguimos medir a dor de cada um (...)”E6</i>	1
Relacionadas com organização do serviço	Recursos humanos insuficiente	<i>"(...) Fácil não é. Por vezes estamos sozinhos a fazer os pensos não há médico e também aqui na unidade acontece isso e às vezes não é fácil tentarmos sempre que não haja dor (...) o médico não está disponível são tantos doentes a fazer pensos em simultâneo, três pessoa a fazer pensos ao mesmo tempo e é só um médico para cinco, quando há Bloco quando há Balneoterapia não é (...)” E7</i>	1
	Défice de trabalho em equipa de saúde	<i>"(...) A maior dificuldade aqui na unidade será a [interação com a equipa médica] (...) tendo em conta o clínico que estiver, há clínicos que nos dão mais autonomia (...)” E3</i> <i>"(...) se nós tivéssemos outro tipo de atitude mesmo com a equipe médica e [entre] nós mesmos (...)” E6</i>	2
	Défice de equipamento específico para avaliar a dor	<i>"(...) faltam alguns instrumentos que nos diga se é mesmo dor (...)” E4</i>	1
	Ausência de registos de enfermagem	<i>"(...) infelizmente pela falta dos registos informáticos que estão sempre para vir (...) está para chegar, pelas informações que nos vão dando, mas nunca chega (...)” E5</i> <i>"(...) embora não haja um registo concreto em como ela [a avaliação da dor] é feita, mas na nossa prática nós fazemo-lo ...” E1</i> <i>"(...) nós próprios não nos baseamos em escala nenhuma no registo em papel (...)” E5</i>	3

Relativamente às dificuldades Relacionadas com a pessoa queimada as unidades de análise foram agrupadas em quatro subcategorias. O Limiar de dor referido por três participantes como se observa no trecho “(...) *há limiares de dor diferentes (...)*”E3; “(...) *nós também ao final de alguns dias nós também já vamos começando a conhecer (...)* os doentes, então já vamos conseguindo ajudá-los (...)” E5. A tolerância à dor como uma dificuldade foi mencionada por três enfermeiros no seu discurso:“(...) *Tentamos medir um pouco a tolerância à dor do doente e até onde é que conseguimos ir com essa analgesia (...)*” E1 “(...) *pergunto se tem dor se consegue tolerar ou assim equilibrando assim o meu trabalho com o doente (...)* outros não outros não toleram tanto a dor (...)” E6. também a incapacidade de comunicar da pessoa queimada constitui-se uma dificuldade no controle da dor, sentida por 2 enfermeiros, como mostra o seguinte trecho:“(...) *mais dificuldade nos não comunicantes porque nem sempre a nossa percepção provavelmente não será nunca a correta a exata do que eles estão a sentir (...)* minha maior dificuldade é essa é ter a certeza de que eles não estão a sentir dor por muito que eu tente (...)” E2; A ansiedade da pessoa queimada é referida por um participantes como uma dificuldade sentida no controle da Dor, suportadas por estas declarações: “(...) *é uma forma deles se manifestarem serem muito apelativos (...)* têm necessidade (...) *de terem companhia de nos chamarem às vezes o motivo que usam é mesmo esse “tenho dor, dói-me esta perna (...)* Para eles também começa a ser um internamento tão prolongado (...) *que qualquer coisa já é dor...*” E5.

No que diz respeito à categoria relacionadas com o enfermeiro, identificaram-se duas subcategorias: Dificuldade na determinação da dose do analgésico e Dificuldade na avaliação da dor. Na primeira, dois participantes manifestaram “(...) *tentamos não dar a medicação em excesso porque pode ter (...)* alteração hemodinâmica no doente (...)” E1; Na segunda, um participante declara a sua dificuldade na avaliação da dor “(...) *se calhar sinto que não sou eficaz (...)* a gente não sabe medir, no fundo nós não conseguimos medir a dor de cada um (...)” E6.

No que se refere às dificuldades sentidas pelos enfermeiros no controlo da dor da Pessoa Grande Queimada na categoria relacionada com a organização do serviço, de acordo com os discursos dos participantes identificámos quatro subcategorias: recursos humanos insuficientes mencionado por um participante dizendo “(...) *Fácil não é por vezes estamos sozinhos a fazer os pensos não há médico e também aqui na unidade acontece essa parte como viste e às vezes não é fácil tentamos sempre que não haja dor (...)* o médico não está disponível são tantos doentes a fazer pensos em simultâneo três pessoas a fazer pensos ao mesmo tempo é só um médico para cinco quando há Bloco quando há

Balneoterapia não é (...) E7; .Enquanto que dois participantes referiram ,o déficite de trabalho na equipa de saúde, como uma dificuldade sentida no controle da dor em relação à organização do serviço, referindo que: *“(...) A maior dificuldade aqui na unidade será[a interação com a equipa médica] (...) tendo em conta o clínico que estiver há clínicos que nos dão mais autonomia (...)”* E3;*“(...) se nós tivéssemos outro tipo de atitude mesmo com a equipa médica e nós mesmos (...)”* E6; Só um participantes referiu ,o défice de equipamento específico para a avaliar a dor, referindo: *“(...) falta alguns instrumentos que nos diga se é mesmo dor (...)”* E4. No entanto, já dois participantes referiram no seu discurso que, a ausência de registos de enfermagem, revelara-se uma dificuldade relacionada com a organização do serviço no controle da dor da Pessoa Grande Queimada, declarando: *“(...) embora não haja um registo concreto em como ela é feita, mas na nossa prática nós fazemo-lo ...”* E1.

Perceção dos enfermeiros sobre as intervenções clínicas que maior dor provoca

A dor experimentada pela pessoa grande queimada na tem na sua etiologia não só a lesão provocada pela própria queimadura, mas também pelos procedimentos clínicos a que a pessoa tem de ser submetida, a literatura refere o tratamento das queimaduras, entre outros. Neste contexto, emerge, a área temática 4, a perceção dos enfermeiros sobre as intervenções clínicas que maior dor provocam, da qual sobressaíram cinco categorias: cuidados à região dadora, cuidados à região queimada, cuidados à região enxertada, balneoterapia, utilização de produtos tópicos com efeitos algícos apresentados no quadro8.

Quadro 8- Área temática 4- Perceção dos enfermeiros sobre as intervenções clínicas que maior Dor provoca: categorias e unidades de análise

Categoria	Unidade de análise (ua)	Nº ua
Cuidados à região dadora	<i>“(...) geralmente o doente refere mais dor na região dadora do que numa região enxertada (...)”</i> E1 <i>“(...) Zonas dadoras, a zona dadora em si gera muita dor (...)”</i> E3 <i>“(...) depois de fazer o enxerto que eles às vezes queixam muito é na zona dadora têm muita dor na zona dadora (...)”</i> E4 <i>“(...) eles queixam-se imenso porque aquela zona é muito mais dolorosa eles descrevem como a aquela dor muito miudinha eles queixam-se muito mais de uma zona dadora do que de um enxerto (...)”</i> E5 <i>“(...) a zona dadora quando fazem enxerto sempre nos referem que têm mais dor na zona dadora do que na zona que foi enxertada (...)”</i> E6 <i>“(...) A zona dadora quando fazemos um penso da zona dadora ah queixam-se imenso (...)”</i> E7	6

Cuidados à região queimada	<i>"(...) geralmente o doente refere mais dor na região dadora do que numa região enxertada (...)" E1</i> <i>"(...) Zonas dadoras, a zona dadora em si gera muita dor (...)" E3</i> <i>"(...) depois de fazer o enxerto que eles às vezes queixam muito é na zona dadora têm muita dor na zona dadora (...)" E4</i> <i>"(...) eles queixam-se imenso porque aquela zona é muito mais dolorosa eles descrevem como a aquela dor muito miudinha eles queixam-se muito mais de uma zona dadora do que de um enxerto (...)" E5</i> <i>"(...) a zona dadora quando fazem enxerto sempre nos referem que têm mais dor na zona dadora do que na zona que foi enxertada (...)" E6</i> <i>"(...) A zona dadora quando fazemos um penso da zona dadora ah queixam-se imenso (...)" E7</i>	6
Cuidados à região enxertada	<i>"(...) à medida que o doente tem a cicatrização mais instalada e evoluída eles referem muito mais dor quando toca (...) e depois de estarem cicatrizados têm muita sensibilidade naquela área não toleram que nós apertemos lá com a mão (...)" E6</i> <i>"(...) a abertura do enxerto pela primeira vez provoca muita dor (...) o simples retirar a ligadura causa dor (...)" E7</i>	2
Balneoterapia	<i>"(...) quando a gente começa a desbridar aí sim eles começam a ter mais dor (...)" E4</i> <i>"(...) a partir do momento que começam a ir ao bloco começam a desbridar vai cicatrizando vai ficando mais superficial a dor começa..." E5</i> <i>"(...) O desbridamento eu acho (...)" E6</i> <i>"(...) o esfregar quando temos mesmo que fazer ali uma boa limpeza ali na balneoterapia deve ser a parte que eles têm mais dor (...)" E7</i> <i>"(...) a balneoterapia o que mexe muito eles vão ter sempre muita dor (...)" E8</i>	5
Utilização de produtos tópicos com efeitos algícos	<i>"(...) quando fazemos um penso com "DaKin" (...) quando o doente acorda sente dor ardor (...)" E3</i> <i>"(...) eles queixam-se mais com a gaze gorda e o betadine não sei se será a posição que poderá ter ou não (...) a gente tem sempre a tendência de renovar o betadine a compressa deixa de ter betadine vamos recortando a gaze gorda, mas às vezes fica tão agarrada à pele mesmo ao tentar descolar com os cremes eles queixam-se imenso (...)" E5</i>	2

Os cuidados à região dadora são procedimentos que provocam mais dor à Pessoa Grande Queimada de acordo seis participantes, mencionado que *"(...) geralmente o doente refere mais dor na região dadora do que numa região enxertada (...)" E1* *"(...) Zonas dadoras, a zona dadora em si gera muita dor (...)" E3*; *A zona dadora quando fazemos um*

penso da zona dadora, ah... queixam-se imenso (...) E7. Também os cuidados à região enxertada e a balneoterapia são cuidados que mais dor provocam, utilizando expressões como: *“(...) Os cuidados de penso são os que provocam mais dor de todos eles (...)* E2; e *“(...) a partir do momento que começam a ir ao bloco começam a desbridar vai cicatrizando vai ficando mais superficial a dor começa...”*. Por último a utilização de produtos tópicos com efeito álgico, foi referida por dois enfermeiros como causadores de mais dor visível na expressão *“(...) quando fazemos um penso com “DaKin” (...) quando o doente acorda sente dor e ardor (...)* E3; *“(...) eles queixam-se mais com a gaze gorda e o betadine (...) a tendência é de renovar o betadine a compressa deixa de ter betadine e vamos recortando a gaze gorda, mas às vezes fica tão agarrada à pele mesmo ao tentar descolar com os cremes eles queixam-se imenso (...)* E5.

4.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Face ao referencial teórico apresentado, compreender o fenómeno da gestão da dor da pessoa grande queimada efetuada pelos enfermeiros, é abrangente e passa efetivamente por compreender a perceção individual dos intervenientes relacionado com os aspetos que enformam a abordagem e controlo da dor.

Assim, neste capítulo vamos discutir os resultados alcançados, tendo como base o referencial teórico apresentado, a melhor evidência e também a nossa própria reflexão. Para facilitar a sistematização desta discussão, procedemos à estruturação deste ponto consoante o a apresentação das áreas temáticas no capítulo anterior.

Estratégias mobilizadas pelos enfermeiros na avaliação da dor na Pessoa Grande Queimada

Sabemos que as queimaduras provocam uma das experiências mais intensas de sensação nociceptiva devido à lesão térmica provocada nos órgãos sensoriais da pele. Entre a dimensão física e psicológica, evidencia-se a dor como uma das experiências mais traumatizantes para a vítima de queimadura, tanto pela sua intensidade como pela sua persistência desde o momento da lesão até à regeneração dos tecidos, podendo ainda permanecer após a alta hospitalar (Ballantyne et al., 2019). Para Carvalho et al. (2019, p.84) num estudo qualitativo sobre a dor da queimadura e suas singularidades: perceções de enfermeiras assistenciais, corrobora que “a experiência álgica na queimadura é permeada por repercussões para além da dor física, sendo a isso acrescido o sofrimento desinente da transfiguração corporal, rejeição e interrupção das atividades laborais. A dor persiste durante a terapêutica que é, por vezes, desencadeante de um quadro doloroso

maior que o do momento do trauma, tornando a experiência da internação ainda mais traumática”.

Sendo a dor um sintoma que gera um grande sofrimento à pessoa, é fundamental que os enfermeiros na sua conceção de cuidados priorizem intervenções para mitigar este problema.

A Direção Geral da Saúde, desde o ano de 2003 define a dor como sendo o 5º sinal vital (DGS, 2003). Refere que a dor é um sintoma que acompanha de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. Enfatiza que o controle eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e um passo fundamental para a efetiva humanização das unidades de saúde. No entanto, para efetuar um correto controle da dor, é necessário identificá-la previamente, a sua avaliação deve ser a correta para intervir adequadamente junto da pessoa com Dor, designadamente a Pessoa Grande Queimada. Do que percebemos dos resultados do estudo, os enfermeiros efetuam esta intervenção, recorrendo à mobilização de diversas estratégias para a avaliação da dor da pessoa grande queimada. A DGS (2003), no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde, considera como norma de boa prática: o registo sistemático da intensidade da dor, a utilização para mensuração da intensidade da dor escalas validadas internacionalmente e a inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, um espaço próprio para registo da intensidade da dor. Embora atualmente ainda não exista uma solução única universalmente aceite para avaliar a dor em todas as situações, existem escalas validadas e com utilidade clínica comprovada para utilização em todas as idades e situações clínicas. A escolha da escala a aplicar deve ter em conta essencialmente: o tipo de dor (aguda ou persistente); idade, desenvolvimento ou integridade cognitiva; situação clínica (ventilado ou não ventilado mecanicamente).

Nas estratégias mobilizadas pelos enfermeiros na avaliação da dor da Pessoa Grande Queimada numa UQ, na pessoa comunicante foi referida a autoavaliação efetuada com recurso à escala numérica, recurso à escala das faces, e recurso ao questionamento sobre características da dor, como instrumentos de avaliação da dor. De facto, estes resultados corroboram a DGS que preconiza, desde 2003, como métodos de mensuração da intensidade da dor, a utilização de escalas, dentre as quais a escala numérica e de faces para pessoas conscientes e colaborantes.

Tratando-se de um sintoma, a dor é subjetiva e individual, modulada por fatores emocionais, a forma mais correta de a avaliar é, sempre que possível, a autoavaliação, utilizando para o efeito escalas de autoavaliação validadas internacionalmente: EVA (Escala Visual Analógica), Escala Visual Numérica (EVN), Escala Qualitativa ou Escala de

Faces. No entanto a experiência do fenómeno doloroso não acontece exclusivamente em pessoas conscientes e colaborantes, trata-se de um sintoma que acomete também pessoas inconscientes, em delírio, e por isso sem capacidade para verbalizar e autoavaliar. É o caso da Pessoa Grande Queimada, sendo uma pessoa em situação crítica, durante o internamente ela está muitas vezes sedada, e com ventilação invasiva, estando incapacitada de manifestar e autoavaliar a sua dor, o que requer estratégias de heteroavaliação. No nosso estudo também foram mencionadas várias: a observação do rosto, a observação corporal, a observação dos parâmetros hemodinâmicos, a observação da adaptação ao ventilador e o discernimento clínico.

Todas as estratégias utilizadas neste contexto, são válidas, sendo muitas delas parâmetros integrados em escalas de heteroavaliação da dor, isto é, escalas comportamentais. Porém os resultados do estudo revelam não ser utilizado nenhuma escala comportamental para avaliação da dor da pessoa grande queimada. No entanto, tendo em conta os referenciais teóricos, aquilo que se preconiza é, se a Pessoa é incapaz de expressar a sua dor, pelo estado de consciência ou por se encontrar submetida a ventilação mecânica invasiva, esta deverá ser monitorizada com o apoio de escalas comportamentais. A Behavioral Pain Scale (BPS) – foi validada em Portugal pela SPCI (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos) é um instrumento de avaliação mais válido para aplicação em doentes críticos (médicos, cirúrgicos ou de trauma) incapazes de autoavaliação e, nos quais as funções motoras estão intactas. A BPS é a escala adotada nas UCI para doentes sedados, ventilados e sem capacidade de expressar a dor. Portanto, nas Pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva preconiza-se a monitorização da dor através da BPS que mede a dor de três a doze pontos e o objetivo é ter um score de três (sem dor), tendo sempre em conta que as funções motoras da pessoa não devem estar alteradas. Existem, por isso, algumas condições na BPS que são considerados critérios de exclusão da aplicação da escala BPS, sendo elas: polineuropatia, tetraplegia, Escala de Coma de Glasgow (ECG)=3 e doentes submetidos a fármacos bloqueadores neuromusculares.

Perante isto, as escalas de avaliação da dor devem ser utilizadas e adaptadas ao estado clínico do doente, podendo, quando necessário, recorrer a escalas baseadas na observação do comportamento e/ou fácies do doente (EBA, 2015). De acordo com a European Burns Association (EBA), 2015, faz parte da função dos enfermeiros a vigilância rigorosa e contínua da dor do doente e da eficácia da terapêutica, para que os fármacos, nomeadamente os opióides, sejam ajustados.

Para Martins et al., (2002) numa reflexão sobre conforto- contributo teórico para a enfermagem, referem que o conforto acontece através de um cuidado considerado como confortador por meio de um processo que resulta da interação entre enfermeiro/pessoa queimada caracterizado pelo elevado grau de complexidade, resultante da singularidade da pessoa queimada e da competência e características de quem promove o conforto. É premente focar a pessoa vítima de queimadura no centro do cuidado de enfermagem, determinar se existe desconforto, quais os fatores que o desencadeiam, que dimensões do conforto estão afetadas, e que necessidades existem, para poderem supri-las, implementando intervenções e estratégias de avaliação da dor, que permitam interpretar se o conforto pleno foi alcançado. A teoria do conforto de Kolcaba permite afirmar que as intervenções de enfermagem promotoras de conforto serão consideradas uma boa prática nos cuidados de enfermagem se essa intervenção se refletir como confortadora pela pessoa queimada alvo dessa intervenção. Pois, o controle da dor na pessoa queimada é fundamental para a melhoria da capacidade funcional, psicológico, aumento da qualidade de vida com uma reinserção bem-sucedida na vida e na sociedade (Ballantyne et al., 2019). Portanto é fundamental a intervenção dos enfermeiros, nomeadamente dos enfermeiros especialistas, através de um cuidado diferenciado e especializado, exigindo competências bem consolidadas na gestão e controlo da dor da pessoa queimada, designadamente através do conhecimento aprofundado de estratégias de avaliação da dor.

Intervenções realizadas pelos enfermeiros no controlo da Dor na Pessoa Grande Queimada

Dentro das alternativas disponíveis para o controlo da dor, os enfermeiros deram ênfase ao tratamento farmacológico, que de resto é a alternativa mais adequada ao tratamento deste tipo de dor. Os enfermeiros realçaram executar uma analgesia contínua. Efetivamente, tal como refere Latarjet (2012) associar analgésicos com modos de ação diferentes, isto é, uma abordagem mais multimodal, permite uma maior eficácia com menos efeitos secundários. Também Castro et al (2013) num estudo sobre: o tratamento da dor em pessoas vítimas de queimaduras refere que no tratamento farmacológico os opióides assumem o papel principal, no entanto, devido ao risco de tolerância ou de hiperalgesia induzida por opióides, o seu uso deve de ser inserida numa abordagem de tratamento multimodal.

O recurso a analgesia profilática é também uma opção, quando são realizadas intervenções mais agressivas, e a analgesia em SOS, mas a maioria referiu a necessidade de um ajuste do plano terapêutico frequente durante o internamento na UQ. De facto, segundo Latarjet (2012, p.137), naquelas intervenções em que a dor vai ser provocada pelo

tratamento em si mesmo, dor devida aos atos terapêuticos, causadas pelas “limpezas” e pensos diários, o enfermeiro deve administrar de forma profilática analgesia e “a intervenção durante a intervenção, antecipar sempre o aparecimento da dor com injeções IV de medicamentos de ação rápida (estar à frente da dor) e após os cuidados, preocupar-se com o ajuste do tratamento da dor contínua”. Quando está prescrito medicação profilática, nunca deve ser dispensada, o enfermeiro tem nos seus deveres o alívio da dor.

Os enfermeiros também desenvolvem intervenções não farmacológicas como forma de combater a complexidade da queixa dolorosa, a maioria menciona os posicionamentos com regularidade e aplicação de medidas de conforto tais com a utilização de dispositivos para alívio da pressão, solicitando a interação com a pessoa queimada.

A gestão de tempos dos tratamentos dolorosos, como medida não farmacológica no controlo da dor corroborando um estudo de Latarjet (2012, p. 141) que evidenciou o “aproveitamento da analgesia para efetuar outros atos dolorosos, como ligados à reanimação e à fisioterapia afirmando também que “a rapidez com que se efetuam os cuidados locais é uma condição de sucesso”. Num estudo não publicado realizado pela Sociedade Francesa para o estudo e Tratamento da Queimadura (SFETB) especialistas franceses estimam que são necessários 38 minutos a três pessoas para os cuidados locais de uma queimadura de 30% da superfície corporal que não inclua a cabeça nem as mãos, 105 minutos para uma queimadura da face e 33 minutos para uma queimadura da mão (Latarjet, 2012).

Apesar das medidas farmacológicas serem o tratamento de primeira linha no alívio da dor da Pessoa Grande Queimada, o recurso a medidas não farmacológicas tem o seu lugar como medidas complementares. Existem estudos que mencionam várias medidas não farmacológicas para o controlo da dor na pessoa grande queimada. Num estudo transversal de Rohilla et al. (2018) realizado com o objetivo de avaliar o efeito da musicoterapia na dor, ansiedade, uso de opióides e variáveis hemodinâmicas durante a troca do penso de queimados demonstrou a redução dos níveis de ansiedade antes das trocas de pensos em comparação com as trocas de pensos diárias sem esta intervenção. Um estudo de Carvalho et al. (2019) sobre a percepção de enfermeiras acerca da dor da queimadura evidenciou como medidas não farmacológicas: estabelecer ligação com o paciente, esclarecer quanto aos procedimentos a que iria ser submetido, utilizar outro auxílio profissional, contribuir na assimilação da experiência.

Em síntese os enfermeiros reconhecem e utilizam uma variedade de medidas e de recursos e estratégias para o controlo da dor da pessoa grande queimada. Neste sentido, será importante continuar a estudar sobre o porquê de não se conseguir uma gestão da

dor eficaz apesar de se observar a realização de vários tipos de intervenções de enfermagem para o controlo da dor.

Dificuldades sentidas pelos enfermeiros no controlo da Dor na Pessoa Grande Queimada

A gestão e controlo da Dor, seja ela de que âmbito for, apesar dos avanços científicos, continua a ser uma lacuna nos cuidados em saúde, devido a múltiplos fatores. Os enfermeiros, elementos fundamentais nesta gestão continuam a manifestar dificuldades. Na unidade de queimados, os enfermeiros apresentam vários tipos de dificuldades, dificuldades relacionadas com a pessoa queimada, dificuldades relacionadas com o enfermeiro e dificuldades relacionadas com a organização do serviço. Sendo a dor um fenómeno subjetivo, uma das principais dificuldades no controlo da Dor na Pessoa Grande Queimada, é efetivamente relacionada com a própria pessoa, onde se destacam a variabilidade no limiar de dor, a tolerância à dor, que como se sabe diferem segundo a idade, género, extensão, profundidade e localização da queimadura. Enumeram-se ainda fatores como incapacidade de comunicar e a ansiedade da pessoa queimada. Estes resultados corroboram Latarjet (2012, p.136), o qual refere que a “variabilidade da intensidade dolorosa é característica da dor do queimado que o torna dificilmente previsível de um dia para o outro no mesmo doente ou de um doente para o outro com as mesmas lesões”. O autor também refere que o nível de dor depende da localização das lesões (as extremidades são mais dolorosas) mas, também, do estado de evolução. Embora o animo e outros fatores extrínsecos como a confiança, informação, pessoas à volta condicionam o “bom funcionamento dos sistemas fisiológicos inibidores da dor com limiares de sensibilidade que podem flutuar ao longo do dia ou da evolução das lesões”.

Sabe-se que a modulação da Dor da queimadura está relacionada com aspetos sensoriais presentes na pele, variando consoante a extensão e a profundidade do tecido traumatizado que acompanha todo o processo de cicatrização. Porém, enquanto nas queimaduras mais superficiais, se verifica apenas algum eritema ou a formação de flitenas, sem grandes consequências ao nível da derme ou órgãos sensoriais, sendo por isso mais dolorosas, mas de rápida cicatrização, nas queimaduras mais profundas, de segundo grau profundo e terceiro grau, verifica-se o envolvimento das camadas mais profundas da derme e dos recetores térmicos cutâneos e apesar de inicialmente não demonstrarem Dor mais tarde ocorre uma sensibilização e reorganização dos recetores térmicos cutâneos e sempre que a pessoa queimada é submetida a tratamentos diários de limpeza e pensos à queimadura, sente Dores profundas em locais que não sentia antes (Ballantyne et al., 2019).

