

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

**Área de especialização | Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação
Crítica**

Relatório de Estágio

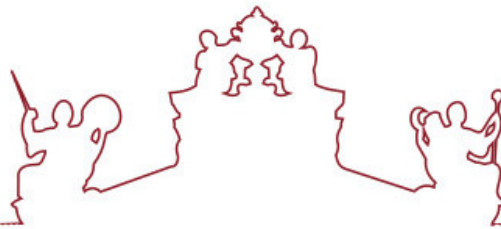
**Intervenções do Enfermeiro à Pessoa Grande Queimada na
Sala de Emergência**

Ana Rita Cabral Gonçalves Martins

Orientador(es) | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Évora 2022





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica

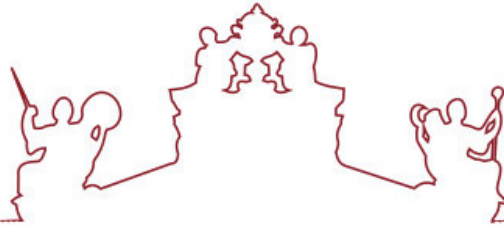
Relatório de Estágio

Intervenções do Enfermeiro à Pessoa Grande Queimada na Sala de Emergência

Ana Rita Cabral Gonçalves Martins

Orientador(es) | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) (Orientador)
Maria Alice Gois Ruivo (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Arguente)

AGRADECIMENTOS

Ao professor Adriano Pedro, pela disponibilidade, apoio e orientação;

À enfermeira supervisora J. B., pela dedicação, empenho e partilha;

À equipa do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, pela hospitalidade;

À Família e Amigos, pelo amor incondicional;

Aos colegas de trabalho, pela compreensão e incentivo.

Este trabalho também é vosso, ainda que o contributo de alguns só possa ser lido nas
entrelinhas...

Muito obrigada.

RESUMO

Título: Intervenções do Enfermeiro à Pessoa Grande Queimada na Sala de Emergência

Este Relatório de Estágio visa comunicar o processo de aquisição, desenvolvimento e apropriação das competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica e de mestre em enfermagem.

O Estágio Final constituiu-se como uma etapa relevante do processo formativo e, como tal, o presente documento recebe dele múltiplos conteúdos, que são objeto de análise e reflexão crítica. O desenvolvimento de um Projeto de Intervenção Profissional, objetivando a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados à pessoa grande queimada admitida na Sala de Emergência, assume-se como uma atividade de particular destaque. Orientado pela Metodologia do Projeto e pelo Modelo de Mudança para a Prática Baseada em Evidência, este Projeto possibilitou a implementação de estratégias de capacitação dos profissionais, uniformização das práticas e promoção da continuidade de cuidados, cujos resultados se divulgam através do presente documento.

Paralelamente, exploram-se também outras atividades desenvolvidas em contexto académico e profissional, refletindo sobre o seu contributo no desenvolvimento das competências almejadas, através de uma articulação entre o conhecimento proveniente de evidência científica e os referenciais teóricos, éticos, deontológicos e legais da profissão.

Palavras-Chave: Emergências; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Segurança do Paciente; Queimaduras.

ABSTRACT

Title: Nursing Interventions to the Person with Major Burns in the Emergency Room

This Report aims to communicate the process of acquisition, development and appropriation of competencies of specialist nurse in Medical-Surgical Nursing: the Person in Critical Situation and master in nursing.

The Final Clinical Traineeship was a relevant stage in the formative process, so this document receives from it multiple contents, which are subject of critical analysis and reflection. The development of a Professional Intervention Project, aiming to improve the quality and safety of care provided to the major burned person admitted to the Emergency Room, is an activity that assumes particular prominence. Guided by the Project Methodology and the Model for Evidence-Based Practice Change, this Project allowed the implementation of strategies to empower professionals, standardize practices and promote continuity of care, which results are being disseminated through this document.

At the same time, academic and professional activities are also explored, reflecting on their contribution to the development of the desired competencies, through an articulation between the knowledge derived from scientific evidence and the theoretical, ethical, deontological and legal references of the profession.

Keywords: Emergencies; Medical-Surgical Nursing; Patient Safety; Burns.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Comprovativo de aprovação do Projeto de Intervenção Profissional pelo Centro de Formação, Investigação e Conhecimento da unidade hospitalar.	CX
Anexo II - Certificado de participação no Workshop: Escrita Científica.	CXII
Anexo III - Certificado de participação no Workshop: Revisão Sistemática da Literatura.	CXIV
Anexo IV - Certificado de apresentação de comunicação oral livre: Transfusão de Hemoderivados no Pré-Hospitalar. Salva Vidas?, no 2º Seminário de Enfermagem em Emergência Extra-Hospitalar.....	CXVI
Anexo V - Comprovativo de aceitação de Resumo pela Comissão Científica do 2º Seminário de Enfermagem em Emergência Extra-Hospitalar, para publicação em livro de Atas/Resumos na Revista de Investigação & Inovação em Saúde.	CXVIII
Anexo VI - Certificado do Curso: Advanced Cardiovascular Life Support.....	CXXI
Anexo VII - Certificado do Curso: International Trauma Life Support.	CXXIII
Anexo VIII - Certificado de participação no 22º Congresso do Núcleo de Estudos da Doença Vasculiar Cerebral da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.	CXXV
Anexo IX – Certificado de participação em Estágio Observacional no Serviço Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro.	CXXVII
Anexo X - Certificado de apresentação da comunicação: Integrar e capacitar enfermeiros na UCI COVID durante a fase de pandemia, nas Jornadas: “Refletir na Pandemia: Perspetivar o Futuro”.	CXXIX