Os resultados de um estudo realizado por Carvalho et al. (2019) mostram a dor como uma queixa difícil de tratar pela sua persistência desde o momento do trauma, durante o tratamento e no processo de cicatrização da pele. Caracterizando como uma experiência subjetiva e multidimensional, diversificando-se na qualidade e na intensidade sensorial, e dependendo variáveis afetivo-motivacionais indissociáveis desencadeando ou potencializando a sensação álgica, ao elevarem o nível de ansiedade diminuem a tolerância à dor.

Quanto às dificuldades sentidas no controlo da dor relacionadas com o enfermeiro foi expressa a dificuldade na determinação da dose analgésica adequada e a dificuldade na avaliação exata da dor na Pessoa Grande Queimada. Duas dimensões fundamentais na gestão da dor, a avaliação e o tratamento. No que se refere à dificuldade na determinação da dose analgésica adequada, de facto, existem particularidades na Pessoa Grande Queimada. Algumas alterações na farmacocinética dos medicamentos são observadas em pacientes queimados. Inicialmente, desenvolve-se uma resposta inflamatória sistêmica, há diminuição do fluxo sanguíneo para os órgãos, consequentemente existe uma diminuição da depuração renal dos fármacos. Depois, dessa fase observa-se um aumento geral do metabolismo, com aumento subsequente da depuração dos fármacos levando a menor efeito da analgesia. Por esta razão, os opiáceos u-agonistas continuam a ser a medicação de base e assumem o papel principal na terapia da dor em Pessoas Grandes Queimadas. Devido ao risco de tolerância ou de hiperalgesia induzida por opioides, o seu uso deve ser sempre integrado numa abordagem de tratamento multimodal (Wiechman et al., 2011).

Relativamente às dificuldades sentidas pelos enfermeiros no controlo da dor inerentes à organização do serviço de realçar a ausência de registos da avaliação, o défice de trabalho em equipa de saúde, o défice de equipamento específico para avaliar a dor e recursos humanos insuficientes.

A importância e a relevância de um sistema de registos encontram-se descrito nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, registos que devem incorporar as necessidades de cuidados, as intervenções de Enfermagem e os resultados a essas intervenções. O Guia orientador de Boa Prática da Ordem dos Enfermeiros (2008, p.19), recomenda “registar a intensidade da dor no suporte de registo dos sinais vitais em uso”. Também o indica a circular normativa nº9 da DGS de 2003, onde refere ser um dever do profissional de saúde e um direito do doente numa ótica de humanização de cuidados. Neste estudo, os resultados mostram que o registo da avaliação da dor ainda não é uma prática consistente, apesar de se transmitir verbalmente por alguns enfermeiros não há um registo efetivo na folha de registo.

Um estudo realizado por Silva e Ribeiro (2011) sobre a participação da equipe de enfermagem na assistência à dor da pessoa queimada concluiu que a participação do enfermeiro é fundamental no processo, podendo influenciar no êxito e na eficácia do alívio da dor. Outro estudo mais recente realizado por Carvalho et al (2019) sobre a dor da queimadura e suas singularidades, percepções de enfermeiras assistenciais colocam em evidência que a falta de um protocolo que direcione o cuidado para o alívio da dor, ocasiona não só uma experiência traumática com efeitos psicológicos e físicos para as pessoas queimadas como também torna a experiência de cuidar pessoas vítimas de queimaduras stressante para os enfermeiros.

O déficit de trabalho em equipa de saúde também é uma dificuldade sentida pela equipa de enfermagem no controlo da dor da Pessoa Grande Queimada assim como recursos humanos insuficientes. Num estudo realizado por Amadeu et al. (2020) sobre a carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva destinada a pessoas com queimaduras em que o objetivo era mensurar a carga de trabalho de enfermagem, concluíram que pessoas vítimas de queimaduras, exigiam uma elevada carga de trabalho de enfermagem e apontaram para a necessidade de se reconsiderar o dimensionamento de enfermeiros com esse perfil assistencial.

Em síntese pelo exposto percebemos que as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no controlo da dor da pessoa grande queimada são múltiplas e variadas, e que estão em linha com outros estudos.

As Intervenções Clínicas que maior Dor provoca na Pessoa Grande Queimada

Segundo as percepções dos enfermeiros relativamente sobre as intervenções clínicas que maior dor provoca à Pessoa Grande Queimada salientam-se: os cuidados à região dadora, cuidados à região queimada, cuidados à região enxertada, balneoterapia, identificados como cuidados extremamente dolorosos. De relevar ainda a utilização de determinados produtos tópicos com efeitos algícos durante os tratamentos.

O primeiro penso após a cirurgia é especialmente dolorosa. Efetivamente foi observado em campo a realização do primeiro penso após a cirurgia sendo especialmente dolorosa com a retirada de agrafes que pela extensão pode chegar à centena e seguido do tratamento da zona dadora. Latarjet (2012) corrobora que no pós-operatório de excisão - enxerto da Pessoa grande Queimada, as zonas dadoras do enxerto podem gerar dores contínuas suplementares extremamente vivas durante 48 horas. Atchinson estudou em detalhe a dor sentida pelas pessoas queimadas durante a execução dos pensos e mostrou que os momentos mais dolorosos eram o da retirada da última compressa e o do desbridamento

que exigem analgésicos extremos para serem indolores (Atchinson et al., 1991). Os dois primeiros pensos, em que o desbridamento dos tecidos mortos é máximo, são momentos críticos em que não se deve hesitar em recorrer à anestesia geral (Latarjet, 2012). Para além de termos verificado estas intervenções, no nosso estudo, verificamos também os cuidados à região enxertada e a utilização de produtos tópicos com efeitos álgicos como intervenções causadoras de dor na pessoa grande queimada.

Em resumo, para além da lesão provocada pela queimadura ser causa de dor intensa da Pessoa Grande Queimada, existem um conjunto de fatores geradores ou potenciadores de dor nestas pessoas, associadas ao próprio tratamento, desde logo cuidados de tratamento às feridas e o uso de determinados produtos tópicos.

4.6. SÍNTESE DO ESTUDO

O cuidado em enfermagem numa unidade de queimados requer do enfermeiro várias competências, sendo necessário uma avaliação minuciosa das necessidades da pessoa, habilidades técnico-instrumentais específicas e um saber consolidado do processo de cuidar. Neste contexto, a gestão da dor, enquanto 5º sinal vital, integra uma área de intervenção de suma importância. O enfermeiro, elemento indispensável no processo de cuidar, na gestão da dor aguda da pessoa grande queimada tem um papel fundamental no êxito e eficácia das intervenções implementadas para o alívio da dor, que englobam o diagnóstico de enfermagem precoce, avaliação sistemática, administração de protocolos terapêuticos ajustados e o registo.

No nosso estudo, percebemos que as estratégias mobilizadas pelos enfermeiros na avaliação da dor da Pessoa Grande Queimada numa UQ, foram estratégias de autoavaliação e heteroavaliação para a pessoa comunicante e não comunicante respetivamente. Os enfermeiros utilizam a escala numérica, e a escala das faces para a autoavaliação. No entanto, não utilizam nenhuma escala comportamental para a heteroavaliação.

Relativamente às Intervenções realizadas pelos enfermeiros no controle da dor na Pessoa Grande Queimada, foi dado ênfase ao tratamento farmacológico, salientando-se a analgesia profilática e analgesia em SOS quando são realizadas intervenções mais agressivas/dolorosas, e o Ajuste do plano terapêutico frequente. Os enfermeiros também desenvolvem intervenções não farmacológicas como forma de combater a complexidade da queixa dolorosa, recorrendo-se a posicionamentos utilização de dispositivos para alívio da pressão, a governação clínica dos cuidados.

Os enfermeiros manifestaram dificuldades de várias ordens no controlo da dor na Pessoa Grande Queimada, dificuldades relacionadas com a pessoa queimada, dificuldades relacionadas com o enfermeiro e dificuldades relacionadas com a organização do serviço. Efetivamente, uma das principais dificuldades no controlo da dor na Pessoa Grande Queimada, estão relacionadas com a variabilidade no limiar e tolerância à dor, a incapacidade de comunicar e a ansiedade. Relacionadas com o enfermeiro foram expressas a dificuldade na determinação da dose analgésica na avaliação exata da dor, dimensões fundamentais na gestão da dor, a avaliação e tratamento. Relativamente às dificuldades relacionadas com a organização do serviço realçaram a ausência de registos da avaliação, mas também, o défice de trabalho em equipa de saúde, o défice de equipamento específico para avaliar a dor e os recursos humanos insuficientes.

Os enfermeiros têm a perceção que as intervenções clínicas que maior dor provocam à Pessoa Grande Queimada são os cuidados à região dadora como o mais doloroso, embora, cuidados à região queimada, cuidados à região enxertada e balneoterapia, também foram identificados como cuidados extremamente dolorosos.

O estudo proporcionou uma reflexão quanto à abordagem na gestão da dor da Pessoa Grande Queimada numa UQ, no entanto como continuação deste estudo seria interessante futuramente avaliar a incidência da dor neuropática na pessoa vítima de queimadura. Esperamos que este estudo possa ter contribuído para a melhoria de cuidados prestados à Pessoa Grande Queimada e que possa surgir como ponte para outros estudos de investigação nomeadamente a influência da realidade virtual como medida não farmacológica no controlo da dor na pessoa vítima de queimadura.

Em síntese, os resultados obtidos indicam a necessidade de melhor capacitar os enfermeiros da unidade de queimados, investindo na formação, de forma a permitir uma conceção de cuidados desde a identificação precoce da dor, avaliação sistemática das queixas da pessoa, administração de protocolos analgésicos ajustados, permitindo uma gestão da dor da pessoa grande queimada de forma eficaz.

CAPÍTULO 5-
DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NUMA UNIDADE DE QUEIMADOS

Aos enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, são reconhecidas várias Competências designadas por Comuns e Competências Específicas (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro). As Competências Comuns, são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, reveladas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro). Por outro lado, as Competências Específicas são aquelas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro). O estágio foi desenvolvido tendo por base estas competências, pelo que foram definidos os seguintes objetivos:

- Desenvolver Competências Comuns de Enfermeiro Especialista;
- Desenvolver Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de cuidados à Pessoa em Situação Crítica;

Neste sentido, de seguida passamos a apresentar as atividades desenvolvidas, através de uma análise crítica e reflexiva, demonstrando as capacidades e competências adquiridas.

5.1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

É através da certificação das competências clínicas especializadas, que o EE demonstra possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza e aplica na prática clínica. Todavia, cada uma destas competências dividem-se em várias unidades de competência, que agrupadas representam uma realização concreta. Por sua vez, cada uma destas unidades corresponde vários critérios de avaliação, que compreendem elementos que “devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando-se com o alcance descrito “(Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 6 de fevereiro de 2019, p.4745).

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista designadas pela Ordem dos Enfermeiros, previstas no regulamento nº 140/2019, são as seguintes: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais e serão de seguida descritas cada uma delas.

5.1.1. Responsabilidade profissional ética e legal

A conceção de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, com frequência incorpora fatores de índole ética e bioética. No respeito pela dignidade da pessoa humana, a intervenção do enfermeiro especialista deve ser sustentada num corpo de conhecimentos e competências no domínio ético–deontológico e legal. Neste sentido definimos como objetivo de estágio:

- ❖ Desenvolver consciência de responsabilidade profissional, ética-deontológica e legal na prática de cuidados de enfermagem especializados na área médico-cirúrgica.

No âmbito dos deveres do EE, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal contempla desenvolvimento de uma prática profissional consciente, ética e legal, na área de especialidade, assim como a garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Em enfermagem existem referenciais que são básicos e estruturantes no campo ético-deontológico, como o estatuto da OE e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). O Estatuto da OE estabelece “os princípios orientadores que deverão nortear o exercício da profissão de enfermagem” (Lei nº 156/2015, de 16 de setembro, p. 8102). O REPE (1996) tem descrito no seu artigo 8º que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro, p. 2961).

Podemos referir que as principais preocupações éticas expressas diziam respeito à informação ao doente, ao acompanhamento em fim de vida e à responsabilidade profissional em intervenções interdependentes. A UQ é uma unidade de cuidados intensivos fechada e caracteriza-se por um ambiente diferenciado de prestação de cuidados de saúde, que exige condições de trabalho especiais, disponibiliza cuidados às pessoas queimadas com uma temperatura ambiente entre 26 e 30 graus, com pessoal e estruturas próprias e individualizadas, para promover a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de Pessoas Grandes Queimadas que apresentam a falência de uma ou mais funções vitais. A responsabilidade do enfermeiro em contexto de cuidados intensivos para queimados manifesta-se pelo modo como exerce a sua profissão em termos de valores e ética profissional e a maneira como dá resposta ao ser humano enquanto pessoa em situação crítica, instável e que inspira cuidados. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005) “não basta a qualidade científica ou técnica (...) pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora” (p.17). Acredita-se, porém, que os cuidados à pessoa em situação crítica

com queimadura grave e muito grave em falência multiorgânica, assim como o stress vivido por parte das pessoas doentes e dos profissionais condicionam muitas vezes a humanização dos cuidados, levando muitas vezes, a uma missão difícil de ser cumprida.

Ao longo do estágio as situações vivenciadas com maior frequência foram as da decisão da pessoa (consentimento/recusa de proposta terapêutica), dilemas na informação a transmitir, atuação perante os processos de morte, decisão de não reanimar e respeito pelos direitos humanos em situações adversas, (transfusões maciças de Hemoderivados, amputações de Membros por processos de isquemia irreversível, proposta para doação de órgãos, etc.) A tomada de decisão requer por parte do enfermeiro, uma sensibilidade moral acentuada e um saber ético aguçado, aliado à experiência de vida e um grande compromisso pessoal para fazer o que “está certo”.

O estágio decorrido na UQ permitiu o contacto com várias situações de tomadas de decisão éticas na prática, promovendo a discussão e reflexão com o enfermeiro orientador e restantes elementos da equipa. Procurámos ter sempre presentes os princípios éticos subjacentes aos cuidados de enfermagem: princípio da beneficência (fazer o bem); princípio da não-maleficência (não fazer o mal); princípio da justiça (distribuição equitativa, justa e adequada) e o princípio da autonomia, autodeterminação ou autogoverno (poder de decisão sobre si mesmo). Encontrámos algumas situações em que fomos confrontadas com dilemas de grande complexidade a nível ético, prestámos cuidados a uma pessoa em situação crítica Grande Queimada com queimaduras de 3 e 4 graus com atingimento de 90% de área total queimada na face, tórax, membros superiores e inferiores com queimaduras circulares no tórax e pescoço, durante várias semanas, foi proposta à comissão de ética hospitalar para possível transplante de Face, sendo o primeiro a ser realizado a nível nacional. No entanto, não ocorreu, pois, durante o processo de espera a pessoa doente acabou por falecer.

Prestamos especial importância ao respeito pelo direito do cliente à informação. Informamos a pessoa doente e a família em relação aos cuidados prestados de enfermagem, atendemos com seriedade e cuidado os pedidos de informação ou explicação feitos pela pessoa doente/ família, procurámos atender e aperfeiçoar a capacidade de resposta às solicitações das pessoas doentes e/ou família/pessoa de referência, dando especial atenção ao conteúdo transmitido, à adequação e clareza da linguagem usada no sentido de garantir a compreensão da informação no qual se baseia o consentimento dos cuidados;

Prestamos atenção ao respeito pela privacidade do cliente- o direito ao respeito da intimidade da vida privada é protegido, como direito fundamental no artigo 26º da

Constituição da República Portuguesa. O segredo é uma condição necessária à realização de certas relações interpessoais onde a intimidade está presente: o respeito, o amor, a amizade, a confiança. É o respeito sobre a intimidade do outro que fundamenta a existência de um dever de guardar segredo sobre a informação a que se tem acesso por via do exercício profissional (Deodato, 2004). Para fundamentar eticamente este dever, considerou-se, o princípio da confiança pedra basilar da relação do cuidado em Enfermagem. É numa relação de confiança que se baseia a entrega do outro ao nosso cuidado, manifesta-se por simples gestos como fechar as persianas entre os quartos e o corredor exterior (onde têm acesso as visitas e passagem dos profissionais exteriores à UQ), durante os cuidados de higiene e realização de procedimentos invasivos, cobrir a pessoa queimada na passagem para a cama banheira para ir à balneoterapia e ao Bloco. Estes são alguns cuidados à pessoa queimada consciente ou inconsciente que se encontra internada na UQ, mas que mesmo assim mantém o seu direito à privacidade, um exemplo entre outros, uma vez que se considera que a privacidade das pessoas doentes deve de ser respeitada.

Prestamos atenção ao respeito pelo direito do cliente à escolha e autodeterminação no que diz respeito aos cuidados de saúde – respeitar, defender e promover o direito do doente ao consentimento informado (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros artigo 84º alínea b)). Atualmente a decisão terapêutica deixou de ser exclusivamente responsabilidade do profissional de saúde para passar a ser partilhada com a pessoa doente ou, da pessoa de referência que o substitua, em caso de incapacidade, que manifestarão a sua vontade aceitando ou não a estratégia terapêutica.

A comunicação é a base fundamental para a transmissão da informação. O direito da pessoa a ser informada é hoje indiscutível. Esta é atualmente a realidade hospitalar na qual a pessoa doente tem um papel cada vez mais interventivo e participativo. Sendo a informação a base da fundamentação das decisões autónomas das pessoas, informação necessária para que estas possam consentir ou recusar medidas ou procedimentos de saúde a ele propostos. Mas muitas vezes o enfermeiro questiona-se: que informação dar? O utente tem o direito de ser esclarecido sobre os objetivos dos procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos no tratamento conservador ou cirúrgico da queimadura; de ser informado da natureza dos procedimentos, da duração dos tratamentos, dos benefícios, dos prováveis desconfortos, inconvenientes e possíveis riscos físicos, psíquicos, económicos e sociais que possa ter. Um marco histórico no direito à informação e ao consentimento prévio foi o *Patient's Bill of Rights* - Carta dos direitos do paciente, publicada em 1973 pela Associação Americana de Hospitais, servindo de referência para a prática dos profissionais de saúde. O princípio de autonomia está

associado ao conceito de consentimento informado, uma vez que se considera uma autorização autónoma, livre, dada para uma intervenção médica e/ou pesquisa mediante condições legais por ela implicadas. O consentimento informado é “um dos corolários do primeiro princípio da bioética; autonomia de todo e qualquer ser humano, baseado na dignidade da pessoa e no direito que ela tem à sua autorrealização individual” (Archer, 1999). Este conceito baseia-se na autonomia da pessoa, sendo que este agir autónomo implica “estar livre de qualquer influência exterior, nomeadamente forças manipuladoras ou coercitivas” (Antunes, 2013). O artigo 38º do Código Penal estabelece que o “consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida (...) e que pode ser revogada até à execução do facto”. O Código Penal Português estabelece que qualquer intervenção do médico sobre a pessoa só é lícita se esta tiver dado o seu consentimento. Porque intervenção sem consentimento é um atentado ao direito de a pessoa exercer livremente a sua autonomia em relação ao seu corpo. Na proteção da integridade pessoal é imperativo a regra segunda a qual, qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ser efetuada depois da pessoa que vive uma situação de saúde/doença, em causa ter dado o seu consentimento livre e esclarecido – regra que encontra consagração a nível do código penal e da lei de bases da saúde. Os profissionais podem ser severamente punidos pela falta de consentimento para uma determinada intervenção. Podem incorrer em responsabilidade criminal (Art. 156º do Código Penal); em responsabilidade civil (o profissional é responsabilizado como se tivesse praticado ofensa à integridade física, logo poderá responder por danos físicos e morais) e responsabilidade disciplinar (pois viola um dever previsto no Código Deontológico, na Lei de Bases da Saúde, podendo responder perante a sua Ordem profissional e perante a instituição de saúde). Na UQ assistimos à realização de pedidos de consentimento informado para a realização de uma amputação de membro inferior devido a uma queimadura de quarto grau, para as idas BO no tratamento cirúrgico com transplantes de pele de cadáver ou autoenxerto, ou para a realização de traqueostomias. Na proteção da integridade pessoal é imperativo a regra segunda a qual, qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ser efetuada depois da pessoa que vive uma situação de saúde/doença, em causa ter dado o seu consentimento livre e esclarecido. Informar a pessoa doente e a família em relação aos cuidados prestados de enfermagem, atender com seriedade e cuidado os pedidos de informação ou explicação feitos pelo doente/família, procurámos aperfeiçoar a comunicação terapêutica através de capacidade de resposta às solicitações dos doentes e/ou família/pessoa de referência, dando especial atenção ao conteúdo transmitido, à adequação e clareza da linguagem usada no sentido de garantir a compreensão da informação no qual se baseia o consentimento dos cuidados.

Para este tipo de intervenção especializada adotou-se sempre uma postura de disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e informação, antecipando e prevendo as necessidades da família e da pessoa doente.

O debruçar sobre a temática da dor, demonstrou um especial cuidado por tratamento digno da PSC Grande Queimada. Na realização do Estudo de Investigação, também as questões éticas foram salvaguardadas, através da realização dos diferentes pedidos de autorização ao diretor clínico do serviço, ao enfermeiro-chefe do serviço, à direção hospitalar e à comissão de ética hospitalar (anexo II) e o consentimento informado dos participantes do estudo (apêndice VIII).

Em suma, no final deste percurso, desenvolvemos um cuidar ético e uma prática profissional e responsável sustentada num juízo baseado na experiência e conhecimento científico. A pesquisa bibliográfica que sustentou a realização deste estudo de investigação, bem como a construção das tomadas de decisão, alicerçou-se em artigos científicos recentes e em intervenções baseadas no mais elevado nível de evidência. O desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas conjuntamente com a equipa de enfermagem e a pessoa vítima de queimadura permitiram o respeito pelos princípios éticos inerentes à profissão e à prática de enfermagem. Durante a construção do percurso fomos interiorizando os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão, nomeadamente do ser humano, garantindo que todos os cuidados de enfermagem respeitem alguns princípios básicos, nomeadamente os princípios da autonomia, justiça e beneficência, reconhecendo assim a dignidade da vida humana. Pelo exposto consideramos ter consolidado a consciência de responsabilidade profissional ética deontológica e legal na prática de cuidados de enfermagem especializados na área Médico-Cirúrgica.

5.1.2. Melhoria contínua da qualidade

Desde o início deste século que o papel do enfermeiro em unidades de cuidados intensivos tem sido colocado em evidência, conjuntamente com o aumento progressivo das necessidades da população, que por sua vez depositam a confiança nos recursos e meios disponíveis. Os cuidados à PSC e/ou falência multiorgânica exigem uma atuação consciente e segura, em que a Enfermagem tem cada vez mais um papel preponderante, pela perceção das implicações que tem uma atuação proficiente na sobrevivência e recuperação da qualidade de vida das pessoas. De acordo com o CDE (2009), analisar habitualmente os cuidados prestados e reconhecer cuidados sujeitos a mudança de abordagem é um dever dos enfermeiros, assim como garantir, as condições de trabalho que proporcionem um exercício com dignidade e autonomia, comunicando através das vias

competentes, os bloqueios que prejudiquem a qualidade desses cuidados. Neste âmbito de atuação, o enfermeiro especialista tem uma intervenção importante na medida em que detém competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, tal como explanado no regulamento de CCEE previsto no Decreto-Lei nº26/2019. Com base nestes pressupostos delineamos para este estágio o seguinte objetivo:

- ❖ Desenvolver competências na implementação de práticas de qualidade, através de intervenções de enfermagem seguras sustentadas na melhor evidência, da participação na gestão de serviços e da colaboração de programas de melhoria contínua.

Os profissionais de saúde na UQ cuidam diariamente de pessoas vítimas de queimaduras com necessidades de cuidados de saúde especializados multivariados, como por exemplo alívio de dor e sofrimento.

É de extrema importância uma prestação de cuidados de elevada qualidade ao Grande Queimado na Unidade de Queimados nas primeiras 48h, como tal a primeira abordagem deve ser iniciada o mais precocemente possível, uma vez que aumenta consideravelmente a sobrevivência da pessoa vítima de queimadura e diminui possíveis sequelas. Como tal, procurámos realizar uma sessão formativa sobre: Abordagem à Pessoa em Situação Crítica Grande Queimada nas primeiras 48 horas numa UQ (apêndice II). A uniformização de cuidados na atuação ao Grande Queimado vai permitir aumentar exponencialmente a qualidade destes. Como futuros EE procuramos a excelência do exercício, assumindo a atualização contínua dos conhecimentos, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Sendo que a qualidade de vida da Pessoa Grande Queimada passa também por uma correta avaliação e controlo da sua dor, este domínio de atuação foi alvo do nosso investimento e desenvolvimento de competências durante o estágio de modo a aliviar o sofrimento e assim a proporcionar a melhor qualidade de vida, o melhor conforto e bem-estar à Pessoa Grande Queimada. Segundo a teoria do conforto de Katharine Kolcaba e seus postulados, os enfermeiros devem identificar as necessidades de conforto não satisfeitas, conceber medidas de conforto para abordar essas necessidades e procurar melhorar o conforto das pessoas doentes, que é o resultado desejado (Tomey & Alligood, 2004). Em que Kolcaba define “necessidades de cuidados de saúde como necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão, que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais” (Tomey & Alligood, 2004, p.483).

A Unidade de Queimados possuía poucos protocolos de atuação, alguns dos quais pouco atuais. Relativamente à dor não existia nenhum protocolo ou procedimento de atuação, sendo identificada como uma necessidade do serviço. Perante esta realidade, bem como os resultados obtidos no estudo de investigação relativos às dificuldades e lacunas dos enfermeiros na intervenção face à dor, no sentido de mitigar esta lacuna planearam-se intervenções que culminaram na conceção e realização de um procedimento sobre: A gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Queimada (apêndice III). Entretanto, o enfermeiro chefe enviou para aprovação e validação hospitalar ficando à disposição da equipa no serviço. o EE no âmbito do processo de melhoria da qualidade executa a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua” (Regulamento nº 140/2019). De evidenciar que, a elaboração deste procedimento permite o desenvolvimento de práticas de qualidade, indo simultaneamente ao encontro a uma das premissas descritas no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, na procura da excelência do exercício profissional, deve fazer a gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos, medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Numa UQ, a excelência da qualidade de cuidados pelo EE não termina no alívio da dor. Apesar dos avanços no tratamento da Pessoa Grande Queimada, a infeção ainda é a complicação mais frequente e a causa de mortalidade mais frequente. Para Echinard e Latarjet (2012), as principais causas de infeção são a ferida provocada pela queimadura, pela alteração na estrutura e função de barreira cutânea com grande carga de colonização bacteriana, imunossupressão, possível translocação gastrointestinal, lesões respiratórias, dispositivos invasivos de diagnóstico, tratamento e internamentos longos. Em 2004 a National Nosocomial infections Surveillance System Report, mostram que as taxas de incidência da infeção são mais elevadas nas UQ com pessoas queimadas quando comparadas com pessoas doentes de cuidados intensivos de outras unidades. O desenvolvimento da infeção na pessoa queimada sofre variabilidade com o tempo da ferida, do internamento, da precocidade e do tipo de tratamento médico-cirúrgico (Rafla e Tredget, 2011). Os enfermeiros são o grupo profissional que mais contato direto tem com a pessoa doente, e por esse facto são o grupo profissional que tem um papel preponderante no controlo da infeção da Pessoa Grande Queimada. É de suma importância para a prática dos cuidados de enfermagem de excelência, no que concerne ao controlo da infeção conhecer quais os microrganismos mais frequentes, recolher informação sobre estes microrganismos e os cuidados a ter de acordo com as suas especificidades. Neste sentido,

e porque o EE baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica e porque deve desenvolver ações de melhoria de qualidade de cuidados, realizámos uma sessão formativa sobre: A pessoa com queimadura grave e o controlo de infeção (apêndice III). Com o objetivo de atualizar conhecimentos sobre : a microflora patogénica da pele e os fatores relacionados com a gravidade da queimadura; o diagnóstico de infeção e os fármacos mais utilizados no tratamento de infeção da Pessoa Queimada e relembrar e atualizar conhecimentos sobre as Precauções Básicas de Controlo de Infeções (PBCI) e as adicionais.

Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa uma condição fundamental para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco (Ordem dos Enfermeiros 2019). Assim, permitiu-nos atualizar e consolidar intervenções, onde as medidas de PBCI foram revistas e aplicadas na realidade da UQ, permitindo assim colaborar na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros envolvendo todos os profissionais de saúde afetos ao serviço na manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção. Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuamos proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco (Ordem dos Enfermeiros 2010, pág. 7).

De acordo com a International Symposium on Biomedical Imaging (ISBI, 2016) a avaliação nutricional da pessoa logo após a lesão por queimadura é essencial e deve ter em conta fatores como a gravidade da lesão e antecedentes clínicos das pessoas doentes, na medida em que estes podem influenciar a eficácia da terapia nutricional a aplicar. Nas *guidelines* publicadas em 2016, os autores realçam a importância da avaliação nutricional como parte integrante de todo o tratamento à Pessoa Grande Queimada (ISBI, 2016). Na UQ a equipa de nutrição considera que todos os doentes têm elevado risco nutricional, pelo que as dietas são sempre personalizadas pelo nutricionista e pelo médico assistente. Segundo esta equipa, o enfermeiro não intervém ativamente nesta avaliação, no entanto, é o profissional com mais vigilância efetiva sobre a tolerância da pessoa queimada à dieta administrada, logo assume uma função de extrema importância na tomada de decisão. Para colmatar necessidades formativas neste âmbito, realizamos um póster em colaboração com outros colegas sobre: Qual a intervenção do enfermeiro especialista na terapia nutricional da pessoa grande queimada na unidade de queimados. Evidenciamos a queimadura grave na PSC como um hipermetabolismo e catabolismo intensos e duráveis, com necessidades nutricionais elevadas, o que proporciona uma resposta do organismo com todos os recursos para fornecer os substratos energéticos necessários aos tecidos

agredidos, necessitando assim de elevados aportes de energia, glícidos e proteínas e pobre em lípidos (Berger & Chioléro, 2012). Com o objetivo de: Conhecer a intervenção do EE na Terapia Nutricional da PSC com queimadura grave; Conhecer os métodos de avaliação nutricional e conhecer as medidas que visam reduzir as necessidades energéticas da Pessoa Grande Queimada. A vigilância do estado nutricional ajuda a definir aportes adequados, bem como a identificar os doentes em risco de complicações. A ingestão nutricional é foco de atenção do enfermeiro e torna-se pertinente perceber que intervenções fazem parte das responsabilidades destes profissionais de saúde na área da Terapia Nutricional da Pessoa Grande Queimada. Acordamos conjuntamente com a equipa ficar afixado na sala de trabalho de enfermagem para rápida consulta (apêndice IV).

Segundo Rowley-Conwy (2013), os enfermeiros “são os profissionais com maior oportunidade de monitorização da tolerância e dos efeitos da dieta administrada” p. 68, a partir da avaliação dos valores glicémicos e avaliação do resíduo gástrico e sua monitorização, assim como dos sinais gastrointestinais devendo, por isso ter um conhecimento dos tipos de nutrição e serem capazes de identificar qualquer problema. Com o intuito de aprofundar conhecimentos nesta área, para além da revisão integrativa da literatura sobre o tema, participamos no I Congresso Serviço de Medicina Intensiva - da Tecnologia à Pessoa em Situação Crítica, que se realizou em Penafiel, no qual realizamos a apresentação do mesmo póster (anexo I). Através deste tipo de atividade foi desenvolvido capacidades de reflexão e seleção de fontes de informação relevantes para a tomada de decisão clínica que determine intervenções que garantam um ambiente terapêutico e seguro.

5.1.3. Gestão dos cuidados

Obter metas como a qualidade, a efetividade, a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde, a gestão de cuidados é uma área fundamental para a consecução desse propósito. O enfermeiro tem um papel preponderante entre os diversos intervenientes na gestão dos serviços de saúde. Neste contexto, preconiza-se para o EE as competências na gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, na gestão dos recursos face a as situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados, bem como a liderança de equipas. Assim, definimos como objetivo de estágio:

- ❖ Desenvolver competências de gestão de cuidados e de recursos, com vista à garantia de um ambiente seguro e de qualidade.

Realizámos o visionamento das práticas como estratégia de aprendizagem, numa ótica e perspetiva académica avançada, visionando o desenvolvimento dos enfermeiros, o seu bom desempenho e a qualidade dos cuidados prestados em prol da pessoa queimada e a sua família, foi sempre uma importante parte das preocupações durante a prática clínica. Ao longo dos estágios clínicos, com o desenvolvimento dos projetos de intervenção em serviço e procurando a melhor gestão de recursos humanos e materiais, tentou-se promover a mudança positiva no educar, monitorizar, através de um espírito crítico e reflexivo dos cuidados prestados nesta área de especialização nomeadamente no âmbito do controlo da Dor da pessoa vítima de queimadura e cuidados na prevenção e controlo da infeção.

Aos enfermeiros da UQ não é suficiente desenvolver somente competências técnicas, mas tão importantes como essas é importante desenvolver competências relacionais para uma otimização dos cuidados verdadeiramente holísticos. Esta análise crítica foi o ponto de partida para o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa doente e estabelecer relações de trabalho construtivas com a equipa multidisciplinar. Na rotina de trabalho dos enfermeiros desta Unidade foram identificados vários constrangimentos em que se reconheceu no papel do enfermeiro responsável da equipa uma importância crucial no sentido de maximizar a equipa em prol da pessoa queimada e gerindo as inúmeras situações de stress e ansiedade aplicando mecanismos de coping adequados, quer à pessoa doente quer aos profissionais permitindo a colaboração e ajuda na tomada de decisões compartilhadas.

A UQ está inserida no Serviço de cirurgia plástica e Reconstructiva sob a gestão de o enfermeiro chefe que por sua vez elegeu um enfermeiro responsável para ajudar e compartilhar a gestão da UQ já há oito anos. O método de organização e planificação dos cuidados é realizado pelo enfermeiro responsável pela unidade para a semana elegendo um enfermeiro coordenador de equipa, que é o enfermeiro especialista ou o mais experiente na UQ caso não haja enfermeiros especialistas no turno. Este elemento é preponderante na gestão de cuidados, dos recursos humanos e liderança da equipa. O plano semanal da distribuição de trabalho da UQ inclui a unidade de internamento, balneoterapia e bloco operatório não obedecem a critérios de continuidade dos cuidados, mas sim ao grau de dependência das pessoas queimadas e carga de trabalho. O turno da manhã sendo o turno com mais carga de trabalho, idas ao BO e balneoterapia, com execução de todos os cuidados da pessoa queimada existe um rácio de 1 enfermeiro e ½ por pessoa queimada, ou seja, para cinco doentes na UQ existem oito enfermeiros a contar com o enfermeiro responsável como elemento participativo dos cuidados. Durante a tarde e a noite o rácio fica diminuído a um enfermeiro para dois doentes de nível III. Assim o

enfermeiro responsável da UQ tem como função a gestão do pessoal e do material, nomeadamente a encomenda dos vários enxertos de pele para transplante durante a semana, assim como assumir o papel de enfermeiro instrumentista ou circulante no Bloco. Também delega ao coordenador de equipa as tarefas de supervisionar e coordenar a Equipa de Enfermagem, conferir os registos de estupefacientes, verificação do material do carro de urgência e prazos de validade da medicação sempre que aberto e utilizado, no qual participamos, pois, o EE e Mestre em EMC, Bruno Costa tutor do nosso estágio era frequentemente coordenador da Equipa de Enfermagem.

Participámos também na gestão de cuidados no seio da equipa multidisciplinar através da prestação de cuidados à PSC Grande Queimada, assim como na partilha de informações pertinentes associados à prestação dos cuidados de enfermagem. Na realização de passagens de turno e registos, procurou-se de forma clara e sucinta a partilha com a equipa da informação pertinente de cada pessoa queimada, bem como a sugestão de alternativas que pareceram adequadas, baseada na minha experiência de 25 anos ao cuidado da PSC, contribuindo na continuidade da qualidade dos cuidados de enfermagem. Manifestamos um trabalho eficaz no seio da equipa multidisciplinar com a manutenção de uma atitude participativa nas atividades desenvolvidas em colaboração com a restante equipa inerentes aos procedimentos de assistência à PSC e/ou falência multiorgânica, adaptando uma comunicação eficaz e ajustada às intervenções à pessoa /família vítima de queimadura, consolidando a capacidade de estabelecer prioridades na resolução de problemas complexos.

Perante um olhar mais reflexivo sobre a área da gestão dos cuidados de enfermagem. Na gestão de recursos humanos, o tipo de liderança a adotar vai determinar o empenho das equipas no alcance dos objetivos propostos. A liderança pode ser essencialmente de três tipos: autocrática, ou seja, focada no líder que mantém um forte controlo sobre o grupo e tomada de decisão; democrática, em que todos os membros do grupo participam na tomada de decisão e no estabelecimento de objetivos; e por último, laissez-faire, em que o líder assume uma atitude passiva e não diretiva, onde as decisões são tomadas pelo grupo com o mínimo de intervenção do líder. Segundo a minha perspetiva e observando o responsável de equipa durante quase 6 meses de estágio, percebemos que o enfermeiro responsável atuava como agente de mudança de forma a motivar a equipa, não assumia apenas um único tipo de liderança, mas sim os 3 tipos tentando sempre adequar a sua prestação à situação apresentada de acordo com as necessidades do todo e das tarefas a serem concluídas. Isto implica por parte do enfermeiro enquanto gestor uma grande capacidade de diagnóstico assim como de conhecimento do outro, sensibilidade, capacidade de orientação sem imposição e de

motivação e envolvimento dos liderados no trabalho da equipa. O EE, a quem muitas vezes cabe a coordenação e chefia de serviços, deve deter competências de gestão no âmbito da otimização do trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados e da adaptação do estilo de liderança adequado ao clima organizacional ((Regulamento nº140/2019, 2019).

Em suma, ao longo dos diferentes estágios e ao liderar o projeto de intervenção no serviço de UQ, participamos e efetuamos gestão de cuidados, procurando a otimização da resposta da equipa de enfermagem ao cuidado da Pessoa Grande Queimada com dor. Procurando a utilização dos recursos adequados à situação e contexto, em que foi necessário identificar oportunidades de melhoria, estabelecer prioridades, selecionar estratégias adequadas aos objetivos estabelecidos e coordenar a sua implementação, disponibilizando-se a informação necessária para o processo de cuidar, o que permitiu o desenvolvimento de competências inerentes ao domínio da Gestão dos cuidados.

5.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A enfermagem, sendo uma profissão que desenvolve a sua ação sustentada em conhecimentos técnico-científicos, humanos e éticos, credíveis e atualizados, exige dos enfermeiros, a procura constante da melhor evidencia científica de forma a implementar cuidados adequados, seguros e de qualidade. Neste sentido, o Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº140/2019, 2019) preconiza o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pelo que definimos como objetivo de estágio:

- ❖ Desenvolver a capacidade de integrar conhecimentos técnico-científicos, humanos e éticos, provenientes de referenciais teóricos de qualidade e na melhor evidência, com a finalidade de desenvolver intervenções de enfermagem especializadas à pessoa em situação crítica.

Neste domínio, a aquisição de competências está relacionada com o investimento pessoal a nível do crescimento profissional. Enquanto adquiríamos novos conhecimentos científicos, para além de os aplicar na prática profissional diária, procurámos, também, partilhar e disseminar esse conhecimento com os pares, nas passagens de turno, em sessões de formação, e individualmente sempre que solicitada.

A prática baseada em evidência facilita o processo de tomada de decisão clínica, integrando a experiência clínica, as preferências dos doentes e a mais recente evidência

científica. A tomada de decisão é definida como uma componente fundamental na prática de enfermagem, a etapa final do raciocínio clínico na resolução de problemas, onde é necessário realizar uma gestão adequada das dificuldades, com base num adequado julgamento clínico (Banning, 2008). Consideramos que ao longo do desempenho clínico demonstrámos um ganho natural e efetivo a nível de autonomia e consequente melhoria do desempenho, definitivamente associado às aprendizagens adquiridas através da consulta da melhor evidência.

O EE deve assumir-se como empreendedor e facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (Regulamento nº 140/2019, de 6 de Fevereiro). A formação em serviço atua como um dos principais vetores para o aprofundamento e desenvolvimento de competências que resultam da resolução de problemas que decorrem dos contextos ou situações de trabalho na produção de novos conhecimentos em enfermagem (Relvas, 2018). No entanto, poderemos dizer que, a produção de conhecimento em enfermagem deve ser acompanhada pela sua divulgação e publicação contribuindo ativamente para uma melhoria continua da qualidade dos cuidados. Como tal, efetuamos a divulgação dos resultados preliminares do estudo de investigação num evento científico (apêndice V) e a apresentação do e-poster sobre “As intervenções do Enfermeiro Especialista na terapia Nutricional na Pessoa Grande Queimada na Unidade de Queimados” (apêndice IV), contribuindo desta forma para a divulgação de conhecimento em enfermagem.

Estamos crentes que a área da formação e investigação foram bastante desenvolvidas pelo que foi possível o desenvolvimento do autoconhecimento e a assertividade e a aquisição de conhecimentos técnico-científicos, humanos e éticos provenientes de evidência científica sustentando uma praxis clínica especializada.

Em suma perante todo o percurso até aqui realizado permitiu-nos desenvolver competências como facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho liderando de forma assertiva a formulação e implementação de padrões e procedimentos de cuidados para a prática especializada no contexto de trabalho, sempre fundamentado em dados provenientes da evidência que interpretamos e divulgamos á equipa, demonstrando assim desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

5.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

No cuidado à PSC Grande Queimada é necessário possuir competências e uma formação estruturada para que o planeamento dos cuidados seja eficaz e eficiente. Portanto, o EEEMC, na área de enfermagem PSC apresenta um conjunto de competências específicas que incluem: cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos e dinamizar a resposta em emergências, exceção e catástrofe, da conceção à ação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

5.2.1. Cuida da Pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A Pessoa Grande Queimada “é num primeiro tempo, essencialmente um doente de reanimação com dores e ansioso, em estado de hipovolémia, hipoxia e hipotermia” (Échinard & Latarjet, 2012, pág.82), transitando depois para uma “fase de evolução crítica, que compromete o prognóstico vital a curto e médio prazo” (Échinard & Latarjet, 2012, pág.89). Assim, os cuidados de enfermagem prestados a estas pessoas doentes são altamente qualificados implementados de forma contínua, permitindo manter as funções básicas de vida prevenindo complicações e limitando incapacidades. Pelo mencionado definimos como objetivos de estágio:

- ❖ Desenvolver competências na conceção de cuidados especializados à PSC Grande Queimada;
- ❖ Aprofundar conhecimentos sobre as alterações fisiopatológicas da PSC Grande Queimada;
- ❖ Desenvolver competências na gestão da Dor da PSC Grande Queimada;
- ❖ Desenvolver competências na relação terapêutica com a PSC Grande Queimada e a sua família.

As vivências em estágio foram repletas de humanismo e sabedoria, onde o intensivismo aliado a uma grandeza ética revelaram-se ferramentas essenciais para o processo de construção profissional. No entanto, este enriquecimento não foi automático ele exigiu um esforço de reflexão e revisão bibliográfica, pois foi necessário refletir e analisar as experiências vividas para consolidar o conhecimento.

O estágio na Unidade de Queimados juntamente com os estágios na UCI Cardiorácica, SU e a experiência profissional na área do intensivismo permitiram uma abordagem à PSC completa e tendo em conta a diversidade de situações revelaram-se verdadeiros momentos de aprendizagem e troca de experiências. O enfermeiro numa UCI

tem de estar apto a identificar rapidamente as necessidades da pessoa doente e intervir em conformidade, preocupando-se com a manutenção da vida e identificando os focos de instabilidade e risco de falência orgânica. Portanto, é-lhe exigido raciocínio rápido e capacidade de liderança e tomada de decisão. Deste modo, foi abordado a PSC de uma forma holística prestando cuidados complexos e altamente diferenciados integrando a equipa multidisciplinar. Como tal foi necessário demonstrar os conhecimentos teóricos e técnicos e fundamentar cientificamente as intervenções adotando uma metodologia eficaz na assistência à pessoa doente, verificada pela avaliação dos resultados dos cuidados.

Podemos constatar que, a exigência que é submetida o enfermeiro em desenvolver um “alto nível de conhecimento científico sobre as alterações fisiopatológicas que ocorrem no sistema orgânico após uma queimadura” permite-lhe “identificar e prevenir alterações subtis que possam desencadear maiores complicações”, levando assim, à prática do processo de enfermagem segundo Orem “diagnosticar a necessidade de cuidados, fazer um planeamento e intervir” (Queirós et al., 2014, p.161).

No cuidado à PSC Grande Queimada consideramos “grandes eixos de reanimação” o “controlo das funções respiratórias “o preenchimento vascular e analgesia” (Bertin-Maghit & Magnin, 2012, p.89) no entanto para a Equipa de Enfermagem da UQ, para além desses eixos de reanimação também consideravam focos de atenção o risco de infeção associada à perda da integridade cutânea e no aporte nutricional adequado.

No período que decorreu o estágio podemos compreender que a “insuficiência respiratória é (...) o compromisso mais frequente das grandes funções vitais do Grande Queimado” e o “tratamento inicial é a indicação de intubação endotraqueal e de ventilação mecânica” (ABLS, 2018, p.27). Para além disso, “os produtos libertados pela lesão tecidular provocam uma resposta do sistema inflamatório sistémico” capaz de provocar alterações em vários sistemas do organismo e falências viscerais potencialmente mortais (Ravat et al., 2012, p.37). A perturbação do núcleo térmico do organismo e a consequente “incapacidade de regular a temperatura corporal, com (...) baixas temperaturas nas primeiras horas e hipertermia durante grande parte do tempo” (Bertin-maghit & Magnin, 2012, p.91). Efetivamente a monitorização e gestão da temperatura continuamente são intervenções de grande relevância para a equipa de enfermagem da UQ, passando pelo recurso a rampas de infravermelhos de aquecimento radiante, climatização ambiental de 28 a 30°, cobertores e mantas de aquecimento e inclusive aquecimento de solutos de perfusão principalmente nas sessões de balneoterapia duas vezes por semana e nas idas ao bloco para desbridamento cirúrgico.

Considerando que a monitorização adequada da dor “deve ser obrigatória e fazer parte da vigilância sistemática de todos os queimados periodicamente para a dor contínua e na hora que se segue para os atos terapêuticos” (Latarjet, 2012, p.137), a identificação de “evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar” e a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas de combate à dor são competências que o enfermeiro especialista em PSC deve possuir. Na UQ a dor associada aos atos terapêuticos era considerada especialmente quando submetidos aos tratamentos das queimaduras e aos cuidados de higiene. Nestes momentos, a equipa médica opta por analgesia em que, “a rapidez com que se efetuam os cuidados locais é uma condição de sucesso”, assim como “o aproveitamento da analgesia para efetuar outros atos dolorosos” (Latarjet, 2012, p.139). No entanto compreender a sua abordagem e gestão foi aprofundado no estudo de investigação desenvolvido. Perante os resultados nele obtidos, tendo-se verificado algumas dificuldades dos enfermeiros, nomeadamente na avaliação e registo da dor, no sentido de as diminuir sugerimos a implementação da escala BPS nos registos de enfermagem sugestão que não foi aceite pela equipa visto estarem num período de transição para os registos informatizados. Propusemos ao enfermeiro chefe a implementação de um monitor que avalia o índice de analgesia/nociceção (ANI) uma ferramenta/equipamento para avaliar a dor pós-operatória aguda de maneira objetiva, o qual iria enviar à administração para aquisição, respeitando assim os circuitos instituídos.

Para além disso, o hipercatabolismo proteico característico do processo de queimadura “rapidamente resulta numa perda importante da massa magra” (Berger & Chioléro, 2012, p.116) provocando severas atrofias musculares e “retrações importantes, particularmente inestéticas a nível da face e extremamente invalidantes a nível dos membros” (Echinard, 2012, p.196). A dor contínua e os sucessivos períodos do pós-operatório levam à necessidade de repouso absoluto, no entanto os efeitos negativos do repouso prolongado originam complicações em cada um dos sistemas orgânicos, em que o planeamento adequado da manutenção da mobilidade um contributo preponderante na prevenção dessas alterações (Ordem dos Enfermeiros, 2013). E por isso, na UQ, a vigilância e a assistência nos posicionamentos, transferências e movimentos ativos das pessoas queimadas por parte da equipa de enfermagem são intervenções de grande relevância, quer na recuperação quer a nível de conforto. Tal como refere Kolkaba num dos seus postulados, o enfermeiro identifica necessidades de conforto não satisfeitas dos seus doentes, proporcionam medidas de conforto para satisfazer essas necessidades almejando melhorar o conforto e consequentemente o bem-estar.

O edema e a instabilidade hemodinâmica presentes na pessoa queimada podem agravar em consequência da diminuição da mobilidade, pois ocorre um “défice do retorno

venoso, seguido de decréscimo do débito cardíaco” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p.25) e de estase sanguínea motivos pelos quais o posicionamento das pessoas queimadas com elevação dos membros edemaciados e a terapêutica medicamentosa de prevenção de eventos trombóticos são intervenções protocolares na UQ.

De evidenciar que a prestação direta de cuidados de enfermagem à PSC grande queimada, o acompanhamento ao bloco operatório para desbridamentos cirúrgicos e aplicação dos vários autoenxertos de pele e transplantes de pele, assim como a pesquisa e leitura da mais recente evidência revelaram-se fundamentais no desenvolvimento de competências relacionadas com a execução do tratamento às queimaduras.

Na UQ os materiais mais utilizados são constituídos por octenidina, prata, iodo, parafina, silicone e substitutos da pele. São utilizadas técnicas de desbridamento cirúrgico e mecânico, apesar de dolorosas, uma vez que é utilizada sempre um controlo analgésico associado à sedação. Enquanto, o desbridamento cirúrgico é realizado no bloco operatório e consiste “na excisão total dos tecidos não viáveis, incluindo a remoção do tecido saudável dos bordos da ferida” (Menoita & Jesus, 2015, p.190); o desbridamento mecânico é realizado pelos enfermeiros, através da “limpeza da ferida com compressas “e escovas impregnadas durante o banho da pessoa queimada, cumprindo a assepsia exigida (Menoita & Jesus, 2015, p.194). Para além disso, a irrigação da queimadura com água morna limpa é uma prática instituída na UQ, em que, nas pessoas queimadas com feridas infectadas, são utilizadas soluções antissépticas de lavagem, apesar da sua utilização não ser unânime entre peritos devido ao risco de toxicidade” para as células humanas “(ISBI, 2016,p.975). Como o procedimento é realizado sob analgosedação está sempre presente na Balneoterapia ou sala de tratamentos um membro da equipa de anestesia. Porém já não se realiza banho de imersão visto que deixou de ser recomendado pelo risco de autocontaminação, hipotermia e hiponatremia (Rowley-Conwy, 2013, p.76). Em suma, embora a intervenção associada ao tratamento da queimadura englobe uma prática frequente para se atingir um nível de perícia avançado, o contato direto e a participação nos cuidados durante o estágio permitiram o desenvolvimento de competências nesta área.