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, e Questionário.....	CXXXI
Apêndice II – Proposta de Projeto de Intervenção Profissional submetida ao Centro de Formação, Investigação e Conhecimento da Unidade Hospitalar.	CXXXVIII
Apêndice III - Resumo da Revisão Scoping: Intervenções de Enfermagem ao Adulto Grande Queimado admitido na Sala de Emergência	CLXI
Apêndice IV - Protocolo de Atuação: Abordagem ao Adulto Grande Queimado na Sala de Emergência.....	CLXIV
Apêndice V - Plano da Sessão de Formação em Serviço: Abordagem ao Adulto Grande Queimado na Sala de Emergência.	CLXXXVI
Apêndice VI - Material de Apoio à Sessão de Formação em Serviço: Abordagem ao Adulto Grande Queimado na Sala de Emergência.....	CXC
Apêndice VII - Questionário de Avaliação da Sessão de Formação e do Protocolo de Atuação	CXCVII
Apêndice VIII - Projeto de Estágio Final.....	CC

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma dos circuitos do utente no SUMC.....	18
Figura 2 - Etapas do Modelo de Mudança para a Prática Baseada em Evidência.	28
Figura 3 - Regra Palmar.	33
Figura 4 - Regra dos Nove.	33
Figura 5 - Diagrama de flow PRISMA 2020.	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos enfermeiros do SUMC de acordo com a sua área de especialidade.	20
Gráfico 2 - N.º de atendimentos nos serviços de urgência do Centro Hospitalar no decurso do ano 2020.....	21
Gráfico 3 - Evolução da atividade de urgência no Centro Hospitalar.	22
Gráfico 4 - Distribuição dos atendimentos nos serviços de urgência do Centro Hospitalar de acordo com a prioridade atribuída com a Triagem de Manchester, no ano 2020.	23
Gráfico 5 - Número de enfermeiros em atividade no SUMC versus número de participantes no Questionário.....	39
Gráfico 6 - Distribuição dos participantes de acordo com a obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido (n=25).	40
Gráfico 7 - Distribuição dos participantes de acordo com o género (n=25).	41
Gráfico 8 - Distribuição dos participantes de acordo com o grupo etário (n=25).	41
Gráfico 9 - Distribuição dos participantes de acordo com os seus anos de experiência profissional (n=25).	42
Gráfico 10 - Distribuição dos participantes de acordo com os seus anos de experiência profissional no SUMC (n=25).....	42
Gráfico 11 - Distribuição dos participantes de acordo com as suas habilitações académicas (n=25).	43
Gráfico 12 - Distribuição dos participantes de acordo com as suas áreas de especialidade em Enfermagem (n=25).	43
Gráfico 13 - Distribuição dos participantes de acordo com a última vez que abordaram um grande queimado no SUMC (n=25).....	44
Gráfico 14 - Distribuição dos participantes de acordo com o seu nível de segurança e confiança na prestação de cuidados ao grande queimado (n=25).....	45
Gráfico 15 - Distribuição dos participantes de acordo com a pertinência atribuída ao desenvolvimento de estratégias de promoção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados à pessoa grande queimada admitida na Sala de Emergência (n=25).....	45
Gráfico 16 - Distribuição dos participantes de acordo com a pertinência atribuída à realização de formação sobre as intervenções do enfermeiro perante a pessoa grande queimada admitida na Sala de Emergência (n=25).....	46

Gráfico 17 - Distribuição dos participantes de acordo com a pertinência atribuída à elaboração de um documento orientador e uniformizador de abordagem à pessoa grande queimada admitida na Sala de Emergência (n=25).....	46
Gráfico 18 - Número de enfermeiros em atividade no SUMC versus número de participantes na sessão de formação.....	62

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação atual das queimaduras.....	32
Tabela 2 - Análise SWOT.	47
Tabela 3 - Planeamento do Objetivo Específico 1 do Projeto de Intervenção Profissional.....	50
Tabela 4 - Planeamento do Objetivo Específico 2 do Projeto de Intervenção Profissional.....	51
Tabela 5 - Planeamento dos Objetivos Específicos 3 e 4 do Projeto de Intervenção Profissional.	52
Tabela 6 – Listagem dos artigos incluídos na revisão scoping.	57
Tabela 7 - Avaliação da sessão de formação (n=27).	63
Tabela 8 - Avaliação do protocolo apresentado (n=27).....	63

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS, SIGLAS E SÍMBOLOS

% – percentagem

ABA – *American Burn Association*

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COVID-19 – doença causada pelo coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2

DGS – Direção-Geral da Saúde

EBA – *European Burns Association*

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

et al. – e outros

GCL – Gabinete de Coordenação Local

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nurses* / Conselho Internacional de Enfermeiros

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

min – minutos

MS – Ministério da Saúde

n – tamanho da amostra

n.º – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

PBE – Prática Baseada em Evidência

PIP – Projeto de Intervenção Profissional

pp. – intervalo de páginas

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SARS-CoV-2 – coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2

SCQ – Superfície Corporal Queimada

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UE – Universidade de Évora

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	14
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	16
1.1. Organização Funcional e Estrutural.....	16
1.2. A Equipa de Enfermagem	19
1.3. Análise da Produção de Cuidados	21
2. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	24
2.1. Qualidade em Saúde e Segurança do Dente.....	25
2.2. Prática Baseada em Evidência.....	27
2.3. A Pessoa Grande Queimada: Enquadramento Conceptual e Teórico	29
2.4. Diagnóstico de Situação.....	38
2.5. Definição de Objetivos	48
2.6. Planeamento	49
2.7. Execução e Avaliação.....	53
2.8. Divulgação dos Resultados	64
3. REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	65
3.1. Competências Comuns do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	71
3.2. Competências Comuns do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	73
3.3. Competências Comuns do Domínio da Gestão dos Cuidados	76
3.4. Competências Comuns do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	78
3.5. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica	81
CONCLUSÃO	94
BIBLIOGRAFIA.....	96

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da unidade curricular Relatório, parte integrante do plano de estudos do V Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EMC]: a Pessoa em Situação Crítica [PSC], lecionado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora [UE], no ano letivo 2021/2022.