Um foco de cuidado do EE é sem dúvida os familiares da pessoa doente. No caso da Pessoa Grande Queimada, a família também sofre. A “queimadura no indivíduo provoca alterações da imagem corporal e (...) alterações mais ou menos reparáveis na identidade do Eu” (Pinto et al.,2008, p.82). Portanto, ao afetar “um dos membros da família”, a queimadura “provoca alterações no sistema familiar”, exigindo “movimentos de reorganização internos e externos” de toda a família (Pinto et al., 2008, p.70). Por estas

razões a família requer atenção da nossa parte, requer cuidados, requer informação e conforto.

Assim durante o estágio observamos uma constante preocupação da equipa de enfermagem com o acompanhamento da família ou pessoas significativas e a sua inclusão nos cuidados. As visitas são limitadas a dois períodos por semana durante a tarde às pessoas mais próximas do doente, horário imposto desde a época pandémica e ainda não atualizado. O enfermeiro responsável pelo doente recebe o familiar num local da unidade específico fora da unidade conjuntamente com o médico, informando-o inicialmente sobre o estado geral da pessoa queimada, visto que, muitas vezes “o desfiguramento visível pode afetar negativamente as reações das pessoas em relação ao indivíduo com alterações da imagem corporal “(Pinto et al., 2008, p.82). Após as informações seguem um corredor envidraçado de acesso aos quartos individualizados exterior à UQ, que permitem observar a pessoa queimada, mas não permitem o contato com ela, são fornecidos também folhetos informativos sobre o funcionamento da UQ: e sobre os cuidados prestados à pessoa vítima de queimadura. De acordo com Minuchin,1982, citado por Pinto e al. (2008, p.70), “considera a família como um sistema aberto em transformação que se adapta às exigências do seu ciclo vital”. Podemos dizer que esta adaptação permite à família “manter a continuidade e garantir a integração psicossocial dos seus membros” o que no contexto da pessoa com queimadura revela-se extremamente importante, em que a família se vê obrigada a “reequacionar os seus padrões relacionais, no sentido de se adaptar à nova realidade do seu membro afetado (Pinto et al., 2008, p. 70). Entretanto e ao longo do internamento, a equipa de enfermagem mantém-se “atenta á dinâmica familiar (...), de forma a prestar o melhor apoio diferenciado “, facilitando a “expressão dos sentimentos, (...) dificuldades e (...) vivências do doente queimado e da família “(Pinto et al., 2008, p.75). Considerando que a “separação da família e amigos e o medo de alteração nas relações são responsáveis por grande parte do sofrimento que surge em conjunto com a doença”, o enfermeiro deve então “ ajudar os doentes a compreenderem-se a si próprios, alterarem as condições que os tornam doentes e a aceitarem o que não pode ser mudado” (Henderson, 2007,p.55).Portanto é através desta relação de ajuda que o enfermeiro promove “o desenvolvimento do autocuidado no paciente“, estimulando-o a tornar-se um agente ativo “no seu processo saúde-doença e não ser passivo” (Pontes et al., 2008,p.316). Perante este contato entre a pessoa vítima de queimadura e a família na UQ foi possível aprofundar “conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica “e desenvolver competências na adaptação da “comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa”, para além da gestão do “estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família” (Ordem dos Enfermeiros 2018).

Em suma pelo trajeto rico de experiências, foi possível desenvolver competências de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, tendo por base intervenções adequadas, respeitando as suas especificidades e visando otimizar o ambiente e processos terapêuticos, prevenindo complicações e eventos adversos através da conceção de cuidados através da identificação, organização , implementação e avaliação de intervenções especializadas; incrementamos conhecimentos técnico-científicos; desenvolvemos competências na gestão da dor, desenvolvemos competências comunicacionais promotoras de relação terapêuticas com o doente e família efetivas.

5.2.2. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou falência orgânica

Na UQ as infeções do leito da queimadura são frequentes nas Pessoas Grandes Queimadas, apesar das medidas de prevenção e controlo de infeção instituídas serem respeitadas. As complicações infecciosas são a primeira causa de morte após a fase aguda, atingindo os 48% quando se considera os grandes queimados com mais de 30% de SCQ segundo um estudo realizado pela Sociedade francesa para o estudo e tratamento das queimaduras (SFETB). Portanto definimos como objetivos de estágio:

- ❖ Desenvolver competências relacionadas com as medidas de prevenção e controlo da infeção da Pessoa Grande Queimada

A “grande suscetibilidade dos doentes queimados às infeções explica-se essencialmente pela perda de revestimento cutâneo, primeira linha de defesa imunitária e pelas desordens imunitárias induzidas pela agressão inicial (Vinsonneau et al.,2012, p.67). Para além disso, embora “a agressão térmica destrua os micróbios na superfície cutânea, os germes albergados no interior da raiz dos folículos pilosos persistem e podem desenvolver-se” assim como “os exsudados e os produtos de degradação do tecido” que favorecem “a proliferação microbiana” (Vinsonneau et al., 2012, p.69). Ou seja, se as estruturas anexas da pele não atingidas não colonizassem o tecido queimado, a queimadura permaneceria estéril durante 48 horas após a agressão (Rowley-Conwy, 2010, p.51). Como tal, a prevenção de episódios infecciosos é um desafio essencial no tratamento dos Grandes Queimados e passa pelo “domínio do ambiente (ar, água, isolamento geográfico), ao respeito dos procedimentos dos cuidados e à utilização de anti-sépticos locais “como eixos de intervenção para controlar a proliferação microbiana (Vinsonneau et al., 2012, p.67). A estrutura física da UQ permite que as Pessoas Grandes Queimadas acedam a todos os cuidados necessários inclusive intervenções cirúrgicas e acesso a

meios complementares de diagnóstico sem terem de se deslocar a outro serviço. No momento de admissão as Pessoas Grandes Queimadas passam por uma sala específica cujas características se assemelham a um bloco operatório onde são submetidos a balneoterapia e ao tratamento da queimadura com colheitas de microrganismo à entrada com equipamento de proteção adequado e esterilizado. As pessoas queimadas são internadas em quartos individuais com antecâmara para entrada e saída de profissionais, armazenamento e preparação de material e medicação específicos para cada pessoa doente, existe um circuito de limpos e sujos em que todo o material que entra no quarto sai do quarto sem passar pela unidade. No entanto, para além do cumprimento do isolamento protetor das pessoas queimadas internadas, a entrada na UQ impõem aos profissionais uma farda e calçado (socas esterilizadas diariamente) de utilização única com barrete e máscara sem poderem sair da unidade até ao término do turno. Já o contato com as pessoas queimadas, para além da desinfecção das mãos antes de cada procedimento a colocação de avental é exigida para a prestação de cuidados na balneoterapia e realização do tratamento às queimaduras bata esterilizada cirúrgica e luvas esterilizadas, após lavagem cirúrgica das mãos que são renovadas assim conspurcados. Segundo uma meta análise de Raes et al. (2017), refere que, a implementação de medidas preventivas de isolamento protetor está associado a uma menor incidência de infeções nosocomiais nas pessoas queimadas e inclui o internamento num quarto individual, uma higiene das mãos rigorosa, a utilização de luvas limpas e máscara e aquando do tratamento das queimaduras o uso de bata e luvas estéreis.

Em suma, conhecimentos como o diagnóstico das necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção assim como o estabelecimento de procedimentos e circuitos requeridos face às vias de transmissão na PSC Grande Queimada e a monitorização e avaliação das medidas de prevenção e controlo implementadas foram aprofundadas ao longo do estágio atingindo o desenvolvimento de competências nesta área de intervenção.

Relativamente à estratégia terapêutica para a prevenção e controlo da infeção, para além da “excisão-enxerto precoce”, que permite “acelerar a reconstituição da barreira cutânea e reduzir o risco infeccioso (...), provavelmente o [aspeto] mais importante (...) provém da nutrição” (Vinsonneau et al., 2012, p.74). Visto que, “o início precoce da alimentação entérica permite diminuir a permeabilidade da mucosa intestinal e reduzir as translocações bacterianas” (Vinsonneau et al., 2012, p.74).

5.2.3. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe da

conceção à ação

O EEEMC na área de enfermagem à PSC tem como competência específica “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação” (Regulamento nº429/2018, 2018, p. 19359). Pelo que durante o estágio foi nosso objetivo:

- ❖ Compreender a resposta em situações de exceção e catástrofe, da concepção à ação;
- ❖ Conhecer o plano de catástrofe da instituição.

Portanto, apesar de, neste estágio não presenciarmos nenhuma situação de exceção e catástrofe, no entanto, observamos e consultamos, no serviço, o plano de emergência. Tivemos oportunidade tanto na UQ como no bloco operatório, verificar a existência de extintores devidamente fixados e cumprindo os prazos de validade, tivemos a oportunidade de conversar com os colegas sobre o plano de catástrofe e perceber que vários colegas referiram terem realizado formação para a sua utilização pela instituição, verificamos que todas as saídas de emergência estavam visíveis, sinalizadas e de fácil acesso. Não podemos deixar de refletir que em caso de incêndio a UQ estaria localizada no sétimo andar como tal a evacuação de possíveis vítimas seria um desafio.

Em síntese, conseguimos atingir os objetivos propostos, de conhecer o plano de catástrofe da instituição e a partir daí compreendermos a resposta em situações de exceção e catástrofe. Contudo estamos cientes de que, sendo o enfermeiro especialista médico–cirúrgica responsável pela concepção, planeamento e gestão da resposta em catástrofe, futuramente teremos de desenvolver esta competência.

6. CAPÍTULO – CONCLUSÃO

No término deste longo processo, consideramos ter desenvolvido uma prática de cuidados de enfermagem especializada em enfermagem Médico-cirúrgica, assente nos referenciais da profissão, dirigida às necessidades da Pessoa em Situação Crítica. Acreditamos ter conseguido proporcionar, neste relatório, uma visão global dos cuidados prestados à Pessoa Grande Queimada, evidenciando as competências adquiridas através do relato e análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas nos vários contextos clínicos. O estágio no SU e na UCICT proporcionou-nos diversas oportunidades de aprendizagem no âmbito da pessoa em situação crítica urgente e emergente e a PSC submetida à cirurgia cardíaca e torácica que nos permitiram atuar de forma rápida e adequada perante situações novas e inesperadas e ajudou-nos a definir prioridades na prestação de cuidados, assim como reconhecer limitações pessoais e profissionais.

Efetivamente o Estágio de Natureza Profissional permitiu-nos desenvolver um cuidado mais profundo, robusto, consolidado, especializado e humanizado à pessoa/família vítima de queimadura grave. O estágio na Unidade de Queimados de um centro hospitalar de referência excedeu as nossas expectativas, na medida que representaram o culminar de cuidados especializados na área da Pessoa Grande Queimada, desde a sua admissão até à alta. É uma unidade diferenciada, exigente e stressante que proporciona cuidados complexos, rigorosos e minuciosos. De enaltecer o papel do EE na antecipação de focos de instabilidade e na gestão de cuidados altamente tecnológicos e de conhecimentos específicos sobre o tratamento de queimaduras a trabalhar constantemente sob temperaturas de 28-30 ° com as EPI's durante horas consecutivas.

Consideramos ter demonstrado níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão ; ter desenvolvido competências na gestão de cuidados e melhoria continua de qualidade e formação em contexto de trabalho, competências na conceção de cuidados à pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, competências na maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção; ter desenvolvido uma maior consciência ético-legal dos cuidados e ter desenvolvido competências de investigação em saúde.

Assim, concluímos que damos resposta às exigências de um Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pois cumprimos com o dever para com a excelência do exercício ao ter exercido uma prática teórico-reflexiva na qual reconhecemos falhas. Acreditamos ter contribuído para a promoção de mudanças de comportamentos nas equipas de enfermagem e para a dignidade e autonomia da profissão. Demonstramos possuir competências de mestre ao nível da integração de novos conhecimentos, capacidade de adaptação perante situações novas e imprevistas, capacidade de compreensão e

resolução de problemas nos diferentes contextos e de autoaprendizagem ao procurar situações novas de aprendizagem.

As principais dificuldades sentidas ao longo deste percurso foram: conciliar a vida profissional e pessoal, com a elaboração do presente relatório, assim como a carência de estudos de investigação sobre queimaduras em Portugal, respetivos cuidados de enfermagem a esta população específica, e dados estatísticos relativos às Unidades de Queimados.

Enquanto futura Enfermeira Especialista é esperado que possua um profundo conhecimento sobre os cuidados à Pessoa em Situação Crítica e família, que analise, reflita e fundamente as intervenções implementadas, que atue de forma competente e autoconfiante nas competências técnico-científicas, humanas e éticas, assim como nas competências de formação, supervisão e gestão de cuidados. Acreditamos que correspondemos a este perfil, no entanto, ficámos com a sensação de que muito ficou por dizer, que a aprendizagem é continua e que tudo muda, nada é permanente, o que hoje se faz amanhã questiona-se, em busca da excelência do cuidar em enfermagem especializada à Pessoa Grande Queimada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde, do Ministério da Saúde - Portugal-

(2019). *Recomendações técnicas para unidades de queimados*.

<http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/RecomendacoesTecnicas-para-Unidades-de-Queimados.pdf>

Amadeu, L. M., Dell'Acqua, M. C. Q., Castro, M. C. N., Palhares, V.C., & Serafim, C. T. R.

(2020). Trettene AS. Nursing workload in burn intensive care unit. *Revista Brasileira Enfermagem*;73 (suppl 1): e20190446.

Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0446>

Ambrose, C., Sale, S., Howells, R., Bevan, C., Jenkins, I., Weir, P., Murphy, P., & Wolf, A.

(2000). Intravenous clonidine infusion in critically ill children: dose-dependent sedative effects and cardiovascular stability. *British journal of anaesthesia*, 84(6), 794–796.

<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bja.a013594>

American Burn Association, (2018). *Advanced Burn Life Support Course*.

<https://ameriburn.org/wp-content/uploads/2019/08/2018-abls-providermanual.pdf>.

Antunes, P. F. G. A. (2013). *Percepção de profissionais hospitalares sobre o papel organizacional de líderes informais em hospitais*.

Archer, L. (1999) – *Ainda os direitos do Homem. O consentimento informado*. Brotéria. 148(2): 155-164.

Atchison, N. E., Osgood, P. F., Car, D. B., & Szyfelbein, S. K. (1991). Pain during burn

dressings change in children: relationship to burn area, depth and analgesic regimens. *Pain*, 47(1), 41–45.

[https://doi.org/10.1016/0304-3959\(91\)90009-M](https://doi.org/10.1016/0304-3959(91)90009-M)

Ballantyne, C. J., Fishman, S. M., & Rathmell, J. P. (2010). *Bonica's Management of Pain*. (4^a Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN: 978-0-7817-6827-6.

- Ballantyne, C. J., Fishman, S. M., & Rathmell, J. P. (2019). *Bonica's Management of Pain*. (5º ed.). Wolters Kluwer. ISBN:1496349032, 9781496349033.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Princípios de Ética Biomédica*. Editorial Masson (4ª Ed.).
- Bardin, L. (2016) - *Análise de conteúdo*. Lisboa: Almedina Brasil. ISBN 978-85- 62938-04-7.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X
- Berça, I. C. F., & Veiga-Branco, M. A. R. da. (2022). Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde: perspetiva dos profissionais de enfermagem. *Servir*, 2(02), e26552.
<https://doi.org/10.48492/servir0202.26552>. [consultado em 14/1/2024].
- Berger, M., & Chioléro, R. (2012). Metabolismo e nutrição do queimado grave. Em C. Echinard, & J. Latarjet, *Queimaduras* (p.111-131). Loures: Lusociência.
- Bertin-Maghit, & Magnin. (2012). Reanimação das 48 primeiras horas. Em C. Echinard, & J. Latarjet, *Queimaduras* (p.89-100). Loures: Lusociência.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (2013). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto editora.
- Broucker, V. (2012). Tratamento pré-hospitalar e encaminhamento. Em C. Echinard, & J. Latarjet, *Queimaduras* (pp. 79-87). Loures: Lusociência.
- Silva, B. A. Da., & Ribeiro, F. A.(2011). Participação da equipe de enfermagem na assistência à dor do paciente queimado. *Revista Dor*, 12(4), 342-348.
<https://doi.org/10.1590/s1806-00132011000400011> [consultado a 3/03/2023].
- Carvalho, R. R. S., Caminha, E. C. C. R. & Souza Leite, A. C. de. (2019). A dor da queimadura e suas singularidades: percepções de enfermeiras assistenciais. *Revista Brasileira Queimaduras*, 18 (2), 84-9.
- Castillo- Muñoz, F. I., Céspedes-Guirao, F. J., Novo-Torres, A., & Lorda-Barraguer, E. (2014). Análisis retrospectivo de 23 años de necrólisis epidérmica tóxica en la Unidad de Quemados de Alicante, España. *Cirurgia plástica Ibero-latinoamericana*, 40(3), 279-294.

- Castro, R. J. A. de., Leal, P. C., & Sakata, R. K. (2013). Tratamento da dor em queimados. *Revista Brasileira De Anestesiologia*, 63(1), 154–158.
<https://doi.org/10.1590/S0034-70942013000100013>. [consultado a 10/10/2023].
- Coenen, A. (2010). *Cuidados paliativos para uma morte digna* (Ordem dos Enfermeiros). Lisboa.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Lisboa. (4ª ed.). Edições técnicas e sindicato dos enfermeiros portugueses.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2007). *Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho= cuidados de qualidade*. Lisboa: ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemdosenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documentos/Kit_DIE_2007.pdf
[consultado em 17/02/2024].
- Costa, P. C. P., Barbosa, C. S., Ribeiro, C. D. O., Silva, L. A. A. D., Nogueira, L. D. A., & Kalinke, L. P. (2023). Cuidados de enfermagem direcionados ao paciente queimado: uma revisão de escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76, e20220205.
- Costa, S. C., Figueiredo, M. R. B. & Schaurich, D. (2009). Humanization within adult intensive care units (ICUs): comprehension among the nursing team. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 13 (1), pp. 571-580.
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a09v13s1.pdf>. [consultado em 3/06/2023].
- Dauber, A. & Osgood, P. F. & Breslau, A. J. & Vernon, H. L. & Carr, D. B. (2002). Chronic persistent pain after severe burns: a survey of 358 burn survivors. *Pain Medicine* (Malden, Mass.), 3(1), 6-17.
<https://doi.org/10.1046/j.1526-4637.20002.02004.x>. [consultado a 26/01/2023].
- Decreto-Lei nº161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (4 de Setembro).
- Decreto-Lei n.º 437/91. Capítulo II Conteúdo funcional. Secção I- Área de atuação da prestação de cuidados. Artigo 7.º Conteúdo funcional das categorias de enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista (8 de Novembro).

Deodato, S. (2004). A Excelência do Exercício: Perspetiva Ética e Deontológica. Revista da Ordem dos Enfermeiros, 26-30.

DeSantana, J. M., Perissinotti, D. M. N., Oliveira Junior, J. O. de., Correia, L. M. F., Oliveira, C. M. de., & Fonseca, P. R. B. (2020). Revised definition of pain after four decades. *Brjp*, 3(3), 197-198. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>. [consultado a 3/03/2024].

Despacho Nº 4320/2013 do Ministério da Saúde, Avaliação da situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos. (2013, pp.57-203). Diário da República Nº59, 2ª série, 25-03-2013. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avaliaçãonacional-da-situação-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf> [consultado a 2/01/2014].

Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11, páginas 20673- 20678. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>. [consultado a 1/02/2024].

[Diário da República n.º 208/2017, Série II de 2017-10-27](#), páginas 24429 – 24430.

Direção-Geral do Ensino Superior. (2008). Descritores Dublin. <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>

Direção-Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa 09/DGCG, 1 (1)*, 1-6.

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma 029/2012- Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*.

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto. Norma 022/2012*. Portugal.

Echinard, C. (2012). Queimaduras graves: constituição da lesão. Em C. Echinard, & J. Latarjet, *Queimaduras* (p.21-28). Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-77-6.

Echinard, C. & Latarjet, J. (2012). *Queimaduras*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-893077-6.

European Burns Association. (2015). European Practice Guidelines for Burn Care. Netherlands.

Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures:

Lusociência, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5

Garcia, C. R. A., & Torres, C. M. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos

Med Crit, 31(3), 171-173.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2017/ti173k.pdf>. [consultado a 15/11/2023].

Girtler, R., & Gustorff, B. (2011). Schmerztherapie bei Verbrennungen [Pain management of burn injuries]. *Der Anaesthetist*, 60(3), 243–250.

<https://doi.org/10.1007/s00101010-1835-2>

Gonzalez, M. J. Á., Estrada, I. A., Arratibel, A. B., Toledo, S. C., Criado, A. E., Garcia, M.P.

G., Tejera, C. P., Jañez, B. R. & Cambero, I. S. (2004). Guia de Prática Clínica Cuidados Críticos de Enfermaria. (H. Txagorritxu, Ed.). Txagorritxu: Evagraf, S. Coop.

<https://www.calameo.com/read/00019445580c4f4f83910>. [consultado a 1/03/2024].

Healy, M. E., Kozubal, D. E., Horn, A. E., Vilke, G. M., Chan, T. C., & Ufberg, J. W. (2016).

Care of the Critically Ill Pregnant Patient and Perimortem Cesarean Delivery in the Emergency Department. *The Journal of emergency medicine*, 51(2), 172–177.

<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2016.04.029>. [consultado em 5/08/2023].

Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de Enfermagem do CIE*. (J. S.

Idalina Gomes, Trad.) Loures: Lusodidacta.

Hesbeen, W. (2001). Qualidade em Enfermagem- Pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Camarate: Lusociência.

Hoffman, H. G., Patterson, D. R., Carrougher, G. J., & Sharar, S. R. (2001). Effectiveness of virtual reality-based pain control with multiple treatments. *The Clinical journal of pain*, 17(3), 229–235. <https://doi.org/10.1097/00002508-200109000-00007>

ICN (2018). CIPE- Português (p.107):https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnpPortuguese_translation.pdf. [consultado a 7/03/2024].

ISBI. (2016). ISBI Practice Guidelines for Burn Care. (I. S. Injuries, Ed.) *Burns*, 42,

953-1021.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/67-1998-239857>

Kérrouac, S. & Pepin, J. & Ducharme, F. & Duquette, A. & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona, Masson, S.A. Elsevier, Espanha. ISBN: 8445803654.

Kolcaba, K. (2003) - *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York, NY: Springer Publishing Company. ISBN-13: 9780826116338

Kovács, M. J. (2014). A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*. 22(1), 94-104.

Latarjet, J. (2012). Dor e queimadura. Em C. Echinard, & J. Latarjet, *Queimaduras* (pp.133-145). Loures: Lusociência: ISBN: 978-972-8930-77-6 Lei n.º 67/98, de 26 de outubro. *Diário da República, I Série A. nº 247*. Lisboa.

Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. *Diário da República, I Série. nº 181*. Lisboa.

Menoita, & Jesus. (2015). Desbridamento. Em E. Menoita, *Gestão de Feridas Complexas* (pp.187-202). Loures: Lusodidacta.

Millán, Á.G. (2009). La información al Paciente como pieza clave de la Calidad Asistencial. *Revista Clínica de Medicina de Família*, 2(6), 275-279.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2009000100005&lng=es&tlng=es. [consultado em 26/03/2024].

Ordem dos Enfermeiros. (2002). Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Conselho de Enfermagem 2001.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-doscuidados.pdf>. [consultado em 3/02/2023].

Ordem dos Enfermeiros. (2005). Reflexões - Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem (p.17).Lisboa (PT): Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE publicado como Anexo pela Lei Nº 156/ 2015 de 16 de setembro)*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/Legislação/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf> [consultado a 10/10/2023].

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Guia Orientador de Boa Prática-Dor*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/publicações/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

[consultado em 5/5/2023].

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas- Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 429/2018- Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem MédicoCirúrgica. *Diário Da República*, 2(nº 135), 19359-19370.

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário Da República, II Série (Nº 184 de 2509-2019), 184 (E)*, 128-155.

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento nº 140/2019- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro especialista. *Diário Da República*, 26 (2), 4744-4750.

Organização Mundial de Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, Direção Geral de Saúde.

Paiva, A. (2004). O Papel do Enfermeiro. In M. C. P. Neves (Ed.), *Para uma Ética de Enfermagem – Desafios*, Coimbra: Gráfica de Coimbra, 51-61.

Patterson, D. R., Ptacek, J. T., Carrougher, G. J., & Sharar, S. R. (1997). Lorazepam as an adjunct to opioid analgesics in the treatment of burn pain. *Pain*, 72(3), 367–374. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(97\)00064-x](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(97)00064-x).

Pinto, J., Montinho, L. & Gonçalves, P. (2008). O doente queimado e a dinâmica familiar: o impacto da doença na família. (E. S. Coimbra, Ed.). *Revista Enfermagem Referência*, II (6), pp. 69-76.

Ponte, K. M. D. A., & Da Silva, L. D. F. (2015). *Comfort as a result of nursing care: an integrative review*. *Revista de Pesquisa: Cuidado É Fundamental Online*, 7(2), 2603 <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2603-2614>. [acesso a 20/03/2024].

Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S.S., & Filho, A. J. A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, pp.157-164.

- Ravat, F., Payre, J., Legaut, A., & Sens, N. (2012). A queimadura: uma patologia inflamatória. Em C. Echinard, & J. Latarjet, *Queimaduras* (pp. 37-48). Loures: Lusociência.
- Raes K, Blot K, Vogelaers D, Labeau S. & Blot S. (2017). *Protective isolation precautions for the prevention of nosocomial colonisation and infection in burn patients: A systematic review and meta-analysis*. *Intensive Crit Care Nurs*. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.005>.
Epub 2017 Apr 4. PMID: 28389118.
- Ramos, A. P., & Bortagarai, F. M. (2012). A Comunicação não-verbal na área da saúde. *Rev. CEFAC*, 14(1), pp. 164-170.
- Reis, M. R. dos. (2012). *Terapias de substituição da função renal contínuas na Lesão Renal Aguda em Unidade de Cuidados Intensivos: Manual de Boas Práticas de Enfermagem*. Universidade de Lisboa.
- Richardson, P., & Mustard, L. (2009). The management of pain in the burn's unit. *Burns: journal of the International Society for Burn Injuries*, 35(7), 921–936. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2009.03.003>.
- Richebé, P., Rivalan, B., Baudouin, L., Sesay, M., Sztark, F., Cros, A. M., & Maurette, P. (2005). Comparison of the anaesthetic requirement with target-controlled infusion of propofol to insert the laryngeal tube vs. the laryngeal mask. *European journal of anaesthesiology*, 22(11), 858–863. <https://doi.org/10.1017/S0265021505001456>
- Rowley-Conwy, G. (2013^a). Management of major burns in the emergency department. *Nursing Standard*, 27(33), pp.66-68.
- Rowley-Conwy, G. (2013^b). Management of major burns in intensive and acute care. *Nursing Standard*, 27(45), pp.63-68.
- Sampaio, B. (2015). *Cuidar da pessoa no processo de morrer numa unidade de cuidados continuados- Experiências do enfermeiro*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F. & Lucio, M. P. del. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5^a. Edición). Mcgraw-Hill. ISBN: 978-607-15-0291-9.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (5^a ed.). Loures: Lusociência.

- Silva, B. A. Da., & Ribeiro, F. A. (2011). Participação da equipa de enfermagem na assistência à dor do paciente queimado. *Revista da Dor*, 12(4): 342-348.
<https://doi.org/10.1590/s1806-00132011000400011>.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação. O processo de construção do conhecimento*. (3º ed.). Lisboa. ISBN: 978-989-561-097-6
- Vinsonneau, C., Wassermann, D. & Benyamina, M. (2012). Imunologia e infecção. Em Echinard, & Latarjet, Queimaduras (pp. 67-76). Loures, Portugal: Lusociência.
- Wasiak, J., Spinks, A.B., Costello, V., Ferraro, F., Paul, E., Konstantatos, A.H., & Cleland, H. (2011). Adjuvant use of intravenous lidocaine for procedural burn pain relief: a randomized double-blind, placebo-controlled, cross-over trial. *Burns: journal of the International Society for Burn Injuries*, 37 6, 951-7.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures. Lusociência.
- Wiechman Askay, S., Patterson, D. R., Sharar, S. R., Mason, S., & Faber, B. (2009). Pain management in patients with burn injuries. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 21(6), 522–530. <https://doi.org/10.3109/09540260903343844>

ANEXOS

ANEXO I –
CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CONGRESSO



DECLARAÇÃO DE PRESENÇA

Declara-se para os devidos efeitos que,

Carla Suzana Pereira Correia

participou no I Congresso SMI - da Tecnologia à Pessoa em Situação Crítica,

que se realizou na AEP Penafiel, nos dias 4 e 5 de Maio de 2023.

TICKET ID	137
EMAIL	ccorreia98@yahoo.com

Penafiel, 5 de Maio de 2023

Enfo Davide Carvalho

ANEXO II –
DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E PARECER DA
COMISSÃO DE ÉTICA HOSPITALAR



DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Após apreciação e pareceres favoráveis da Comissão de Ética e do Centro de Epidemiologia Hospitalar, considerando que se encontram reunidos os requisitos e demais trâmites previstos no circuito para submissão de projetos de investigação no Centro Hospitalar [REDACTED] e em conformidade com as disposições legais em vigor, o Conselho de Administração – ao abrigo das competências previstas no Artigo 71.º dos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto – delibera:

1. Aprovar a realização do projeto de investigação:
 - “A perspetiva dos enfermeiros na gestão da dor da Pessoa Grande Queimada”.
 - Serviço(s) onde decorrerá o projeto de investigação: Unidade de Queimados.
 - Investigador(a) principal: Carla Suzana Pereira Correia.
2. Remeta-se à Comissão de Ética para os procedimentos adequados e demais trâmites convenientes.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE S. JOÃO, EPE • REUNIÃO DE 9 DE MARÇO DE 2023

Presidente do Conselho de Administração

[REDACTED]

Director Clínico Enfermeiro Director Vogal Executiva Vogal Executiva

Prof. [REDACTED]

> Comissão de Ética
> Centro de Epidemiologia Hospitalar
> Direção Clínica

☐ CES 31/2023

APÊNDICES

APÊNDICE I –
PROCEDIMENTO SOBRE -A gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica Queimada

Procedimento**A gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica Queimada****1. Objetivos**

- a) Definir intervenções de enfermagem para eliminar e/ou minimizar a dor na Pessoa em situação crítica (PSC) Queimada;
- b) Uniformizar critérios de avaliação da dor e intervenções de enfermagem na PSC Queimada;
- c) Melhorar a qualidade de vida e diminuir o tempo de cicatrização e Internamento da Pessoa Queimada.

2. Âmbito

Equipa de Enfermagem da Unidade de Queimados do Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva

3. Enquadramento conceptual

As queimaduras dão origem a uma das formas mais intensas de sensação nociceptiva devido à lesão térmica que provocam nos órgãos sensoriais da pele, lesão essa que resulta numa inflamação aguda das camadas afetadas. Relativamente às queimaduras mais superficiais, verifica-se apenas algum eritema ou a criação de flitenas, sem grandes danos ao nível da derme ou órgãos sensoriais, sendo por isso mais dolorosas, mas de rápida cicatrização. Em relação às queimaduras mais profundas, de segundo grau profundo e terceiro grau, verifica-se um envolvimento das camadas mais profundas da derme e respetivos recetores sensoriais, sendo habitualmente menos dolorosas, pois dá-se uma destruição dos recetores térmicos

cutâneos. A medida que o doente é submetido a tratamentos diários de limpeza e pensos, bem como a cirurgias de desbridamento e enxertos, dá-se uma sensibilização e reorganização dos recetores térmicos cutâneos, dos neurónios do corno posterior da medula, bem como o aumento do número de recetores nociceptivos (Fishman et al, 2010). O fenómeno anteriormente descrito denomina-se plasticidade dos recetores cutâneos e origina uma dor que não cessa com a total cicatrização da queimadura. Dauber, A., citado por Fishman, refere que cerca de 52% dos sobreviventes de queimadura

Elaborado por: Suzana Correia aluna do VII Mestrado de Enfermagem Verificado por:
Médico-Cirurgião do IPVC

Aprovado por:

Página 1 de 18

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO (Sede) Alameda Professor Hernâni Monteiro 4202-451 Porto T+351 225 512 100 E geres@chujs.nhs-saude.pt W www.chujs.pt

Procedimento**A gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica Queimada**

afirmam sofrer dores após a alta, dor essa que não está apenas associada aos procedimentos dolorosos, como a reabilitação funcional, mas também a fenómenos de alodinia e hiperalgesia associados à plasticidade desenvolvida pelos recetores nociceptivos (Metzger et al, 2002; Fishman et al, 2010). A dor, que na fase aguda da queimadura tem a sua origem nos procedimentos dolorosos e na queimadura em si, passa a ser, após a alta, uma dor crónica, de tipo neuropático, que surge como consequência direta de uma lesão ou patologia que afeta o sistema somatosensorial, alterando a excitabilidade dos neurónios do corno posterior da medula. É descrita, tipicamente, como queimadura, parestesia ou choque e pode ou não ser lancinante. Associados à dor neuropática, surgem fenómenos de alodinia, que se caracteriza por uma sensação dolorosa resultante de um estímulo que habitualmente não provocaria dor e surge em locais circundantes à lesão, mas não lesionados. Outro fenómeno associado à dor neuropática denomina-se por hiperalgesia e consiste numa resposta exacerbada a um estímulo doloroso (Fishman et al, 2010). Os tratamentos a que a Pessoa Queimada é submetida são realizados sob forte medicação opióide, o que conduz a um outro fenómeno que o autor denomina de hiperalgesia induzida por opióides,

em que a exposição prolongada a doses elevadas destes medicamentos pode resultar em dor paradoxal devida à sensibilização central provocada, ou seja, facilita a transmissão do impulso nervoso em vez de o inibir (Fishman et al, 2010). Qualquer um destes fenómenos associados à dor neuropática tem um impacto negativo no dia a dia da Pessoa Vítima de Queimadura, podendo ser comparado às patologias cardíacas ou oncológicas, quando nos referimos à influência negativa que podem ter nas diversas áreas da vida do doente, agravando-se por ser incompreendida, não diagnosticada e não tratada. O controlo da dor nestes doentes torna-se vital, como fator preponderante para a melhoria da capacidade funcional e estado psicológico, aumento da qualidade de vida e reinserção bem-sucedida na sociedade e na vida ativa (Fishman et al, 2010).

A prática clínica dos cuidados continua a demonstrar que, embora se verifique uma tendência para melhorar, a avaliação da dor é uma atividade ignorada, esquecida ou realizada de forma pouco fidedigna (precisa). A qualidade dos cuidados é seriamente comprometida por esta prática, na medida em que a eficaz prevenção e o tratamento da dor carece de uma avaliação segura e exata. Avaliar um fenómeno complexo e subjetivo como é a dor não é evidente. Contudo, o conhecimento adquirido nesta área permite aos profissionais de saúde o reconhecimento das dificuldades inerentes a esta atividade e oferece soluções viáveis para a sua resolução. Desde 2003 que a avaliação da intensidade da dor como 5º sinal vital é recomendada pela

Elaborado por: Suzana Correia aluna do VIII Mestrado de Enfermagem
Médico-Cirúrgica do IPVC

Verificado por:

Aprovado por:

Página 2 de 18

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO (Sede) Alameda Professor Hernâni Monteiro 4202-451 Porto T+351 225 512 100 E geral@chaj.min-saude.pt W www.chaj.pt



UNIDADE DE QUEIMADOS/ SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA E RECONSTRUTIVA

N.º

Procedimento

A gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica Queimada

DGS. Ainda, segundo a DGS "o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo

fundamental para a efetiva humanização das unidades de saúde". Assim como, o sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da dor em todas as suas vertentes.

No âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação da Pessoa, o bem-estar e o autocuidado. Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor. Segundo a IASP (International Association for the Study of Pain) "os enfermeiros estão presentes em quase todos os procedimentos dolorosos, portanto são os profissionais indicados para avaliar e monitorizar a dor do doente crítico". **"A dor do queimado é única!"** Como tal tem duas componentes bem distintas:

- A dor contínua;
- A dor devida aos cuidados locais da queimadura.

Uma **intensidade** excecional que impõe o uso dos opiáceos. Uma **variabilidade** de indivíduo para indivíduo considerável, que complica a normalização dos tratamentos. Uma **persistência** de longa duração, que só diminui após a cicatrização (Latarjet J. 2012).

A dor presente logo após a queimadura é devida à estimulação direta e à lesão de nociceptores presentes na epiderme e na derme, o que leva à transmissão de impulsos nervosos pelas fibras C e A-delta até o corno dorsal da medula espinal. A magnitude do impulso é modulada tanto pelos estímulos periféricos quanto pelas influências descendentes a partir do encéfalo (Richardson P, Mustard L, 2009). A resposta inflamatória inicia-se minutos após a lesão e leva à liberação de inúmeros irritantes químicos que sensibilizam e estimulam os nociceptores no local por vários dias. O local permanece doloroso e sensível a estímulos mecânicos e térmicos, com hiperalgesia secundária.

À medida que a resposta inflamatória cessa, a qualidade da dor sofre alterações. A intensidade da dor varia, mas é tipicamente máxima em locais de perda cutânea, assim como em áreas dadoras de tecido. No caso de queimaduras profundas, a destruição inicial das terminações nervosas leva a uma insensibilidade local. Nessas áreas pode haver uma regeneração desordenada do tecido nervoso, o que irá predispor ao aparecimento de dor

Elaborado por: Suzana Correia aluna do VIII Mestrado de Enfermagem
Médico-Cirúrgica do IPVC

Verificado por:

Aprovado por:

Página 3 de 18

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO (Sede) Alameda Professor Hernâni Monteiro 4202-451 Porto T+351 225 512 100 E geral@chaj.min-saude.pt W www.chaj.pt



neuropática. Estima-se que 52% das Pessoas vítimas de queimaduras apresentem cornificação da dor (Dauber et al. 2002).

3.1- Classificação da dor da Pessoa Queimada

É importante classificar os tipos de dor vivenciadas pelas Pessoas vítimas de **queimaduras** elas podem-se apresentar ao mesmo tempo e devem ser avaliadas de forma independente.

Dor inicial

Inicia-se minutos a horas após a queimadura, são libertados mediadores inflamatórios e vasoativos que terminam em edema. A dor inicial vem da destruição direta dos nociceptores algumas terminações são eliminadas e outras parcialmente ou intactas são as responsáveis da dor e da sensibilidade. A dor é de aspeto urgente e a sugestão é usar opióides de rápida ação (Cruz N. & Zuniga C. & Serratos M. & Vásquez M. 2021).

Dor contínua (Breakthrough pain)

A dor contínua define-se como a dor ligada ao repouso completo ("pain at rest ") varia pouco mas pode ser descrita com "acessos dolorosos" ("breakthrough pain") provocadas pelos gestos da vida diários e correntes ,atividades menores na ausência de qualquer terapêutica. Relacionada essencialmente à queimadura ou colheitas de enxertos cutâneos, mas também pode ter outra causas como dores músculo-articulares relacionadas com o posicionamento e a imobilização (Latarjet J. 2010).

Dor devida aos atos terapêuticos ("procedural pain") ou dor procedimental

Define-se, essencialmente, como uma dor causada pelos tratamentos locais da queimadura, "limpezas" e pensos diários cujo número diminui com a adoção de estratégias cirúrgicas de excisão/enxerto mais precoces, mas que continuam a ser o tratamento de referência para muitas queimaduras superficiais ou de profundidade incerta ou não homogênea (Latarjet J. 2002).Pois, embora, o objetivo de "dor zero" seja perfeitamente realista para a dor contínua , o mesmo não acontece com a dor dos pensos que pode atingir níveis de intensidade atrozes e cujo o controlo é raramente satisfatório (Latarjet J. 2002). Existem também outros atos terapêuticos potencialmente dolorosos, que se relacionam aos cuidados de enfermagem, à reanimação

ou à fisioterapia (Latarjet J. 2010). Existe uma ligação entre elas, evidentemente que a dor contínua é sempre mais importante após um cuidado local doloroso e a analgesia para um penso é mais difícil de otimizar se o tratamento prévio da dor contínua não tiver sido satisfatoriamente controlado (Atchinson N. & Osgood P. & Carr D. 1991).

Dor de fundo (Background pain)

A dor do queimado é uma dor por excesso de nociceção (na fase das sequelas, foram descritas dores neuropáticas que têm por origem as terminações nervosas lesadas). A fisiologia é denominada pela noção de hiperalgesia (isto é, um estímulo habitualmente não doloroso torna-se doloroso. A dor imediata que segue a queimadura deve-se à estimulação dos nociceptores cutâneos termossensíveis. Depois, as sensações dolorosas têm por origem as terminações nervosas que não foram destruídas e que não estão presentes apenas na epiderme, mas também na derme e no tecido celular subcutâneo (Stella M., Ramieri G. & Calgagni M., 1988).

Segundo a localização, a hiperalgesia por queimadura pode ser: Primária – a nível da lesão; Secundária -à distância da lesão.

Segundo o mecanismo, a hiperalgesia caracteriza-se como:

-Periférica- por sensibilização ao nível da queimadura dos nociceptores cutâneos das fibras nervosas A e C (consequência da inflamação);

-Central- por exacerbação, a nível do sistema nervoso central, da transmissão dos estímulos dolorosos até às estruturas cognitivas (Latarjet J. 2012).

Hiperalgesia "periférica"

O limiar de resposta dolorosa dos recetores periféricos da dor está mais baixo. A resposta inflamatória imediatamente à queimadura provoca uma sensibilização igualmente rápida dos nociceptores cutâneos ainda presentes, térmicos (o calor é doloroso), químicos (os antissépticos fazem doer) ou mecânicos (o contacto, a mobilização, despertam a dor). Este fenómeno mantém-se enquanto durar a inflamação (Pedersen J.L. & Kehlet H. 1998).

Hiperalgesia "central"

A transmissão da dor até às zonas cerebrais que permitem o seu reconhecimento este caminho está facilitado.

- **"Wind-up"** - Estimulações nociceptivas repetidas destes tecidos hiperálgicos, como os tratamentos locais das queimaduras, podem estar na

origem da facilitação da transmissão da dor entre o primeiro e o segundo neurônio no corno posterior da medula, em que estão implicados os recetores dos neurotransmissores **NMDA** (N-metil-D-aspartato). Esta sensibilização central (que explica que o mesmo cuidado local provoque cada vez mais dor a nível da lesão) também é responsável pelos fenómenos de hiperalgesia secundária cutânea à distância das zonas queimadas (Pedersen J.L. & Kehlet H. 1998).

Sabe-se há pouco tempo que a cetamina é um poderoso inibidor dos recetores NMDA, utilizado há mais de 40 anos para os pensos dos queimados apesar dos efeitos secundários alucinogénios (Latarjet J. & Lépine O & Dorne R. 1975).

Efeitos pró-nociceptivos dos opiáceos

Paradoxalmente, a administração da morfina alivia a dor a curto prazo, mas, o indivíduo fica mais sensível à dor a longo prazo. Estes efeitos hiperalgiantes dos opiáceos é recente eles implicam nos recetores NMDA e provocam os fenómenos de "tolerância" aos opiáceos u-agonistas que ocorrem nos queimados (Richebé P. & Rivat C. & Rivalan B. & et al 2005). Neste sentido, acabou por se admitir que a escala das posologias tem limites, que seria importante regressar a tratamentos "multimodais" que permitem poupar os opiáceos e utilizar fármacos com propriedades anti-NMDA, como a metadona, o protóxido de azoto ou a cetamina em fracas doses (Simonnet G. 2005).

Dor pós-operatória

Ela se manifesta com mais intensidade junto com a dor procedimental. A região doadora de enxerto é mais dolorosa do que o lugar enxertado (Richardson P. & Mustard L. 2009)

Dor neuropática

Resultado dos danos nos terminais nervosos, é um tipo de dor crónica, ou seja, aquela que dura mais de 6 meses.

APÓS CICATRIZAÇÃO, as lesões podem manter-se dolorosas durante muito tempo e o prurido pode ser tão intenso que se compara a verdadeiras dores (Goutos I. 2008). As cicatrizes hipertróficas exigem cuidados de fisioterapia dolorosos (duches filiformes, compressão massagens). As verdadeiras dores neuropáticas (com um fundo contínuo de "queimadura" e descargas paroxísticas de alguns segundos) não são excecionais após queimaduras

Elaborado por: Suzana Correia aluna do VIII Mestrado de Enfermagem Verificado por: Médico-Cirurgião do IPVC

Aprovado por:

Página 6 de 18

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO (Sede) Alameda Professor Hernâni Monteiro 4202-451 Porto T+351 225 512 100 E geral@chj.min-saude.pt W www.chj.pt



profundas, reagem muito provavelmente a tratamentos específicos (anticonvulsivantes) (Choinière M. & Meizack R, & Papillon J. 1991).

VARIABILIDADE DA INTENSIDADE DA DOR

A variabilidade da intensidade dolorosa é outra característica essencial da dor do queimado que a torna dificilmente previsível de um dia para o outro na mesma Pessoa Queimada ou de uma Pessoa Queimada para outra com as mesmas lesões (Choinière M. 2001). Portanto, como em qualquer pessoa, o "moral" e outros fatores extrínsecos ligados ao ambiente (confiança, informação, pessoas à volta) interferem o bom funcionamento dos sistemas fisiológicos inibidores da dor com limiares de sensibilidade que podem flutuar ao longo do dia ou da evolução da cicatrização das queimaduras (Patterson D. & Adcock R. & Bombardier C. 1997). Esta evolução faz-se lentamente até à cicatrização total. Nos casos mais graves, em que o tratamento se prolonga durante várias semanas, a diminuição da eficácia dos sistemas inibidores fisiológicos da dor combinados com os fenómenos de hiperalgesia periférica e central acima descritos, explica que a sintomatologia dolorosa possa modificar-se e assemelhar-se muito mais a uma Pessoa com dor crónica: dores difusas, de causa e mecanismo mal esclarecido, má relação dose-efeito dos medicamentos, estados depressivos (Latarjet J. & Choinière M. 1995). No entanto o tratamento torna-se extremamente difícil, exigindo o recurso à anestesia geral e às técnicas não medicamentosas como a hipnose (Patterson D. 2004).

5.4-Avaliação da dor da Pessoa Queimada

Desenvolveram-se escalas que medem a variabilidade das respostas (verbais e não verbais) à dor para uma quantificação da intensidade da dor. Embora atualmente ainda não exista uma solução única universalmente aceite para avaliar a dor em todas as situações, existem escalas validadas e com utilidade clínica comprovada para utilização em todas as idades e situações clínicas. A escolha da escala a aplicar deve ter em conta essencialmente: o tipo de dor (aguda ou persistente); idade / desenvolvimento ou integridade cognitiva; situação clínica (ventilado ou não ventilado mecanicamente).

No entanto, a auto- avaliação pode ser prejudicada por:

Elaborado por: Suzana Correia aluna do VIII Mestrado de Enfermagem Verificado por: Médico-Cirurgião do IPVC

Aprovado por:

Página 7 de 18

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO (Sede) Alameda Professor Hernâni Monteiro 4202-451 Porto T+351 225 512 100 E geral@chj.min-saude.pt W www.chj.pt



a) Alterações da percepção dolorosa do doente (idade; perturbações cognitivas; experiências dolorosas; delírio; estado emotivo);
b) Incapacidade de comunicação (nível de consciência; estado de sedação; presença de tubo endotraqueal; bloqueadores neuromusculares).
Tratando-se de um sintoma, a dor é subjetiva e individual, modulada por fatores emocionais, pelo que a forma mais correta de a avaliar, sempre que possível, é a autoavaliação, utilizando para o efeito escalas de autoavaliação validadas internacionalmente: EVA (Escala Visual Analógica), Escala Visual Numérica (EVN), Escala Qualitativa ou Escala de Faces.

Na Unidade de Queimados, as escalas adotadas são a EVN e EVA para doentes com capacidade de manifestar/comunicar a sua dor

- a) A EVA avalia a dor aguda e persistente e consiste numa linha horizontal (para crianças) ou vertical (para adultos), com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada, numa extremidade, a classificação "Sem Dor" e, na outra, a classificação "Dor Máxima". O doente faz uma cruz ou um traço perpendicular à linha no ponto que representa a intensidade da sua dor. Mede-se, em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero, e o local assinalado, obtendo-se a classificação numérica.
- b) A EVN pode ser utilizada para dor aguda ou crónica e consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas, sucessivamente, de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical e o doente faz a equivalência entre a intensidade da sua dor e a classificação



numérica.

No caso de doentes incapazes de manifestar/comunicar o seu grau de dor a avaliação é efetuada pelo enfermeiro, tendo em linha de conta comportamentos relacionados com a dor (gemido, expressão facial, postura de defesa ou movimentos no leito) e indicadores fisiológicos, como

taquicardia, taquipneia, elevação da tensão arterial, lacrimejo ou sudorese.

A maioria das escalas mede a dor de 0 a 10 pontos em que o objetivo é um score de 0 e em que a maior pontuação implica maior dor. A categorização da dor depende da amplitude da escala, mas numa escala de 0 a 10 pontos o critério habitualmente usado é:

- 0-1 sem dor; 1-3 dor ligeira; 3-7 dor moderada; 7-10 dor intensa.
- 0-1 sem dor; 1-3 dor ligeira; 3-6 dor moderada; 6-9 dor intensa; 9-10; dor muito intensa.

Geralmente o valor que indica necessidade de intervenção farmacológica é um score ≥ 3 , ou seja, uma dor moderada.

Se a Pessoa é incapaz de expressar a sua dor, pelo estado de consciência ou por se encontrar submetida a ventilação mecânica invasiva, esta deverá ser monitorizada com o apoio de escalas comportamentais. A Behavioral Pain Scale (BPS) – foi validada em Portugal pela SPCI (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos) é um instrumento de avaliação mais válido para aplicação em doentes críticos (médicos, cirúrgicos ou de trauma) incapazes de autoavaliação e, nos quais as funções motoras estão intactas.