Este documento materializa o culminar de um ciclo de estudos, visando, portanto, refletir o processo de aquisição, desenvolvimento e apropriação das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em EMC: PSC e de mestre em enfermagem. Neste sentido, todas as unidades curriculares que o precedem deram contributos para o produto final agora apresentado, existindo, obviamente, uma relação preponderante com o Estágio Final. Será importante referir ainda que, decorrente da experiência profissional em contexto de Cuidados Intensivos, foi obtida creditação à unidade curricular Estágio em Enfermagem à PSC, pelo que se assume que o percurso profissional individual tenha influência neste constructo, sendo também ele alvo de análise e reflexão.

Dada a íntima relação deste Relatório com o Estágio Final parece-nos pertinente, em termos introdutórios, fazer um breve enquadramento a este último. Desenvolvido ao longo de 18 semanas, compreendidas entre 13 de setembro de 2021 e 28 de janeiro de 2022, este Estágio englobou 388 horas de contacto, operacionalizadas num Serviço de Urgência de um Centro Hospitalar da região sul de Portugal. Nele estava contemplada a conceção, implementação e avaliação de um Projeto de Intervenção Profissional [PIP], devidamente ajustado ao contexto clínico, sustentado metodológica e teoricamente, que se intitulou: “Intervenções do Enfermeiro à Pessoa Grande Queimada na Sala de Emergência”, e se insere na linha de investigação da Segurança e Qualidade de Vida.

Tendo em consideração o disposto, o presente Relatório objetiva especificamente: desenvolver uma apreciação sobre o contexto clínico do Estágio Final; descrever o processo de desenvolvimento do PIP; e fundamentar o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em EMC: PSC e de mestre em enfermagem. A consecução destes objetivos tem por base uma prática reflexiva, integrando os contributos das teorias de Enfermagem, os referenciais éticos, deontológicos e legais da profissão e a mais recente evidência científica.

Para dar resposta aos objetivos delineados, propomos um trabalho estruturalmente dividido em três capítulos. No primeiro, realiza-se uma apresentação do contexto clínico onde se

desenvolveu o Estágio Final, incluindo a descrição da sua organização funcional e estrutural, a caracterização da equipa de enfermagem que nele intervém, e a análise da produção dos cuidados. O segundo capítulo descreve o desenvolvimento do PIP ao longo das suas diferentes fases metodológicas, devidamente articuladas com as etapas do Modelo de Mudança para a Prática Baseada em Evidência [PBE], inserindo-o numa ótica de melhoria da Qualidade em Saúde e promoção da Segurança do Doente. Por fim, o terceiro capítulo explana o processo de aquisição, desenvolvimento e apropriação das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em EMC: PSC e de mestre em enfermagem, através de uma análise crítico-reflexiva do percurso académico e profissional.

Este documento é redigido à luz do novo acordo ortográfico da língua portuguesa, excetuando-se as citações diretas que mantêm a sua redação original, e a sua estrutura, organização e formatação cumprem com os requisitos emitidos pela UE. A referenciação bibliográfica e respetiva bibliografia são apresentadas de acordo com as normas da sétima edição da *American Psychological Association* (2020). A avaliação do presente Relatório objetivou-se com a sua discussão em provas públicas, perante júri devidamente nomeado para o efeito.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O Estágio Final desenvolveu-se num Centro Hospitalar da região sul de Portugal, inserido no quadro do Serviço Nacional de Saúde [SNS]. Esta instituição visa dar resposta às necessidades de cuidados de saúde hospitalar da população da sua área de influência, através de um conjunto de unidades funcionais com carteiras de serviços específicas que se complementam entre si (SNS, 2021a).

Perspetivando o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas inerentes ao exercício profissional especializado em EMC: PSC, selecionou-se um Serviço de Urgência para esta etapa do processo formativo, dada a sua reconhecida vocação para a “recepção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar” (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2015, p.1). Neste capítulo, pretende-se, portanto, realizar uma breve caracterização da organização funcional e estrutural deste serviço, da equipa de enfermagem que nele intervém e dos cuidados aqui produzidos.

1.1. Organização Funcional e Estrutural

O Serviço de Urgência selecionado como campo de Estágio Final integra-se no Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos da respetiva unidade hospitalar e classifica-se como um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico [SUMC], correspondendo, portanto, ao nível intermédio de acolhimento das situações de urgência (Ministério da Saúde [MS], 2014). Este serviço articula-se com outros serviços de urgência existentes na região; especificamente, ele dá apoio a um Serviço de Urgência Básico e é também suportado por um Serviço de Urgência Polivalente, para onde são referenciadas as situações que necessitam de cuidados mais diferenciados ou especializados.

O SUMC integra as valências médicas obrigatórias definidas no Despacho n.º 10319/2014, nomeadamente Medicina Interna, Cirurgia Geral, Anestesiologia, Ortopedia e Pediatria, contando igualmente com serviços permanentes de Bloco Operatório, Imagiologia, Imuno-Hemoterapia e Patologia Clínica (MS, 2014).

O sistema de triagem implementado é a Triagem de Manchester, através da qual se definem níveis de prioridade no atendimento, decorrentes da identificação objetiva e sistematizada de critérios de gravidade (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2018).

A utilização deste sistema classifica o utente numa de 5 categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial (emergente = vermelho = 0 minutos; muito urgente = laranja = 10 min; urgente = amarelo = 60 min; menos urgente = verde = 120 min; não urgente = azul = 240 min) (DGS, 2018, p.10).

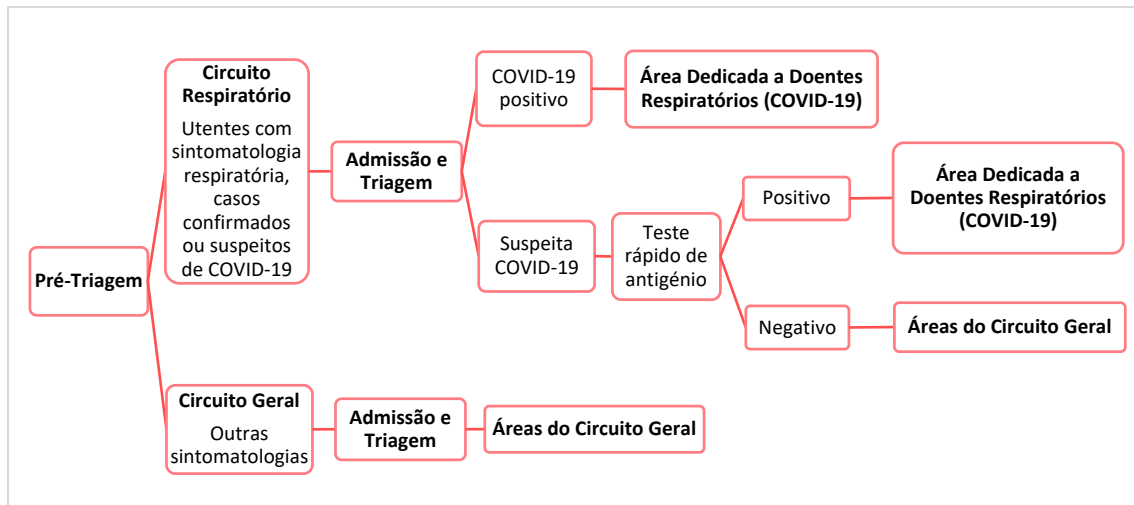
Em Portugal foi também introduzida a categoria de urgência branca, devidamente autorizada pelo Grupo Português de Triagem, utilizada para efeitos de “actividade ‘programada’ ou não urgente”(Grupo Português de Triagem, 2013, p.1).

Em conformidade com o disposto na norma n.º 002/2018 da DGS, a triagem do SUMC é operacionalizada por enfermeiros e integra as Vias Verdes normalizadas em Portugal, nomeadamente a Via Verde de Sepsis, Via Verde Coronária, Via Verde do Trauma e Via Verde do Acidente Vascular Cerebral [AVC] (DGS, 2018).

Desde março de 2020, data em que a doença causada pelo novo coronavírus de Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 [SARS-CoV-2] [COVID-19] foi declarada como pandemia pela Organização Mundial de Saúde [OMS], o SUMC tem-se adaptado constantemente a novas exigências, no sentido de proteger e salvaguardar utentes e profissionais. A separação de áreas e a criação de circuitos exclusivos ilustram algumas das estratégias utilizadas para prevenir e conter a propagação do SARS-CoV-2, sendo que existem, atualmente, dois circuitos a alimentar o SUMC: um circuito respiratório e um circuito geral.

A criação de um posto extraordinário de Pré-Triagem foi também concebida no contexto pandémico. O enfermeiro aqui alocado, através da aplicação de um breve questionário, discrimina rapidamente casos sugestivos ou confirmados de COVID-19, definindo, neste primeiro contacto, qual o circuito que o utente irá integrar dentro da unidade de saúde. O circuito respiratório, tal como o próprio nome sugere, destina-se a utentes com sintomatologia respiratória, portadores confirmados ou suspeitos de COVID-19, sendo que as restantes sintomatologias integram o circuito geral. Em função do circuito atribuído, os utentes são admitidos e triados em áreas distintas, sendo posteriormente encaminhados para as respetivas zonas de atendimento e de prestação de cuidados. A Figura 1 representa sinteticamente o fluxograma de atendimento e orientação do utente no SUMC.

Figura 1 - Fluxograma dos circuitos do utente no SUMC.



Fonte: elaboração própria.

A Área Dedicada a Doentes Respiratórios (COVID-19) tem uma lotação limitada a 10 *boxes*, capazes de alocar cadeirões ou macas. Aqui são dispostos os utentes com confirmação de infeção por SARS-CoV-2, evidenciada através de teste positivo proveniente do exterior ou teste rápido de antígeno realizado no SUMC. Os utentes permanecem neste espaço até terem alta ou até serem encaminhados para os respetivos serviços de internamento, sendo que o transporte intra-hospitalar ocorre através de circuitos próprios e devidamente identificados para o efeito.