A BPS é a escala adotada nas UCI's para doentes sedados, ventilados e sem capacidade de expressar a dor. Portanto, nas Pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva preconiza-se a monitorização da dor através da BPS que mede a dor de 3 a 12 pontos e o objetivo é ter um score de 3 (sem dor), *tendo sempre em conta que as funções motoras da pessoa não devem estar alteradas*. Existem, por isso, algumas condições no doente crítico que são considerados critérios de exclusão da aplicação da escala BPS, sendo elas: polineuropatia, tetraplegia, Escala de Coma de Glasgow (ECG) = 3 e doentes submetidos a fármacos bloqueadores neuromusculares.

Behavioral Pain Scale (BPS) versão portuguesa		
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída	2
	Sobrançelas franzidas	3
	Completamente contraída	
	Pálpebras fechadas	
Movimentos dos membros superiores (em repouso verifique o tônus mobilizando o membro)	Careta Esgar facial	4
	Sem movimento	1
	Parcialmente fletidos	2
	Muito fletidos e com flexão dos dedos	3
	Retraído, resistência aos cuidados	4
Adaptação ao ventilador	Tolera ventilação	1
	Tosse, mas tolera o ventilador a maior parte do tempo	2
	Luta contra o ventilador, mas a ventilação ainda é possível algumas vezes	3
	Incapaz de controlar a ventilação	4

Elaborado por: Suzana Correia aluna do VIII Mestrado de Enfermagem
Médico-Cirurgião do IFVC

Verificado por:

Aprovado por:

Página 10 de 18

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO (Site) Alameda Professor Hernâni Monteiro 4202-451 Porto T+351 225 512 100 E geral@chuj.mini-saude.pt W www.chuj.pt



nomeadamente na admissão, se a anestesia geral não for imediatamente possível.

5.4.1-Tratamento farmacológico

O uso de fármacos é a principal e mais efetiva forma de tratamento da dor em Pessoas Queimadas, por causa da sua própria natureza e intensidade (Latarjet J. & Choinière M. 1995). Algumas alterações na farmacocinética dos medicamentos são observadas em pacientes queimados. Inicialmente desenvolve-se uma resposta inflamatória sistêmica, há diminuição do fluxo sanguíneo para os órgãos, consequentemente existe uma diminuição da depuração renal dos fármacos. Depois dessa fase observa-se um aumento geral do metabolismo, com aumento subsequente da depuração. Em queimaduras com área maior do que 20% da superfície corporal há extravasamento capilar generalizado, com perda de proteínas para o interstício. Portanto o efeito de fármacos com alta ligação proteica torna-se de difícil controle (Girtler R. & Gustorff B. 2011).

OPIÓIDES

Os opiáceos u-agonistas continuam a ser a medicação de base e assumem o papel principal na terapia da dor em Pessoas Queimadas. Seus efeitos adversos que mais se destacam são o prurido, a depressão respiratória e a náusea. A dor presente em Pessoas queimadas durante o repouso (background pain) é de moderada intensidade e é tratada com medicamentos de potência moderada e cuja concentração plasmática permaneça relativamente constante como por exemplo os opioides por via endovenosa. Devido ao risco de tolerância ou de hiperalgesia induzida por opioides, o seu uso deve ser sempre integrado numa abordagem de tratamento multimodal (Wiechman S. & Sharar S. & Patterson D. 2011). Ou seja, associar analgésicos com modos de ação diferentes, sendo que uma boa "cozinha" permite uma maior eficácia com menos efeitos secundários (Choinière M. 2001). Os opioides e o tramadol também promovem efeito benéfico na dor neuropática.

Cetamina

A cetamina é um antagonista não competitivo de recetores NMDA e muitas vezes é usada para a sedação consciente na balneoterapia ou na execução dos pensos da Pessoa queimada (Macpherson R. & Woods D. & Penfold J. 2008). Induz um estado de anestesia dissociativa em doses pequenas (1 mg/kg) com a vantagem de preservar a via aérea e mantém a pressão arterial e a frequência cardíaca por libertação indireta de noradrenalina, pode ser

Elaborado por: Suzana Correia aluna do VIII Mestrado de Enfermagem
Médico-Cirurgião do IFVC

Verificado por:

Aprovado por:

Página 12 de 18

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO (Site) Alameda Professor Hernâni Monteiro 4202-451 Porto T+351 225 512 100 E geral@chuj.mini-saude.pt W www.chuj.pt



utilizada, para contrariar os efeitos pró-nociceptivos dos opiáceos, em posologias fracas (1- 3 mg/kg/dia): em doses mais fortes pode levar a alucinações, mas pode ser atenuado pela administração concomitante de benzodiazepínicos ou propofol, também parece promover algum efeito na redução da hiperalgesia (Latarjet J. 2012).

Anti-inflamatórios, dipirona e paracetamol

Estes fármacos podem reduzir a quantidade de opioides até 20-30%. Estes fármacos apesar de serem analgésicos fracos quando usados separadamente, atuam de maneira sinérgica com os opioides. Devido à inibição da agregação plaquetária, o uso de AINE deverá ser evitado quando existe risco de sangramento preocupante (como em grandes queimados) (Giessler G. & Mayer T. & Trupkovic T. 2009).

Anticonvulsivantes

A gabapentina e a pregabalina são usadas frequentemente no tratamento da dor neuropática em queimados. Elas diminuem a sensibilização central à dor por meio de ligação a canais de cálcio pré- sinápticos e indiretamente inibem recetores N-metil-D-aspartato (NMDA). Num estudo a pregabalina foi avaliada e bem tolerada e reduziu de forma significativa, vários componentes de dor neuropática em pacientes queimados assim como as queixas algícas durante os procedimentos foram reduzidas (Gray P. & Kirby J. & Smith M. 2011).

Lidocaína

A terapia com lidocaína por via endovenosa foi eficaz em reduzir os escores de dor neuropática, principalmente com lesão nervosa associada. Embora um estudo evidenciou apenas uma pequena diferença nos escores de dor com manutenção das doses necessárias de opioides durante trocas de pensos em pacientes queimados (Wasiak J. & Sprinks A. & Costello V. 2011).

Benzodiazepínicos

Partindo do princípio de que os distúrbios de ansiedade podem exacerbar as queixas algícas o uso de ansiolíticos associados a medicamentos analgésicos é prática comum em muitas Unidades de Queimados. O medo e a tensão causam diminuição de tolerância à dor. As Pessoas Queimadas que mais beneficiaram com a terapia com benzodiazepínicos foram aqueles extremamente ansiosos e com dor intensa (Patterson D. & Ptacek J. & Carroughe

Elaborado por: Suzana Correia aluna do VIII Mestrado de Enfermagem
Médico-Cirúrgica do IPVC

Verificado por:

Aprovado por:

Página 13 de 18

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO (Sede) Alameda Professor Hernâni Monteiro 4200-451 Porto T+351 225 512 100 E geral@chj.mn-saude.pt W www.chuj.pt

11-00000

Carroughe G. 1997). O Lorazepam é mais adequado do que o diazepam por causa da diminuição do metabolismo hepático.

Antidepressivos

São medicamentos eficazes e têm um papel importante no conceito de tratamento multimodal da dor associada a queimaduras (Pal S. & Cortiella J. Herndon D. 1997). A amitriptilina, usada em baixas doses, tem um papel estabelecido na gestão da dor neuropática e atua por meio da ativação das vias inibitórias descendentes na medula espinal. A dose necessária é 75 mg/dia. O efeito analgésico dos antidepressivos geralmente ocorre após dias a semanas.

Agonistas alfa-2

Os agonistas alfa-2 para além de estimular as vias inibitórias descendentes da dor, apresentam efeito sedativo e anti-hipertensivo. A **clonidina** é usada em alguns centros de tratamento de queimaduras em adultos e crianças (Ambrose C. & Sale S & Howells R. 2000). A duração da **desmedetomidina** é mais curta do que a da clonidina e sua ação é mais seletiva para recetores alfa-2. Houve um estudo que evidenciou os benefícios na associação entra a cetamina e dexmedetomidina em relação ao uso de cetamina isolada ou em associação com midazolam durante a troca de pensos de queimados (Gunduz M. & Sakalli S. & Gunes Y. 2011).

5.4.2-Tratamento não farmacológico

O tratamento não farmacológico é uma medida importante e complementar ao tratamento medicamentoso no controlo da dor e da ansiedade nas Pessoas Queimadas. O seu início deve ser o mais precoce possível, visando prevenir o desenvolvimento da ansiedade e a perpetuação do ciclo ansiedade-dor. Segundo estudos as técnicas de psicologia, como o relaxamento, distração e terapia cognitivo-comportamental, são benéficas no alívio da ansiedade e da dor durante a fase da reabilitação (Turk D. & Salavoy P. 1996).

A hipnose é uma alteração do estado de consciência caracterizado por aumento da receptividade a uma sugestão, habilidade de alterar percepções e sensações e aumento da capacidade de dissociação. Tem sido usada na gestão da dor da Pessoa Queimada durante procedimentos e no controlo da ansiedade. Outra medida que tem sido usada com sucesso é a realidade virtual. Consiste numa tecnologia que isola a Pessoa Queimada do mundo real

Elaborado por: Suzana Correia aluna do VIII Mestrado de Enfermagem
Médico-Cirúrgica do IPVC

Verificado por:

Aprovado por:

Página 14 de 18

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO (Sede) Alameda Professor Hernâni Monteiro 4200-451 Porto T+351 225 512 100 E geral@chj.mn-saude.pt W www.chuj.pt

11-00000

e deixa a sua visão apenas em contato com um ambiente virtual tridimensional, chamado de "mundo de neve", especialmente criado para se opor às sensações mais usualmente provocadas por uma ferida de queimadura. Em alguns estudos, a realidade virtual, como técnica de distração durante procedimentos, foi eficaz em reduzir a intensidade da dor nas Pessoas Queimadas (Hoffman H. & Patterson D. Carrouther G. 2001). No alívio da dor a abordagem preconizada é multimodal e deverá iniciar-se pelas intervenções não farmacológicas que são menos invasivas para o doente. Intervenções essas que são as que os enfermeiros podem e devem realizar de forma autônoma.

As intervenções não farmacológicas (INF) dividem-se em centrais e periféricas. As intervenções centrais são relaxamento, distração, imagética, musicoterapia, humor e hipnose e têm como objetivos: modificar a percepção da dor, melhorar a forma de lidar com a dor e estimular controle descendente da dor. Para além das INF referidas em cima existem também outras que serão referidas num quadro abaixo para conhecimento como a crioterapia, calor, massagem, toque, TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation) e acupressão e têm como objetivo diminuir a intensidade do estímulo doloroso.

Intervenção	Indicações	Contraindicações
Crioterapia	Pós-trauma Edema Espasmo muscular	Doença vascular periférica; Doença de Raynaud Hipersensibilidade ao frio; Sensibilidade diminuída; Aumento da dor Doença cardíaca Doentes com limitações da comunicação
Calor superficial	Dor muscular e articular Dor espasmódica	Pós-trauma Deficiência circulatória Áreas com sensibilidade diminuída Doentes com limitações da comunicação

Elaborado por: Suzana Correia aluna do VIII Mestrado de Enfermagem Verificado por: Médico-Cirurgião do IPVC Aprobado por: CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO (Bde) Alameda Professor Hernâni Monteiro 4200-451 Porto T+351 225 512 100 E geral@chj.niv-saude.pt W www.chjui.pt

Página 15 de 18



		Massa tumoral
Massagem	Dor muscular e articular Contractura muscular	Fratura ou traumatismo Flebite Lesão cutânea Sutura recente
Toque terapêutico	Dor em geral	Nenhuma
TENS	Dor muscular e esquelética	Fratura ou traumatismo Flebite Lesão cutânea Sutura recente
Acupressão	Dor em geral	Fratura Lesão cutânea Sutura recente

6- Referências Bibliográficas

- Carrouther, G.J. (2003). *Comparison of patient satisfaction and self-reports of pain in adult burn-injured patients*. in Journal of Burn Care Rehabilitation. Jan-Feb, 24 (1):1-8. PMID: 12543984
- Castro, R. (2013). *Tratamento da Dor em Queimados*. Revista Brasileira de Anestesiologia. 63 (1):149-158.
- Choinière M. (1991). *Pain and paresthesia in patients with healed burns: an exploratory study*. in Journal of Pain Symptom Management. Oct. 6 (7):437-

Elaborado por: Suzana Correia aluna do VIII Mestrado de Enfermagem Verificado por: Médico-Cirurgião do IPVC Aprobado por: CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO (Bde) Alameda Professor Hernâni Monteiro 4200-451 Porto T+351 225 512 100 E geral@chj.niv-saude.pt W www.chjui.pt

Página 16 de 18



44. PMID: 1940489

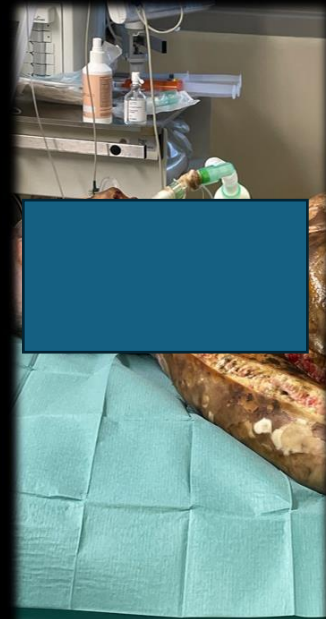
- Cutcliffe, J. & Herth, K. (2002). *The concept of hope in nursing 5: hope and critical care nursing*. British Journal of Nursing. Vol. 11, nº 18. 1190-1195
- Dauber, A. (2002). *Chronic persistent pain after severe burns: a survey of 358 burn survivors*. in *Pain Med*. Mar; 3 (1): 6-17. PMID: 15102213
- Dealey, C. (2005). *Tratamento de feridas – Guia para enfermeiros*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-204-1
- Echinard, C. & Lataret, J. (2012). *Queimaduras*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930- 77-6
- Fishman, S. M. (2010). *Bonica's Management of Pain*. (4ª Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN: 978-0-7817-6827-6
- Gray, P. (2011). *Pregabalin in severe burn injury pain: A double-blind, randomized placebo-controlled trial*. in *Pain Jan*. DOI: 10.1016/j.pain.2011.01.055
- Greenhalgh, D.G. (2007). *Burn Resuscitation*. in *Journal of Burn Care & Research*. July/August 2007 - Volume 28 - Issue 4 - pp 555-565. DOI: 10.1097/BCR.0B013E318093DF01
- Herndon, D. (2002). *Total Burn Care*. (2ª edição). Londres: Harcourt Publishers Limited. ISBN: 0-7020-2612-3.
- Maciel, E. & Serra, M. C. (2004). *Tratado de Queimaduras*. São Paulo: Editora Atheneu. ISBN: 85-7379-653-7.
- Metzger, Chistiane et al (2002). *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-32-0

APÊNDICE II-

SESSÃO FORMATIVA -Abordagem à Pessoa em Situação Crítica Grande Queimada
nas primeiras 48 horas numa UQ

Abordagem à Pessoa em Situação Crítica com queimadura Grave nas primeiras 48 horas

- Carla Suzana Pereira
Correia (aluna do VIII curso de
Especialidade Médico Cirúrgica)

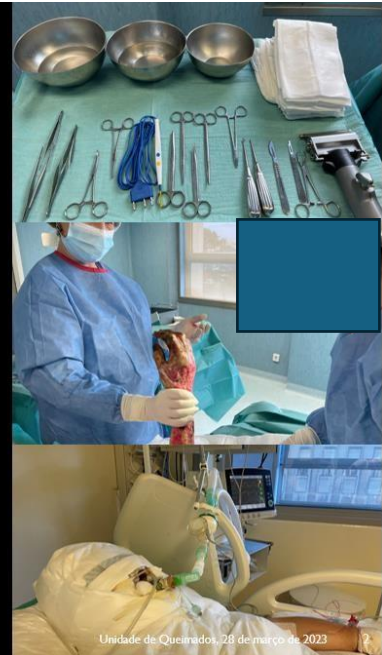


Unidade de Queimados , 28 de março de 2023

1

Objetivos:

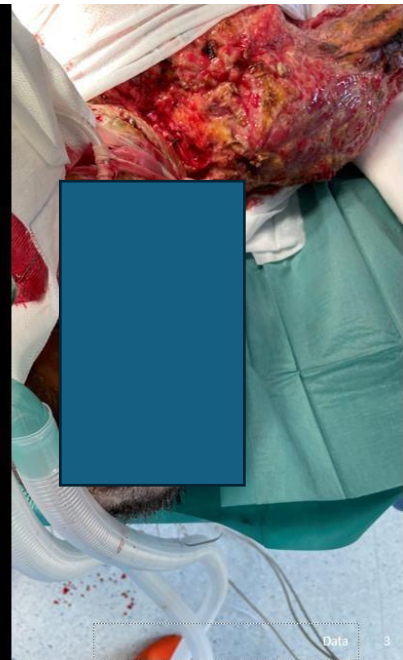
- Conhecer a abordagem inicial à PSCQueimada ;
- Contribuir para o aumento de saberes sobre o tratamento das queimaduras e suas singularidades;
- Conhecer o material disponível e sua organização para o cuidado da Pessoa Queimada.



Unidade de Queimados , 28 de março de 2023

A Pessoa Crítica Queimada nas primeiras 48 horas

- A fase aguda da queimadura grave caracteriza-se por 3 fenómenos essenciais:
- Choque inicial do queimado
- Síndrome inicial inflamatório sistémico (SIRS)
- Stress Oxidativo



A Pessoa Crítica Queimada nas primeiras 48 horas

CHOQUE INICIAL DO QUEIMADO

Há um desequilíbrio hemodinâmico após uma queimadura grave

O doente sofre inicialmente um estado de choque hipovolémico.

Após 12 a 24 h há uma transição para um choque hipercinético (IC elevado e afundamento das resistências vasculares sistémicas)

- Há um aumento do consumo de oxigénio no 2º dia de evolução
- Como em qualquer estado de choque, a carência tecidual de oxigénio reflete-se no:

Desenvolvimento de Acidose láctica

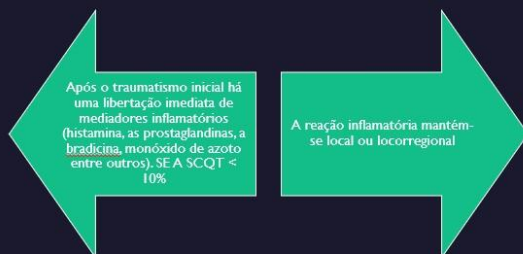
Hipermeabilidade capilar e reação edematosa

- Na microcirculação a ação dos mediadores da reação inflamatória vai provocar perturbações no equilíbrio de Starling, que rege as trocas hidro-eletrolíticas entre o setor vascular e o interstício.
- Hiperpermeabilidade capilar com baixa do coeficiente de reflexão osmótica das proteínas
- Proporciona aumento da pressão oncótica intersticial agravada pela desnaturação do colagénio devido à agressão térmica;
- Segue-se uma passagem massiva de água e do plasma do sector capilar para um terceiro sector extravascular levando aos EDEMAS

5

A Pessoa Crítica Queimada nas primeiras 48 horas

Síndrome inicial inflamatória sistémica (SIRS)



SE A SCQ FOR >10%

- A reação inflamatória generaliza-se.
- Libertam-se mediadores sistémicos as citocinas pró-inflamatórias são sintetizadas e circulam em concentrações séricas elevadas (Taxas elevadas de interleucina 6 nas 1ras 48h de interleucina 1 e 8) (Echinard C. & Latarjet J. 2012)

A Pessoa Crítica Queimada nas primeiras 48 horas Stress oxidativo (SO)

- A produção importante de espécies reativas do oxigênio ultrapassa a capacidade dos sistemas enzimáticos de regulação antioxidante
- Estas defesas enzimáticas utilizam como cofator vitaminas e oligoelementos
- A baixa destes cofatores na fase aguda da queimadura traduz a intensidade do Stress Oxidativo.
- levando a um hipermetabolismo e catabolismo proteico



7

Texto de Rodapé de Exemplo

A Pessoa Crítica Queimada nas primeiras 48 horas

- Em Suma o SIRS caracteriza-se por:
- Falência Imunitária com Hipermetabolismo e catabolismo proteico importante.
- O doente fica fragilizado perante complicações sépticas secundárias e pode evoluir para a Síndrome de disfunção multiorgânica (SDM)



8

Outras alterações fisiopatológicas

- Existe uma translocação bacteriana do tubo digestivo para a circulação sistêmica
- O equilíbrio térmico é comprometido pelo aumento das perdas por radiação, condução, convecção e evaporação
- A queimadura extensa não permite que o revestimento continue a manter o seu papel na manutenção da hemóstase do núcleo térmico levando à HIPOTERMIA



9

Abordagem inicial da Pessoa Crítica Queimada na UQ

- Entrada /Admissão na unidade
- Avaliação da PSC Queimada:
 - Extensão
 - Profundidade
 - Localização
 - Articulações envolvidas
 - Traumatismos associados
 - História pregressa



10

Abordagem inicial da Pessoa Crítica Queimada na UQ

Punção venosa periférica/ colocação cateter venoso central

Intubação endo-traqueal, se indicada

Tricotomia se necessário das áreas com queimaduras

Balneoterapia(Banho assético)

Fotografia das áreas com queimaduras

Colocação de sonda gástrica

Colocação de sonda vesical



11

Abordagem inicial da Pessoa Crítica Queimada na UQ

➤ Realização de intervenção cirúrgica

➤ Pensos sob analgesia e sedação

➤ Broncofibroscopia se suspeita de lesão por inalação

➤ ECG se idade > 50 anos ou patologia cardíaca

➤ Pesagem diária



12

Abordagem inicial da Pessoa Crítica Queimada na UQ

➤ Abordagem terapêutica

➤ Ressuscitação com fluidos: Fórmula Parkland ($4 \text{ ml/kg/\%ASQ/24h}$) com lactato de ringer 50% do volume nas 1ras 8 horas

➤ Tratamento das queimaduras:

- Conservador

- Cirúrgico



13



Abordagem inicial da Pessoa Crítica Queimada na Unidade de Queimados

TRATAMENTO CONSERVADOR DAS QUEIMADURAS

- CARACTERÍSTICAS DO PENSO
- CONFORTÁVEL
- ALMOFADADO
- ABSORVENTE
- PERMITIR ALINHAMENTO E FUNÇÃO

14





Obrigado

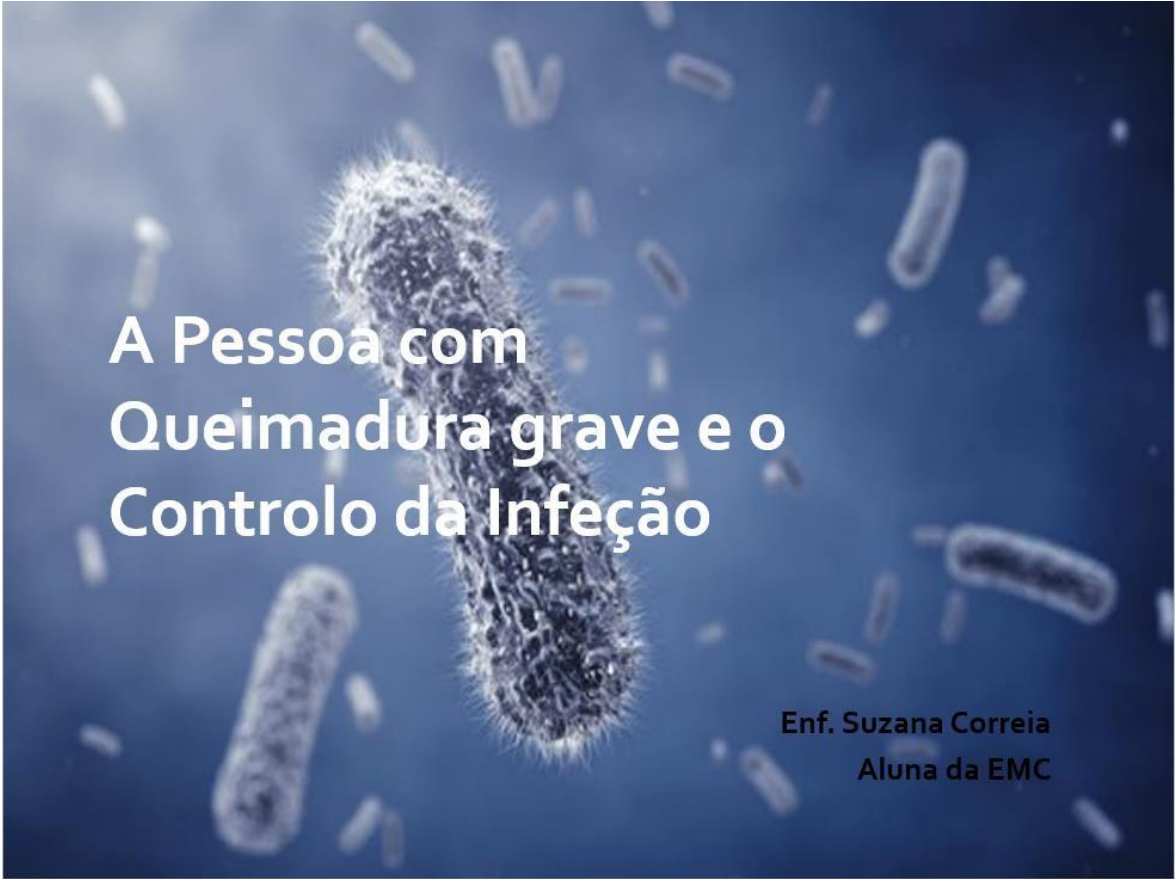
Enfra. Carla Suzana Pereira Correia (aluna do IPVC
do VIII curso de Especialidade Médico-Cirúrgica)

Unidade de Queimados 28 de março de
2023

17

APÊNDICE III-

SESSÃO FORMATIVA -A Pessoa com Queimadura Grave e o Controlo da Infecção

A microscopic image showing various bacteria against a dark blue background. A large, central, rod-shaped bacterium with a fuzzy, hairy surface is the most prominent feature. Numerous smaller, smoother rod-shaped bacteria are scattered throughout the field of view.