As áreas do circuito geral incluem a Área de Decisão Clínica e a Zona de Atendimento de Adultos. Na primeira são alocados os utentes que necessitam de aguardar em maca pela observação médica ou por meios complementares de diagnóstico e terapêutica, sendo-lhes assegurados os cuidados de enfermagem necessários. Ficam também neste espaço os utentes que necessitam de maior nível de monitorização hemodinâmica e aqueles que estão em processo de internamento, a aguardar vaga nos respetivos serviços. A Zona de Atendimento de Adultos é destinada a utentes que não necessitam de estar em maca nem de monitorização do estado hemodinâmico, e divide-se em várias áreas de prestação de cuidados, nomeadamente a Sala de Ortopedia, a Sala de Pequena Cirurgia, os Balcões de Atendimento Médico e de Enfermagem, a Área Dedicada a Doentes Respiratórios (não COVID), a Sala de Espera de doentes com prioridade amarela e laranja, e a Sala de Espera de doentes com prioridade azul e verde.

Cada circuito do SUMC é suportado por uma Sala de Emergência, destinada à abordagem, tratamento e observação de doentes críticos, emergentes ou muito urgentes, que apresentem quadro clínico de descompensação das funções vitais (ACSS, 2019).

O *software* Alert® dá apoio ao SUMC enquanto sistema de informação, permitindo registar e consultar dados referentes ao processo clínico do utente, desde a triagem, alertas clínicos, diagnósticos, procedimentos, medicação e exames complementares de diagnóstico e terapêutica. Permite igualmente gerir os cuidados nas diversas áreas, através de um sistema de *workflow*. Tratando-se de um sistema informatizado, vários são os benefícios já demonstrados pela sua utilização, para a instituição, profissionais e utentes. Efetivamente, os sistemas informatizados foram associados a melhoria da qualidade, eficiência e produtividade nas instituições, gerando informação mais organizada, facilitando a comunicação e conduzindo a maiores níveis de satisfação entre profissionais e utentes (Chaudhry et al., 2006; Cunha et al., 2010; Quintela, 2010).

1.2. A Equipa de Enfermagem

Os enfermeiros do SUMC asseguram uma parcela relevante dos cuidados de saúde prestados neste serviço, articulando-se intimamente com outros grupos profissionais, dos quais são exemplos médicos, assistentes operacionais, assistentes técnicos administrativos, elementos do atendimento pré-hospitalar e técnicos de diagnóstico e terapêutica.

A equipa de enfermagem é constituída por um total de 94 elementos, sendo, portanto, o grupo profissional com a composição mais expressiva neste serviço. A gestão, coordenação e organização da equipa compete ao enfermeiro que assume funções de chefia, existindo ainda um enfermeiro de substituição de coordenação, que o auxilia e substitui na sua ausência. A prestação de cuidados é assegurada por 92 enfermeiros organizados em 4 equipas, sendo que, durante o período de Estágio, 10 elementos encontravam-se temporariamente ausentes do serviço, ao abrigo de licença parental ou por motivos de doença. A resposta de cada equipa é liderada, gerida e otimizada por um chefe-de-equipa, responsabilidade que é assumida por um enfermeiro especialista, indo ao encontro do parecer emitido pelo Conselho de Enfermagem e pela Mesa do Colégio da Especialidade de EMC, que define que estes profissionais são os melhores preparados e com competências na área de gestão (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017a).

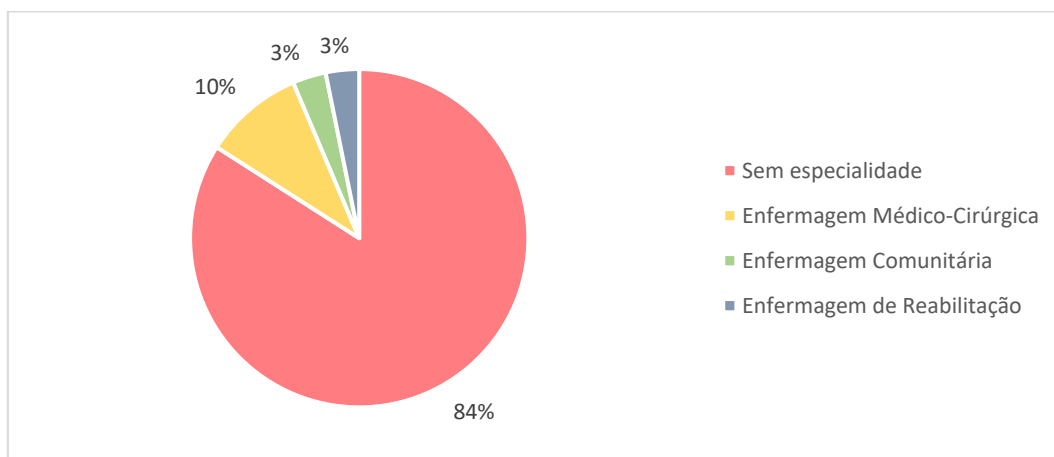
O trabalho organiza-se em turnos de 12,5 horas, em regime de jornada contínua, sendo dedicados 30 minutos para a passagem de turno na transição entre os mesmos, permitindo aos enfermeiros transmitirem verbalmente a informação relevante e assegurarem a continuidade

dos cuidados prestados, ao mesmo tempo que analisam e refletem sobre as suas práticas (OE, 2017b) .

A metodologia de trabalho utilizada pelos enfermeiros é, preferencialmente, o método individual, mas frequentemente, por necessidade de otimização de recursos, é utilizado um método misto, onde se encontram também traços do método de equipa e do método funcional (Costa, 2004). A distribuição dos enfermeiros pelos diferentes postos não implica dedicação exclusiva, ocorrendo redistribuição de recursos humanos consoante as necessidades e os picos de afluência.