A Pessoa com Queimadura grave e o Controlo da Infecção

**Enf. Suzana Correia
Aluna da EMC**

- "As queimaduras são um local ideal para a multiplicação bacteriana, proporcionando o desenvolvimento de infecções. Por sua vez, as infecções bacterianas são a principal causa de morte entre os doentes queimados." (Figueiredo, S. 2011)

- "Nas Unidades de Queimados, a infecção é responsável por 75 a 80% dos óbitos." (Echinard, 2012)

- "A queimadura compromete a pele, que é vital para a preservação da homeostase corporal, termorregulação e proteção contra a infecção, além de possuir funções imunológicas, neurossensoriais e metabólicas." (Echinard, 2012)

- "A infecção é das mais frequentes e graves complicações no paciente queimado. Após o primeiro momento em que os cuidados respiratórios e hemodinâmicos são a prioridade, o controle da infecção coloca-se, em seguida, como desafio maior." (Echinard, 2012)



1. Microflora patogénica da pele

- Os microrganismos da flora normal da pele podem ser ou transitórios ou residentes, sendo que os residentes se multiplicam, ao contrário dos transitórios que são incapazes de se multiplicarem e geralmente morrem em pouco tempo (Madigan et al., 1997).
- Segundo Sohal (1996) as bactérias que colonizam a ferida do doente queimado são semelhantes em todo o mundo e dividem-se em 2 grupos: (Tabela 1).
- Apesar do Staphylococcus aureus continuar a ser a principal causa de infecção, também a Pseudomonas aeruginosa é uma causa comum de infecções em doentes queimados, aumentando o risco de mortalidade (Church et al., 2006; Schechner et al., 2009).

2. Mecanismos de patogenicidade

A capacidade de um microrganismo causar doença é designada de patogenicidade. É influenciada pelas propriedades inerentes ao microrganismo e pela capacidade do hospedeiro em resistir à infecção, ou seja, pela sua susceptibilidade. A maioria dos microrganismos que tendem a desenvolver infecção faz parte da flora normal do hospedeiro; (Pelczar *et al.*, 1997; Gomes *et al.*, 2001; Grice *et al.*, 2011).

Quando ocorre uma queimadura na pele, acontecem alterações depressoras no sistema imunitário do hospedeiro proporcionando o desenvolvimento de uma flora patogénica, o que pode dar origem a um foco infeccioso com eventuais complicações sépticas posteriores; (Pruitt *et al.*, 1998; Grice *et al.*, 2011).

A superfície da pele queimada inicialmente é estéril, mas passadas 48 horas essa superfície é colonizada por bactérias Gram positivas da flora normal da pele. Geralmente, a partir das 72 horas após a queimadura, a ferida é colonizada por bactérias Gram negativas a partir do aparelho gastrointestinal/respiratório do doente e bem como através de microrganismos do ambiente hospitalar ou dos profissionais de saúde; (Altöparlak *et al.*, 2004; Macedo *et al.*, 2006; Keen *et al.*, 2010).

A infecção causada por bactérias Gram positivas tende a atingir somente a pele e o tecido celular subcutâneo, enquanto a infecção por bactérias Gram negativas tende a multiplicar-se rapidamente no tecido necrótico e a invadir os tecidos subjacentes, incluindo os vasos sanguíneos, permitindo a sua disseminação sistémica; (Sohal, 1996a). Ocasionalmente podem surgir também fungos e/ou vírus (Wilson, 2001).

2. Mecanismos de patogenicidade

Para que um microrganismo patogénico cause doença no hospedeiro, ele tem que passar por determinadas etapas: (Madigan *et al.*, 1997; Casadevall *et al.*, 2000; Ki *et al.*, 2008)

Entrada do microrganismo no hospedeiro

Primeiro ele deve ter acesso ao tecido do hospedeiro, o que requer que o microrganismo ultrapasse as barreiras naturais como a pele, as mucosas ou o epitélio intestinal. (Madigan *et al.*, 1997; Murray *et al.*, 2006).

Adesão

Para iniciar uma infecção é necessário que os microrganismos sejam capazes de aderir especificamente às células epiteliais do hospedeiro. A especificidade do hospedeiro e do tecido determinam a maior ou menor capacidade de adesão dos microrganismos às suas células (Madigan *et al.*, 1997).

Colonização

Após penetrar o epitélio, o agente patogénico deve multiplicar-se. É este processo de multiplicação que é designado por colonização. A colonização requer que o microrganismo se ligue a receptores específicos da superfície do tecido alvo e supere as defesas do hospedeiro (Madigan *et al.*, 1997; Casadevall *et al.*, 2000).

3. Factores relacionados com a gravidade da Queimadura



De Forma directa

A Profundidade

Extensão da Queimadura

([Arturson, 1996](#); [Williams et al., 1996](#); [Gomes et al., 2001](#); [Martinho, 2008](#)).

De Forma indirecta

Sexo

Idade

Antecedentes Pessoais

Etiologia da Queimadura

A sua localização

Eventuais traumas associados

Tempo de internamento

NOTA: Quanto mais profunda e mais extensa a lesão, maior o tempo de cicatrização e os riscos envolvidos para o doente a nível dos vários sistemas do organismo, e, consequentemente, pior o seu prognóstico ([Gomes et al., 2001](#)).

4. Diagnóstico da Infecção em Doentes Queimados

Faz-se através do:



Exame clínico;

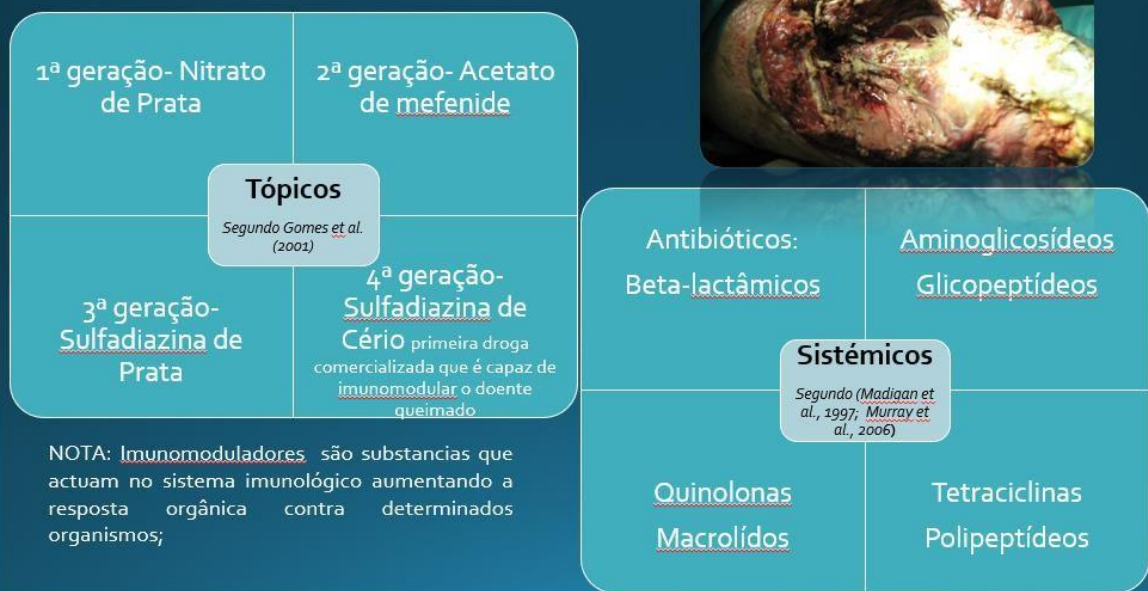


Através do diagnóstico laboratorial da bactéria que está a infectar o doente queimado; ([Church, 2006](#))



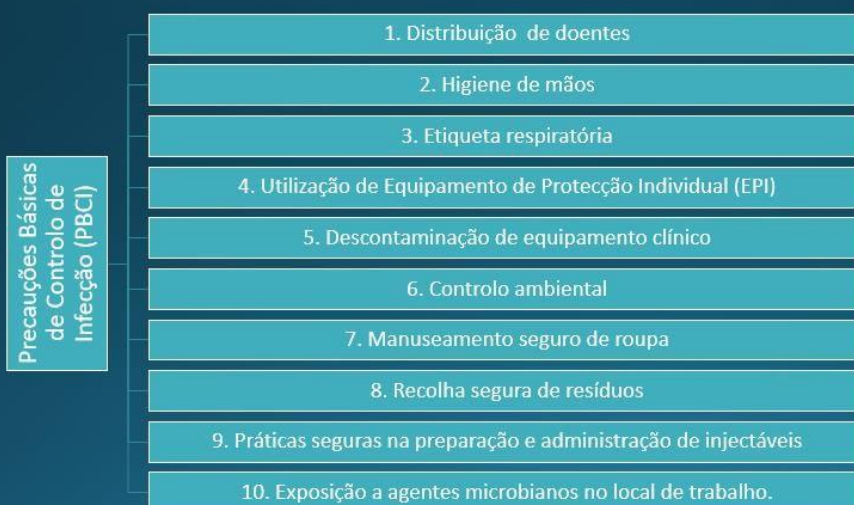
Dependendo do tipo de infecção, as amostras recolhidas podem incluir tecidos ou fluídos como sangue, urina, fezes, expectoração, abscessos ou pus; ([Madigan, 1997](#); [Murray, 2006](#))

5. Fármacos utilizados no tratamento da Infecção do doente Queimado



6. Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI)

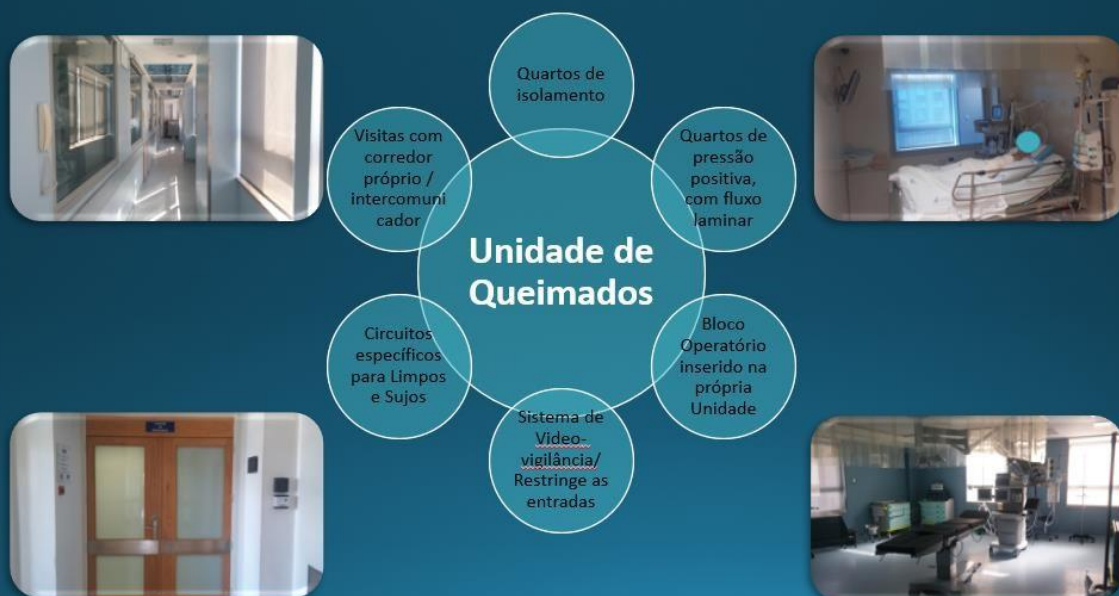
"As Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) destinam-se a prevenir a transmissão cruzada de microrganismos, provenientes de fontes conhecidas ou não. Essas potenciais fontes incluem o sangue e outros fluidos orgânicos, pele, mucosas, assim como, qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação." (Manual de Controlo de Infecção HSI, 2018)



DGS, "Programa de prevenção e controlo de infecções e de resistência aos antimicrobianos", 2017

6.1 Distribuição de doentes

Estrutura física da Unidade de Queimados é propícia para o controlo da Infeção.



6.2. Higienização das mãos

Aplica-se a todos os profissionais de saúde

"A taxa de adesão dos profissionais à higiene das mãos foi em 2016 de 73%." segundo a DGS, 2016;



A - Fricção antisséptica das mãos (com Solução Antisséptica de Base Alcoólica – SABA):

Indicações

- Antes de iniciar jornada de trabalho;
- Antes de preparar terapêutica;
- Antes do contacto com o meio envolvente do doente;
- Antes do contacto directo com o doente;
- Antes de procedimentos limpos/assépticos;
- Após risco de exposição a fluidos orgânicos;
- Após contacto com o ambiente envolvente;
- Após a remoção de Equipamento de EPI;
- Após terminar jornada de trabalho



B - Lavagem higiénica das mãos

Indicações

- Situações em que as mãos se encontrem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica;
- Após prestação de cuidados a doentes com Clostridium difficile;
- Antes e após situações ditas "sociais" (refeições, uso de instalações sanitárias)



C - Higienização cirúrgica das mãos

Indicações

- Antes da intervenção cirúrgica.

6.3 Equipamento de Protecção Individual (EPI)

"Os EPI são um conjunto de recursos físicos que devem proporcionar uma adequada protecção aos profissionais de saúde, de acordo com o risco associado aos procedimentos a efectuar." (Manual de Controlo de Infecção HSI, 2018)

Os EPI devem:

a) estar disponíveis junto ao local de utilização; (Figura 1)

b) estar acondicionados num local limpo e seco, de modo a prevenir a sua contaminação

c) estar dentro dos prazos de validade

d) ser de uso único, a não ser que o fabricante especifique o contrário

e) caso de artigos reutilizáveis, devem sofrer descontaminação após utilização

Figura 1
Material de EPI



Figura 2
Utilização de EPI na prática clínica



7. Precauções adicionais de Contacto

1. Indicação: Doentes colonizados ou infectados com microrganismos multirresistentes cuja transmissão se faz por contacto;

2. Aplicação : Devem ser utilizadas adicionalmente às Precauções Básicas;

3. Preferencialmente o doente deve ser internado num quarto individual, em Isolamento;

4. Devem ser usadas luvas (limpas, não esterilizadas), **sempre que se entra no quarto/unidade do doente;**

5. Usar sempre bata (limpa, não esterilizada) ou avental **ao entrar no quarto/unidade do doente;**

6. O transporte do doente deve se realizar quando absolutamente indispensável e deverão ser tomadas todas as devidas precauções;

7. Os equipamentos a utilizar no doente devem ser exclusivos para esse doente;

8. Sinalização - Colocar na entrada da unidade do doente um cartão de cor vermelha com as dimensões de 21 cm X 15 cm; (fig 1 e 2)



Figura 1



Figura 2

8. Influência da balneoterapia na descolonização do doente

A balneoterapia, também definida como hidroterapia, é considerada essencial aos cuidados da queimadura em pacientes internados nos hospitais (Hwang, Himel e Edlich; 1995; Langschmidt et al., 2013).

Salienta-se que esta deve ser realizada em área designada onde possa haver prevenção e controle da infecção. Assim sendo, a ferida é lavada e esfregada com antisséptico e água, utilizando uma mangueira de pulverização. Durante este procedimento, os agentes tópicos e tecido necróticos devem ser removidos quando houver necessidade, através de técnicas de desbridamento (Kowalske, 2011).



Muitas vezes, o banho é um procedimento diário executado com água clorada corrente (Gomes, Serra e Macieira, 2001). Buscando atenuar a contaminação das feridas, a balneoterapia, deve seguir os princípios da assepsia (Araújo, 2008). O paciente, durante o banho, deve permanecer sob analgesia e sedação (Cantinho, Santos e Silva, 2004);

Durante o banho, é removida uma parcela importante da população bacteriana da ferida, com o objectivo de evitar a infecção da lesão (Gomes, Serra e Macieira, 2001). Acreditasse que o antisséptico forme um filme residual com a finalidade de manter reduzida a infecção nos tecidos lesados. (Gomes, Serra e Macieira (2001),

9. Controlo ambiental

Um novo paradigma na desinfeção Hospitalar e Controlo Ambiental?

Implementação de novas técnicas de descontaminação ambiental como é o caso do Peróxido de Hidrogénio/catiões de Prata em forma de vapor seco.

- “Estudos demonstram que 60% das superfícies de elevado contacto próximas do doente permanecem contaminadas após a higienização manual devido à utilização de concentração incorrectas de desinfectante e/ou tempo de contacto insuficiente.”
- “Tal é propriamente crítico nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), onde 15% das IACS resultam na transmissão cruzada.”
- “Existe um risco de 73% de infecção em quartos ocupados previamente por doentes infectados ou colonizados” [Luís Cobrado, et al](#) Manual Projecto H2O2/Ag+, 2017

10. Nota final

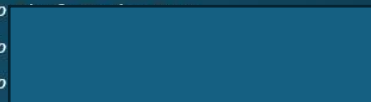
*“O aumento das taxas de resistência de diversos microrganismos aos antibióticos e da incidência de infeções por agentes multirresistentes, entre os quais se destacam as Enterobactérias Resistentes aos Carbapenemos (ERC), **mais que ameaças são realidades atuais**. Acontecem na maior parte das unidades de saúde, prejudicam fortemente os doentes, e irão agravar-se se mantida a insuficiente consciência para o problema”* PPCIRA, Programa de Prevenção e Controlo de infeções e de resistência aos Antimicrobianos, 2017

“As 10 milhões de mortes por ano previstas para 2050, atribuíveis a infeções por agentes multirresistentes em todo o mundo, parecem menos longínquas se transpostas para a realidade atual. Hoje em dia, calcula-se que já sejam 25 mil mortes na Europa e 700 mil no Mundo, as mortes relacionadas com infeções por microrganismos multirresistentes em cada ano.” PPCIRA, Programa de Prevenção e Controlo de infeções e de resistência aos Antimicrobianos, 2017

Agradecimen- tos:

- Pelo convite:

- Enfo
- Enfo
- Enfo



12. Bibliografia

- Andersen BM, Rasch M, Hochlin K, Jensen FH, et al. Decontamination of rooms, medical equipment and ambulances using an aerosol of hydrogen peroxide disinfectant. J Hosp Infect. 2006 Feb;
- Boyce JM. Environmental contamination makes an important contribution to hospital infection. J Hosp Infect. 2007 Jun;65 Suppl 2:50-4. PubMed PMID: 17540242. Epub 2007/08/19;
- Dancer SJ. Importance of the environment in methicillin-resistant Staphylococcus aureus acquisition: the case for hospital cleaning. The Lancet Infectious diseases. 2008 Feb;8(2):101-13. PubMed PMID: 17974484;
- Huang SS, Datta R, Platt R. Risk of acquiring antibiotic-resistant bacteria from prior room occupants. Archives of internal medicine. 2006 Oct 09;166(18):1945-51. PubMed PMID: 17030826;
- Holmdahl T, Lunbeck P, Wulft M, Walder MH. A head-to-head comparison of hydrogen peroxide vapor and aerosol room decontamination systems. Infect Control Hosp Epidemiol. 2011 Sep;32(9):831-6. PubMed PMID: 21828962;
- Kramer A, Schwecke I, Kampf G. How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review. BMC infectious diseases. 2006;6:130. PubMed PMID: 16914034;
- Rempel LCT, Tizzot MRPA, Vasco JFM. Incidência de infecções bacterianas em pacientes queimados sob tratamento em hospital universitário de Curitiba. Rev Bras Queimaduras. 2011;
- Soares de Macedo JL, Santos JB. Nosocomial infections in a Brazilian Burn Unit. Burns. 2006;
- Weinstein RA. Epidemiology and Control of Nosocomial Infections in Adult Intensive-Care Units. Am J Med. 1991 Sep 16;91:S179-S184. PubMed PMID: WOS:A1991GH0300033. English;
- Centro de Epidemiologia Hospitalar/UPCIR/Centro Hospitalar São João, "Critérios para a suspensão das medidas específicas de controle de infecção em portadores de EPC";
- Centro Hospitalar São João, "Manual de normas técnicas de Controle de Infecção", 2018
- Direcção Geral Saúde (DGS), "Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos", 2017

Suporte WEB:

- <https://app.off.br/nuffbitstream/3109/1/Deutsch%20%20Gabinete%20%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%202011%5d.pdf>
- <https://www.aag.pt>
- <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenems-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos.pdf.aspx>
- <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-de-infeccoes/documentos/manual-de-boas-praticas/prevencao-de-infeccoes-adquiridas-no-hospital-um-guia-pratico.pdf.aspx>
- <https://www.draeger.com/Library/Content/vaporized-hydrogen-peroxide-1-3-iso-dgpa-uk.pdf>
- <https://www.engenhariaearquitectura.com.br/2018/01/ambiente-protector-interiores-de-a-branca-2018-antimicrobianos/>
- <https://bqueimaduras.org.br/details/5906-BRilhos-de-esterilizacao-na-terapia-de-queimados-no-estado-de-santa-catarina-2018-queimados-no-18>
- <https://medias.vp.pt/cintasa-festa-nova-estrategia-de-qualidade-no-hospital>
- <https://www.publico.pt/2018/09/18/actualidade/estudo-revela-que-queimados-que-entram-no-hospital-tem-um-risco-30-por-100-de-morrer-de-infeccao>
- <https://ne.usp.br/handle/123456789/12345>
- <https://www.ans.gov.br/wp-content/uploads/2018/09/ANVISA-2018-01-01.pdf>

APÊNDICE IV –

PÓSTER -Qual a Intervenção do Enfermeiro Especialista na Terapia Nutricional da Pessoa Grande Queimada numa Unidade de Queimados.

QUAL A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA TERAPIA NUTRICIONAL DA PESSOA GRANDE QUEIMADA NA UNIDADE DE QUEIMADOS

ANATILDE RAMOS; IVAN TEIXEIRA; MARTA MONTEIRO; SUZANA CORREIA
SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA POLIVALENTE - CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAÍIA/ESPINHO, EPE



INTRODUÇÃO

A queimadura grave provoca na Pessoa em Situação Crítica (PSC) "um hipermetabolismo e catabolismo intensos e duráveis, com necessidades nutricionais fortemente aumentadas", o que proporciona uma resposta do organismo "com todos os recursos para fornecer os substratos energéticos necessários aos tecidos agredidos", necessitando assim de "aportes elevados em energia (...), glicídios e proteínas (...), e pobre em lipídios" (Berger M. & Chiolerio R. 2012). A vigilância do estado nutricional ajuda a definir aportes adequados, bem como a identificar os doentes em risco de complicações. A ingestão nutricional é foco de atenção do enfermeiro e torna-se pertinente perceber que intervenções fazem parte das responsabilidades destes profissionais de saúde na área da Terapia Nutricional da Pessoa Grande Queimada.

OBJETIVOS

- Conhecer a intervenção do enfermeiro especialista na Terapia Nutricional da PSC com queimadura grave;
- Conhecer os métodos de avaliação nutricional;
- Conhecer as medidas que visam reduzir as necessidades energéticas da Pessoa Grande Queimada.

METODOLOGIA

Realizada uma Revisão Integrativa da Literatura através da mnemônica PICo. Com a pergunta de investigação:

Qual a intervenção do enfermeiro especialista na gestão da Terapia Nutricional na Pessoa com queimadura grave na Unidade de Queimados?

Através do motor de busca EBSCOhost nas bases de dados MEDLINE e CINAHL como critérios de inclusão foram selecionados artigos em texto integral, publicados entre 2012 e 2020 em inglês, português ou francês com idade superior a 19 anos.

RESULTADO/DISCUSSÃO

Na análise dos artigos verificou-se que a **Terapia Nutricional é de suma importância no estado clínico da Pessoa com queimadura grave** apesar de ainda não haver evidência suficiente sobre determinadas recomendações, há uma maior sensibilização dos enfermeiros em compreender como a Pessoa grande queimada reage a certos nutrientes e que intervenções podem ser realizadas para melhorar os seu **outcomes**.

É unânime a **preferência da via enteral** à via parenteral assim como o seu **início precoce** logo após a estabilização hemodinâmica. A avaliação das necessidades nutricionais e do consumo energético é uma constante preocupação para o qual têm sido criadas fórmulas matemáticas. No entanto existem fatores dificultadores como o edema e a necessidade de pausas alimentares frequentes devido à balneoterapia e intervenções cirúrgicas recorrentes.

O queimado necessita de **aportes elevados de energia** (35-50 Kcal/Kg/dia), glicídios e proteínas (1,5 -2,5g/Kg/dia) e pobres em lipídios (menos de 20% de aporte calórico).

A **monitorização do peso corporal e a calorimetria indireta** são os métodos mais eficazes.

CONCLUSÃO



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



SCAN ME

CONSIDERAÇÕES FUTURAS

Os Micronutrientes são importantes para as defesas antioxidantes, imunitárias e cicatrização da Pessoa Grande Queimada.

Sugestão de Investigação?

Avaliar a influência da administração da suplementação nas primeiras 24h que seguem uma queimadura grave nas necessidades em reanimação hidroeletrólito?