Dos 94 elementos que compõem a equipa de enfermagem do SUMC, 15 são enfermeiros especialistas. A especialidade que agrega maior número de elementos é a de EMC, correspondendo aproximadamente a 10% da equipa, seguindo-se as especialidades de Enfermagem de Reabilitação e de Enfermagem Comunitária, com 3% cada uma (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição dos enfermeiros do SUMC de acordo com a sua área de especialidade.



Fonte: elaboração própria.

Como se contata, esta realidade está ainda distante daquilo que é preconizado pelo Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, que preconiza que 50% dos enfermeiros dos serviços de urgência sejam especialistas em EMC, na área da PSC (OE, 2019a). Contudo, é relevante referir que vários enfermeiros deste serviço se encontram atualmente em processo de formação para aquisição deste título. Especificamente, cerca de 11% da equipa de enfermagem encontra-se a frequentar processos educativos e formativos, seja no domínio da especialidade, seja no contexto de formação pós-graduada.

As Salas de Emergência são postos vocacionados para o atendimento urgente ou emergente do doente crítico (ACSS, 2019). A complexidade dos doentes aqui alocados origina a necessidade

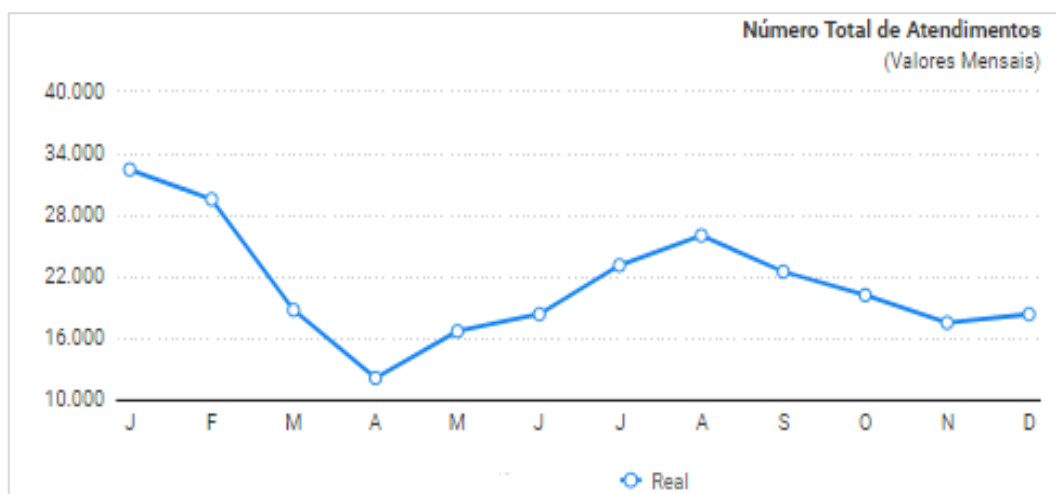
de construir equipas detentoras de formação especializada, de forma a responder com prontidão às situações que motivem a sua ativação (OE, 2018a). Tendo em consideração este pressuposto, os enfermeiros adstritos às Salas de Emergência do SUMC são, preferencialmente, enfermeiros especialistas em EMC, ainda que, devido aos constrangimentos decorrentes do escasso número de enfermeiros especialistas nesta área, se integrem também outros profissionais considerados peritos, em função da sua formação, experiência profissional e atributos pessoais.

1.3. Análise da Produção de Cuidados

Pelas particularidades de que se revestem, os serviços de urgência constituem-se como enormes desafios no âmbito do SNS. A sua dinâmica de constante mudança, onde tudo acontece de forma rápida e não programada, atribui-lhes uma complexidade acrescida, ao mesmo tempo que se lhes exige uma resposta “atempada, eficaz e cientificamente adequada” (SNS, 2019, p.3).

Analisando os dados relativos ao ano de 2020, verifica-se que os picos de afluência aos serviços de urgência deste Centro Hospitalar não se restringem unicamente aos meses de inverno, podendo verificar-se que os meses de julho, agosto e setembro conquistam também números significativos, intimamente relacionados com o pico sazonal turístico característico da região (Gráfico 2).

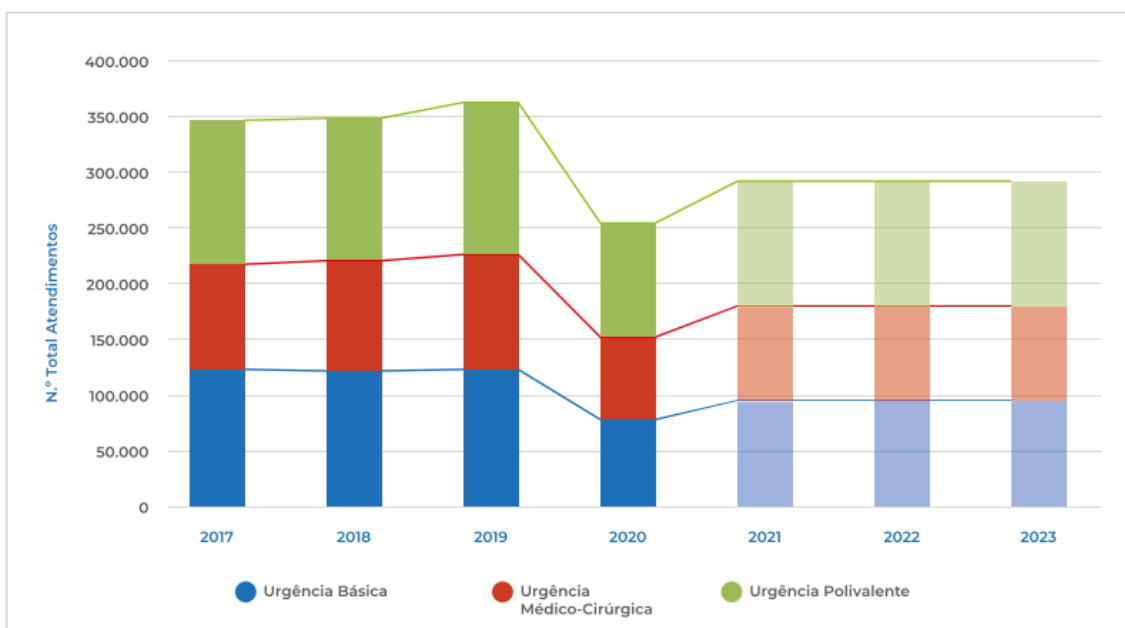
Gráfico 2 - N.º de atendimentos nos serviços de urgência do Centro Hospitalar no decurso do ano 2020.



Fonte: ACSS (2022).

No ano em análise, ocorreram um total de 254 602 atendimentos nos serviços de urgência deste Centro Hospitalar, dos quais 29% foram realizados no SUMC (ACSS, 2022). Estes dados conduzem a uma média de aproximadamente 200 atendimentos por dia neste serviço. Contudo, é importante contextualizar estes dados em função do contexto pandémico, que originou uma contração significativa do atendimento “por força da reorganização assistencial, mas também pelo comportamento dos cidadãos que verificaram uma redução muito expressiva na procura de cuidados” (SNS, 2021a, p.13). A pandemia originou, portanto, um decréscimo no número de atendimentos realizados (Gráfico 3), sendo que a projeção para os próximos anos é carregada de incerteza, dependendo “não só da proatividade da estrutura na resposta assistencial mas também da forma como potencialmente os cidadãos passarão a procurar os cuidados de saúde urgentes” (SNS, 2021a,p.13).

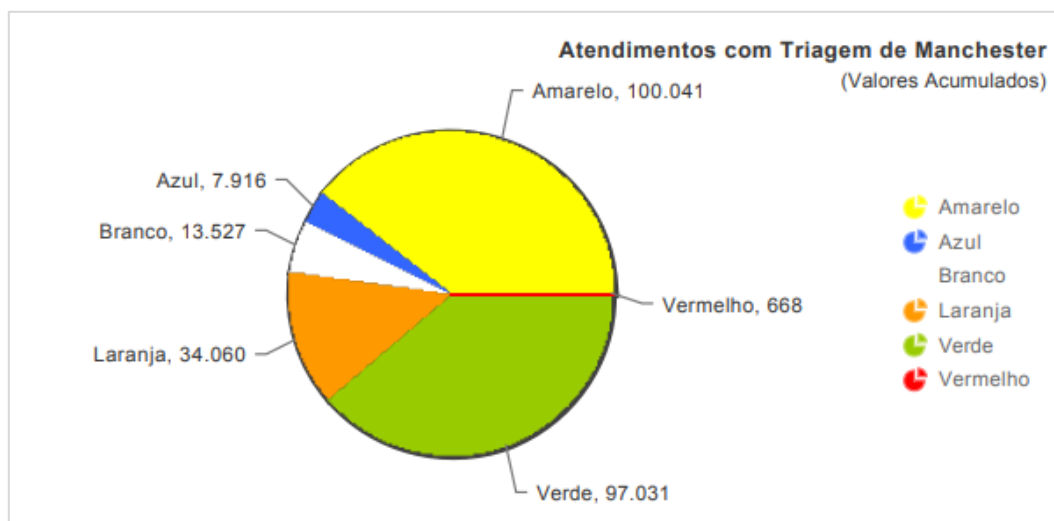
Gráfico 3 - Evolução da atividade de urgência no Centro Hospitalar.



Fonte: SNS (2021a).

Ainda remetendo ao ano de 2020, pode realizar-se uma análise qualitativa do atendimento de acordo com a prioridade atribuída com a Triagem de Manchester (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição dos atendimentos nos serviços de urgência do Centro Hospitalar de acordo com a prioridade atribuída com a Triagem de Manchester, no ano 2020.



Fonte: ACSS (2022).

Tendo em consideração os dados apresentados, é possível extrair duas ilações. A primeira, prende-se com o importante volume de atendimentos classificados com prioridade amarela, laranja e vermelha, que correspondem, respetivamente, a situações urgentes, muito urgentes e emergentes, e que representam, aproximadamente, 53% do total de atendimentos. Daqui se depreende que o serviço selecionado se constitui, efetivamente, como um contexto relevante para o desenvolvimento de competências especializadas na área de EMC: PSC.

A segunda ilação é que, aproximadamente, 47% dos atendimentos são triados com prioridades verde, azul ou branca, correspondendo, portanto a situações pouco urgentes ou não urgentes. Esta informação reitera o que é já descrito na literatura em relação à elevada prevalência de episódios inadequados nos serviços de urgência portugueses, que origina um consumo inapropriado de recursos, nomeadamente de profissionais e de equipamentos médicos, desviando-os de utentes mais graves e comprometendo o atendimento dos mesmos de uma forma mais rápida e segura (SNS, 2019). Segundo um relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, Portugal foi o país com maior número de episódios em serviços de urgência no período compreendido entre 2002 e 2011 (Berchet, 2015). Dados do Instituto Nacional de Estatística [INE] demonstram que esta tendência se tem perpetuado nos anos subsequentes (INE, 2022a).