APÊNDICE V –

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS PRELIMINARES DO ESTUDO DE
INVESTIGAÇÃO- A perspectiva dos enfermeiros na gestão da dor na Pessoa Grande
Queimada numa Unidade de Queimados da Região Norte-

A perspetiva dos Enfermeiros na Gestão da dor na Pessoa Grande Queimada numa Unidade de Queimados da região Norte

Suzana Correia - Enfermeira SMIP - CHVNG/E - Mestranda em Enfermagem médico-cirúrgica



INTRODUÇÃO: A dor presente logo após a queimadura é devida à estimulação direta e à lesão de nociceptores presentes na epiderme e na derme. A intensidade da dor varia, mas é tipicamente máxima em locais de perda cutânea, assim como em áreas dadoras de tecido. No caso de queimaduras profundas, a destruição inicial das terminações nervosas leva a uma sensibilidade local. Segundo a DGS (2003), a avaliação, monitorização e o registo sistemático da intensidade da Dor é um ato de boa prática, um dever do enfermeiro e um direito da Pessoa.



Objetivo geral: Conhecer a perspetiva dos enfermeiros sobre a gestão da dor da Pessoa Grande Queimada.

METODOLOGIA: Estudo qualitativo exploratório descritivo desenvolvido numa Unidade de Queimados de um hospital de referência da região norte. Como critérios de elegibilidade, considerou-se o tempo mínimo de um ano de experiência ao cuidado da Pessoa Queimada. Participaram 8 enfermeiros de um total de 26 com idade [39 a 52] anos uma média de 18 anos de exercício profissional. Após a fase de pré-análise foram sistematizadas as unidades de registo, transformados em núcleos de compreensão do texto e reunidos em categorias, segundo Bardin.



RESULTADOS PRELIMINARES: Os resultados obtidos foram dispostos em 4 áreas temáticas: estratégias mobilizadas na avaliação da dor; intervenções realizadas para o controlo da dor; dificuldades sentidas no controlo da dor e a percepção dos enfermeiros sobre as intervenções clínicas que mais dor provoca.

Segundo a percepção das enfermeiras a percepção álgica envolve a estimulação direta e a lesão dos nociceptores presentes na pele traumatizada e a sua intensidade varia com o grau de queimadura. As intervenções clínicas que mais dor provoca são a realização do penso da zona dadora em detrimento da região enxertada, o desbndamento e o "estregar" quando têm que fazer uma boa limpeza na balneoterapia.



CONCLUSÕES: A gestão da dor na Pessoa grande Queimada ainda é um desafio na equipa multidisciplinar devido à sua complexidade. O sucesso no tratamento requer uma avaliação cuidadosa da sua natureza assim como o entendimento dos diferentes tipos e padrões de dor. A ausência de protocolos e uma escala de avaliação da dor da Pessoa Grande Queimada ventilada adaptada que monitorize a dor e guie as ações da equipa de enfermagem também se revelou como uma barreira na qualidade dos cuidados. O uso de fármacos como medida mais utilizada no controlo da sensação dolorosa assim como o posicionamento como cuidado não farmacológico, embora tenha sido referido a importância das medidas não farmacológicas para um cuidado holístico ainda é pouco discutido e utilizado na prática clínica.

Referências Bibliográficas: Richardson P., Muster D.L. (2009): The management of pain in the burn unit. Burns; Dauber A., Osipov P. et al (2002): Chronic persistent pain after severe burns: a survey of 358 burn survivors; Direção-Geral da Saúde. (2003). A Dor como Sinal vital - Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa DR/DGGG, Echimard C, Jacques L. (2012): Les brûlures. Elsevier Masson SAS-1589-978-972-8930-77-6.

Congresso de Enfermagem Intensiva

Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Coimbra Business School

CEM1'23

Congresso de Enfermagem Intensiva

Serviço Medicina Intensiva | Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

- Compromisso com a Pessoa em Situação Crítica -

CERTIFICADO

Certifica-se que

Carla Suzana Pereira Correia

com o cartão de cidadão nº 10610363, apresentou uma Comunicação Livre na modalidade de **E-Poster**, com o título:

"A perspetiva dos Enfermeiros na Gestão da dor na Pessoa Grande Queimada numa Unidade de Queimados da região Norte", integrado no **Congresso de Enfermagem Intensiva**, que se realizou na Coimbra

Business School, nos dias **23 e 24 de março de 2023**.

Coimbra, 24 de março de 2023

Áurea Andrade
Enfª Áurea Andrade
Enfermeira Diretora do CHUC

Emília Torres
Enfª Emília Torres
Presidente Comissão Científica

Rosa Meneses
Enfª Rosa Meneses
Presidente Comissão Executiva

APÊNDICE VI –
GUIÃO DA ENTREVISTA

Guião de Entrevista

Eu, Carla Suzana Pereira Correia, enquanto aluna do VIII Mestrado em Médico-cirúrgica da escola Superior de saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, gostaria de pedir a sua participação num estudo de investigação com o título:

Título do estudo de investigação: A perspetiva dos enfermeiros na Gestão da dor na Pessoa Grande Queimada numa unidade de Queimados da região Norte.

Objetivo Geral: - Conhecer a abordagem da equipa de enfermagem na gestão da dor na Pessoa Grande Queimada;

Objetivos específicos:

- Identificar as estratégias dos enfermeiros para a avaliação da dor da Pessoa Grande Queimada;
- Identificar as intervenções utilizadas pelo enfermeiro no controlo da dor da Pessoa Grande Queimada;
- Identificar quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no controlo da dor da Pessoa Grande Queimada;
- Identificar as intervenções clínicas que maior dor provocam segundo a perceção dos enfermeiros.

Os resultados deste estudo serão apresentados à Unidade de Queimados com a expectativa de que eles possam ser utilizados para uma melhor compreensão das estratégias e intervenções realizadas. Assim como, contribuir para a conceção de cuidados eficazes e eficientes no alívio da Dor da Pessoa Grande Queimada com vista à melhoria continua dos cuidados de forma a obter ganhos em saúde.

Caraterização sociodemográfica do participante:

Sexo: _____ Idade: _____

Anos de exercício profissional: _____ Anos de exercício na Unidade de Queimados: _____

Nível de formação: Pós-Graduação _____; Mestrado _____; Especialidade (Se sim, qual: _____)

Código do participante: _____ Data: ____ / ____ / ____ Hora de início: _____ Hora de término: _____

Questões:

- 1) Na sua prática clínica, como avalia a dor na Pessoa Grande Queimada? (comunicante e não comunicante ventilado)
- 2) Para a avaliação da dor utiliza alguma escala?
- 3) Na sua prática clínica diária observa diariamente a intensidade de dor experimentada pela Pessoa Grande Queimada. Quer nos falar sobre quais as estratégias que utiliza para o controlo da dor na Pessoa Grande Queimada?
- 4) Segundo a sua perspetiva, na sua prática diária no cuidado ao doente queimado que dificuldades sente nas intervenções do controlo da dor à Pessoa Grande Queimada? (comunicante e não comunicante ventilado)
- 5) De acordo com a sua experiência, quais são as intervenções clínicas mais dolorosas para a Pessoa grande Queimada?

APÊNDICE VII –
MATRIZ DE REDUÇÃO DE DADOS

MATRIZ DE REDUÇÃO DE DADOS

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Unidades de análise
Área Temática 1- Estratégias mobilizadas pelo enfermeiro na avaliação da dor na Pessoa Grande Queimada	Autoavaliação	Utilização da Escala numérica para Avaliação da intensidade da dor	<i>"(...) a escala numérica (...) sempre que o doente verbaliza dor (...) " E1</i> <i>"(...) No doente comunicante habitualmente a gente pergunta (...) uso as escalas 1 a 10 pergunto onde é que a dor está ali refletida e eles explicam (...) " E2</i>
		Utilização do questionamento sobre características de dor	<i>"(...) a escala de faces muitas vezes é utilizada..." E1</i> <i>"(...) se está consciente ele queixa-se e diz-me que tipo de dor ele tem (...) "E4</i> <i>"(...) quando eles comunicam temos que confiar naquilo que eles nos dizem se a dor é pouca se não é se a pior dor que eles já tiveram (...) " E5"</i> <i>"(...) pergunto se tem dor se consegue tolerar (...) " E6.</i> <i>"...No comunicante eles dizem-te (...) "aí não toque aí que me dói" "aí não mexa aí que está a doer-me" (...) pronto aí é mais fácil a própria pessoa dizer que tem dor ..." E8</i>
	Heteroavaliação	Observação do rosto	<i>"(...) a escala de faces muitas vezes é utilizada..." E1</i> <i>"Pelo fácies de dor (...) " E2</i> <i>"(...) avaliação (...) visual (...) olhando para o doente com fácies de expressão de dor (...) " E3</i> <i>"(...) fácies de dor que demonstram quando a gente olha para eles (...) " E4</i> <i>"(...) avalio olhando para o doente (...) " E6</i> <i>"(...) através do fácies que ele tem (...) " E7 "(...) consegues perceber que ele tem dor pela fácies (...) " E8</i>
		Observação do Corpo	<i>"(...) pela agitação do doente (...) " E1</i> <i>"(...) pelo retirar da mão (...) " E2</i> <i>"(...) quando tocamos se ele levantar um braço (...) " E5</i> <i>"(...) avalio olhando para o doente a reação que tem segundo a intervenção que eu estou a fazer (...) " E6</i> <i>"(...) consegues perceber que ele se move encolhe-se contrai-se (...) pelo movimentar na cama (...) " E8</i>
		Monitorização dos parâmetros Hemodinâmicos	<i>"(...) pelos parâmetros hemodinâmicos (...) " E2</i> <i>"Avaliação objetiva (...) pela monitorização [hemodinâmica](...) " E3</i> <i>"Avalio (...) pelos sinais vitais quando eles fazem aquelas taquicardias e hipertensões..." E4</i>

			<i>"(...) vamos avaliando (...) ao mexermos ao tocarmos a parte tensional que se altera nesse momento (...) sinais de hipertensão (...) " E5</i>
		Observação da Adaptação ao ventilador	<i>"(...) apesar de estarem ventilados reagem aos estímulos externos (...) "E2</i> <i>"... (...) estão sempre muito mais reativos o ventilador toca muito mais..." E8</i>
		Discernimento clínico	<i>) muitas vezes não é correto, mas pela nossa própria experiência e da forma como nós vemos o doente já temos essa percepção se o doente está a sentir dor ou não (...) " E1</i> <i>"(...) que apesar de eles não conseguirem se queixar no fundo a dor vai lá estar (...) " E2</i> <i>(...) não me oriento por escala nenhuma é mesmo pela minha experiência profissional é assim no dia a dia (...) E4</i> <i>"(...) imagino que deva ser uma dor extremamente intensa (...) " E5</i> <i>"(...) não me oriento por escala nenhuma é mesmo pela minha experiência profissional (...) " E6</i> <i>"... muitas vezes consegues (...) perceber que ele está com dor por mais que (...) ele tenha sedação (...) analgesia, mas ele tem dor (...) tu tens consciência que ele tem dor (...) " E8</i>
Área Temática 2- Intervenções realizadas pelos enfermeiros no controlo da dor na Pessoa Grande Queimada	Medidas Farmacológicas	Analgesia contínua	<i>"(...) nós geralmente temos doentes (...) com perfusões contínuas de analgesia (...) " E1</i> <i>"(...) para além da medicação prescrita (...) " E2</i> <i>"Aqui na unidade passará sempre por medicação sempre (...) " E3</i>
		Analgesia profilática	<i>"(...) De uma forma profilática [analgesia por bolus] nos antecipamos a esses momentos de dor (...) a cada passo que há uma intervenção mais agressiva para o doente sim fazemos dessa forma preventiva (...) quando nós temos a percepção que existe um momento de dor ou que ele vai passar por um momento de dor (...) " E1</i> <i>"(...) administro a medicação que ele tiver em SOS antes de qualquer procedimento (...) " E6"</i> <i>(...)nos doentes que estão ventilados também damos sempre analgesia e sedação antes dos procedimentos (...) " E7</i>
		Analgesia em SOS	<i>"(...) para além da que está prescrita temos sempre os SOS que temos autonomia para lhes dar (...) " E5</i> <i>"(...) dares um analgésico extra o que já tens em perfusão (...) " E8</i>

		Ajuste do plano Terapêutico	<i>"(...) Nos doentes que estão ventilados e sedados eles já têm a perfusão da analgesia e a gente vai ajustando dando bólus e aumentando a analgesia (...) " E4</i> <i>"(...) a gente tenta colocar toda a analgesia que pode de forma a combater a dor (...) vamos avaliando</i>
			<i>mediante outros sinais de que o doente nos possa manifestar (...) tentando sempre aumentar sempre que possível de forma a ele estar minimamente tranquilo (...) " E5</i> <i>"Nos sedados e analgesiados nós tentamos sempre administrar mais um" bolusinho" e mais uma medicaçãozinha para ver se eles não sentem aquelas alterações a nível de sinais vitais (...) " E6</i> <i>"(...) através da medicação não tens outras soluções é a medicação aumentar mais falar com o médico e aumentares mais a sedação (...) " E8</i>
	Medidas Não farmacológicas	Posicionamentos	<i>"Além da medicação prescrita temos também os posicionamentos a alternância de decúbitos com alguma regularidade (...) " E2</i> <i>"(...) às vezes pode ser uma situação apenas de [correção] desconforto posicional ou a perna que não está bem (...) " E5</i> <i>"(...) o posicionamento que ele vai tomar tenho esse cuidado em ver qual é o mais confortável possível (...) " E6</i> <i>"(...) posicionas um doente para a direita e se calhar ele gosta de estar mais para a esquerda ou de barriga para o ar (...) nós tentamos gerir isso, mas por vezes não é fácil "aí o doente ficou posicionado para a direita, mas depois o ventilador está sempre a tocar depois vais lá e retiras uma almofada ou ajeitas uma perna ou mais para a frente e ele acalma e acaba por sossegar(...)..."E8</i>
		Utilização de dispositivos	<i>"(...) usar dispositivos que aliviem a pressão nas zonas que a pressão é exercida com maior incidência (...) " E2</i> <i>"(...) por vezes (...) uma simples almofada que se ajeitarmos aliviamos essa dor..." E5</i>

		Medidas de conforto	<i>"(...) primeiro tenho que colocar o doente mais confortável possível (...)" E6</i> <i>"(...) tentar o deixar o mais confortável possível (...)" E8</i> <i>"(...) O "supratelle" já está a ser muito usado em Espanha já tivemos aqui umas amostras no ano passado (...) não lhes provoca tanta dor é um penso que não tem de manusear muito só o penso secundário só tirar as compressas é para ir recortando o supratelle e os doentes realmente queixam-se muito menos (...)" E5</i> <i>"(...) tentar também nos cuidados de pensos fazer de forma a não haver rugas e não haver proeminências que fique ali maceradas (...)" E2</i>
		Interação	<i>"...vou conversando com o doente..." E6</i> <i>"(...) às vezes até incentivamos eles próprios que nos ajudem que colaborem connosco mesmo nesse sentido para nós não lhes tocarmos onde não devemos (...)" E5</i>

		Gestão de tempos dos tratamentos dolorosos	<i>"(...) habitualmente se temos que fazer colocação de alguma sonda o próprio punccionar (...) mas muitas vezes conseguimos minimizar esses tratamentos aquando da realização de pensos (...) sempre que é possível conciliar esse tratamento nós fazemos nesse momento de anestesia, uma troca de uma sonda uma colocação de um cateter venoso central uma colocação de cateter arterial esse será o momento oportuno para tentarmos minimizar [a dor] nesse sentido ..." E1</i> <i>"(...) quando a intervenção acaba por ser mais exaustiva há um diálogo prévio com o médico assistente (...) acordo há uma discussão da medicação que se prepara (...) e nesse campo nós temos o apoio da anestesia (...) 24 horas da parte deles e claro é uma mais-valia por isso a estratégia passa por definir o que vai ser feito e tentar minimizar essa condicionante ao doente (...)" E2.</i>
Área Temática 3- Dificuldades sentidas pelos enfermeiros no controlo da dor da Pessoa Grande Queimada	Relacionadas com a pessoa queimada	Limiar de dor	<i>"(...) a grande dificuldade passa por (...) não conhecermos logo o doente numa fase logo inicial em que o doente dá entrada e nós não percebemos muitas vezes os limites onde podemos avançar com o doente (...)" E1</i> <i>"(...) há limiares de dor diferentes (...)" E3</i> <i>"(...) nós também ao final de alguns dias nós também já vamos começando a conhecer (...) os doentes então já vamos conseguindo ajudá-los (...)" E5</i>

		Tolerância à dor	“(…) Tentamos medir um pouco a tolerância à dor do doente e até onde é que conseguimos ir com essa analgesia (…)” E1 “(…) claro que (…) quando são aquelas pessoas mais novas têm menos tolerância á dor pedimos sempre aos médicos se podemos colocar uma perfusão de analgesia (…)” E5 “(…) pergunto se tem dor se consegue tolerar ou assim equilibrando assim o meu trabalho com o doente (…) outros não outros não toleram tanto a dor (…)” E6
		Incapacidade de comunicar	“(…) mais nos não comunicantes porque nem sempre a nossa percepção provavelmente não será nunca a correta a exata do que eles estão a sentir (…) minha maior dificuldade é essa é ter a certeza de que eles não estão a sentir dor por muito que eu tente (…)” E2 “(…) eles estão a maior parte das vezes ventilados (…) é um bocado difícil conseguimos avaliar (…)” E5
		Ansiedade	“(…) é uma forma deles se manifestarem serem muito apelativos (…) têm necessidade (…) de terem companhia de nos chamarem às vezes o motivo que usam é mesmo esse “tenho dor, dói-me esta perna “ “ a almofada não está bem “ e às vezes nem é propriamente isso(…) nem temos necessidade de dar medicação(…).E5

			“(…) Para eles também começam a ser um internamento tão prolongado (…) que qualquer coisa já é dor…” E5
	Relacionado com o enfermeiro	Dificuldade na determinação dose analgésica adequada	“(…) achamos que o limiar de medicação para um para outro não tem nada haver, é muito diferente, só de tocar alguns berram há outros que a gente pode fazer tudo com um bocadinho de morfina é mais do que suficiente (…)” E4 “(…) tentamos não dar a medicação em excesso porque pode ter (…) alteração hemodinâmica no doente (…)” E1
		Dificuldade na avaliação da dor	“(…) se calhar sinto que não sou eficaz (…) a gente não sabe medir, no fundo nós não conseguimos medir a dor de cada um (…)”E6
	Relacionado com organização do serviço	Recursos humanos insuficiente	“(…) Fácil não é por vezes estamos sozinhos a fazer os pensos não há médico e também aqui na unidade acontece essa parte como viste e às vezes não é fácil tentamos sempre que não haja dor (…) o médico não está disponível são tantos doentes a fazer pensos em simultâneo três pessoa a fazer pensos ao mesmo tempo é só um médico para cinco quando há Bloco quando há Balneoterapia não é (…)” E7

		Défice de trabalho em equipa de saúde	<i>"(...) A maior dificuldade aqui na unidade será (...) tendo em conta o clínico que estiver há clínicos que nos dão mais autonomia (...)" E3</i> <i>"(...) se nós tivéssemos outro tipo de atitude mesmo com a equipe médica e nós mesmos (...)" E6</i>
		Défice de material/equipamento específico para avaliar a dor	<i>"(...) falta alguns instrumentos que nos diga se é mesmo dor (...)" E4</i>
		Ausência de registos de enfermagem	<i>"(...) infelizmente pela falta dos registos informáticos que estavam sempre para vir (...) está para chegar pelas informações que nos vão dando, mas o estar para vir já vai alguns anos largos nunca chega (...)" E5</i> <i>"(...) embora não haja um registo concreto em como ela é feita, mas na nossa prática nós fazemo-lo ..." E1</i> <i>"(...) nós próprios não nos baseamos em escala nenhuma no registo em papel (...)" E5</i>
Área Temática 4- Perceção dos enfermeiros sobre as intervenções clínicas que maior dor provoca	Cuidados á região dadora		<i>"(...) geralmente o doente refere mais dor na região dadora do que numa região enxertada (...)" E1</i> <i>"(...) Zonas dadoras, a zona dadora em si gera muita dor (...)" E3</i> <i>"(...) depois de fazer o enxerto que eles às vezes queixam muito é na zona dadora têm muita dor na zona dadora (...)" E4</i> <i>"(...) eles queixam-se imenso porque aquela zona é muito mais dolorosa eles descrevem como a aquela dor muito miudinha eles queixam-se muito mais de uma zona dadora do que de um enxerto (...)" E5</i> <i>"(...) a zona dadora quando fazem enxerto sempre nos referem que têm mais dor na zona dadora do que na zona que foi enxertada (...)" E6</i> <i>"(...) A zona dadora quando fazemos um penso da zona dadora ah queixam-se imenso (...)" E7</i>
	Cuidados à região queimada		<i>"(...) realmente é a realização de penso que eu acho que muito mais dolorosa no momento (...)" E1</i> <i>"(...) Os cuidados de penso são os que provocam mais dor de todos eles (...)" E2</i> <i>"(...) quando estamos a fazer os tratamentos a abordagem da ferida o fazer os pensos (...)" E4</i> <i>"(...) Os pensos sem dúvida os pensos (...)" E5</i> <i>"(...) As intervenções mais dolorosas é o limpar as feridas (...)" E8</i>

	Cuidados à região enxertada		<i>"(...) imenso e a abertura do enxerto pela primeira vez provoca muita dor (...)" E7</i> <i>"(...) o simples retirar a ligadura causa dor (...)" E7</i> <i>"(...) à medida que o doente tem a cicatrização mais instalada e evoluída eles referem muito mais dor quando toca (...) e depois de estarem cicatrizados têm muita sensibilidade naquela área não toleram que nós apertemos lá com a mão (...)" E6</i>
	Balneoterapia		<i>"(...) quando a gente começa a desbridar aí sim eles começam a ter mais dor (...)" E4</i> <i>"(...) a partir do momento que começam a ir ao bloco começam a desbridar vai cicatrizando vai ficando mais superficial a dor começa..." E5</i> <i>"(...) O desbridamento eu acho (...)" E6</i> <i>"(...) o esfregar quando temos mesmo que fazer ali uma boa limpeza ali na balneoterapia deve ser a parte que eles têm mais dor (...)" E7</i> <i>"(...) a balneoterapia o que mexe muito eles vão ter sempre muita dor (...)" E8</i>
	Utilização de produtos tópicos com efeitos algícos		<i>"(...) quando fazemos um penso com "DaKin" (...) quando o doente acorda sente dor ardor (...)" E3</i> <i>"(...) eles queixam-se mais com a gaze gorda e o betadine não sei se será a posição que poderá ter ou não (...) a gente tem sempre a tendência de renovar o betadine a compressa deixa de ter betadine vamos recortando a gaze gorda, mas às vezes fica tão agarrada à pele mesmo ao tentar descolar com os cremes eles queixam-se imenso (...)" E5</i>

APÊNDICE VIII-
CONSENTIMENTO INFORMADO

“A perspetiva dos enfermeiros na Gestão da dor na Pessoa Grande Queimada numa unidade de queimados da região Norte” Informação ao Participante:

Informa-se a realização de um trabalho de investigação no âmbito do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto politécnico de Viana do Castelo. Pretende-se com este estudo conhecer a abordagem da equipa de enfermagem na gestão da dor na Pessoa Grande Queimada, no sentido de identificar as estratégias e intervenções utilizadas pelos enfermeiros no controlo da dor na unidade de Queimados de uma região norte.

Este estudo foi submetido á comissão de ética do [REDACTED] a colheita de dados será através de uma entrevista semiestruturada que ocorrerá após a aprovação deste pedido de autorização na Unidade de Queimados. Terá lugar num local calmo dentro da unidade, após o turno de trabalho sem necessidade de efetuar deslocações extras, utilizando para o efeito um guião composto em duas partes: na primeira parte, serão abordadas questões relacionados com aspetos sociodemográficos, formação e tempo de serviço do participante. Na segunda parte, ferramentas usadas para identificar e avaliar a dor, intervenções clínicas mais dolorosas e estratégias usadas para a sua gestão para além das dificuldades sentidas pelos enfermeiros durante este processo. As entrevistas serão gravadas na íntegra com dispositivo eletrónico com uma durabilidade de 15 minutos aproximadamente, após autorização dos participantes. O conteúdo das entrevistas será codificado para garantir o anonimato. Cada entrevistado é denominado por “E” seguido de um número que indica cronologicamente as entrevistas e a referência à pergunta com a letra “P” acompanhado pelo número correspondente. Todo o conteúdo será garantidamente destruído e eliminado após término do estudo. Não se oferecem contrapartidas aos participantes pelo fato de participarem no trabalho de investigação não havendo também prejuízos para os participantes. A sua participação é de carater voluntário com o direito e liberdade de desistir a qualquer momento da entrevista e do estudo. Todos os dados recolhidos serão confidenciais e asseguramos o sigilo dos mesmos. Garantimos que os mesmos serão usados exclusivamente para este trabalho de investigação.

Apresento o consentimento informado. Caso decida participar no trabalho de investigação, no qual agradeço, solicitando que o assine.

Declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, considero-me informado, aceito participar neste estudo respondendo a uma entrevista e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Agradeço o seu tempo e atenção dispensados na participação deste estudo!

Qualquer dúvida ou esclarecimento poderá entrar em contato para o n. 916626363 ou pelo email: correijs28@ yahoo.com