A análise destes dados implica que vários fatores sejam tomados em consideração. Primeiramente, referir que a população da região segue a tendência nacional, no sentido de um envelhecimento progressivo (INE, 2022b). Esta alteração demográfica gera mudanças nos

padrões de doença, sendo clara a maior procura dos serviços de urgência por utentes com doenças crónicas, associadas a multimorbilidade (SNS, 2019). A somar a este facto, é de considerar a falta de capacidade dos serviços de retaguarda da região, nomeadamente dos Cuidados de Saúde Primários, que perpetuam a utilização dos serviços de urgência como portas de entrada no SNS (SNS, 2019, 2021a).

Por último, mas não menos relevante, há que ter em consideração que o Centro Hospitalar é “a única entidade hospitalar integrada no SNS em toda a região, não existindo respostas alternativas que compensem eventuais picos de procura” (SNS, 2021b, p.23), sendo que os hospitais centrais de referência se situam a cerca de 300 quilómetros de distância, localizados na região de Lisboa. A região vive ainda com carência crónica de médicos especialistas, confluindo todos estes fatores em constrangimentos nos tempos de resposta e na equidade de acesso aos serviços de saúde (SNS, 2021b). Apesar destas condicionantes, a instituição posiciona-se estrategicamente num sentido de crescimento sustentável, compromisso, sentido de mudança e diferenciação, almejando a criação de valor para todos os seus utentes (SNS, 2021a).

2. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O presente PIP desenvolveu-se no âmbito do Estágio Final, e, como tal, foi concebido e implementado no contexto clínico previamente descrito, no capítulo 1 deste documento. Inserido na linha de investigação da Segurança e Qualidade de Vida, ele tem como foco as intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa grande queimada admitida na Sala de Emergência, e neste sentido, integra-se especificamente na área do Autocuidado e Gestão do Regime Terapêutico no Doente Crítico.

O trabalho de projeto centra-se no estudo e na resolução de um problema real, onde a população destinatária se envolve com o sujeito ativo para conhecer e transformar a sua própria realidade (Ruivo et al., 2010). É uma metodologia ligada à investigação, sustentando-se em conhecimento teórico, mas visando, fundamentalmente, uma intervenção prática que solucione eficazmente o problema identificado (Ruivo et al., 2010). Ele assume-se como uma atividade intencional, que pressupõe iniciativa, autonomia e autenticidade, mas envolve, igualmente, complexidade e incerteza (Ruivo et al., 2010). O seu carácter é prolongado e faseado, ou seja, ele estende-se por um período significativo de tempo e desenvolve-se sistematicamente através de

várias etapas, a saber: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010).

Neste capítulo pretende-se, então, descrever o percurso e a metodologia inerente ao desenvolvimento deste PIP, integrando-o numa perspetiva de melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados de enfermagem, onde a investigação assume um papel de destaque, potenciando uma PBE.

2.1. Qualidade em Saúde e Segurança do Dente

O acesso a cuidados de saúde de qualidade e seguros é um direito de todos os cidadãos, claramente salvaguardado na Base 2 da Lei de Bases da Saúde:

Todas as pessoas têm direito: (...) A aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde (Assembleia da República, 2019, p.56).

Qualidade em Saúde e Segurança do Doente não são conceitos recentes; contudo, eles assumem, cada vez mais, uma posição de destaque nos serviços de saúde à escala mundial, em consequência da crescente complexidade dos cuidados, à qual se associa o aumento da esperança média de vida da população, o desenvolvimento tecnológico e as maiores expectativas dos cidadãos (MS, 2021; Ribeiro et al., 2017).

Atualmente, os países procuram melhorar o desempenho dos seus sistemas de cuidados de saúde recorrendo a políticas e estratégias de promoção da qualidade. Portugal não é exceção, tendo vigente um Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, que foi elaborado tendo em consideração as recomendações decorrentes dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas e do Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS. Este Plano tem por objetivo promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, integrando os princípios da cultura de segurança, comunicação, e implementação continuada de práticas seguras e de qualidade em ambientes cada vez mais complexos (MS, 2021).

A Segurança do Doente é dependente de um conjunto organizado de atividades geradoras de cultura, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes que, de forma consistente e sustentável, reduzem os riscos, os erros, a ocorrência de danos evitáveis, e o impacto dos mesmos, quando eles ocorrem (OMS, 2021). Por sua vez, a Qualidade em Saúde engloba a prestação de cuidados “acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão” (DGS, 2015a, p.16). Por outras palavras, a Qualidade em Saúde envolve uma adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão, obtendo-se igualmente os melhores níveis de desempenho possíveis. Assim, depreende-se que os dois conceitos estão intimamente relacionados pois a cultura de Segurança do Doente “apresenta-se como uma componente estruturante e uma variável incontornável da Qualidade em Saúde” (Fernandes & Queirós, 2011).

O desenvolvimento da Qualidade em Saúde é uma tarefa multiprofissional, sendo consensual que os enfermeiros têm um papel ativo neste domínio. Desde 2001 que o Conselho de Enfermagem da OE definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que se constituíram como instrumento promotor da melhoria contínua, incitando a necessidade de se refletir sobre o exercício profissional. Os enunciados descritivos foram divididos em seis categorias: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Orientando o foco de atenção para o exercício profissional especializado, particularmente para a área de EMS: PSC, o Colégio da Especialidade de EMC partiu dos enunciados descritivos supracitados, explicitando-os de acordo com a natureza dos cuidados especializados nesta área de intervenção. Estes cuidados são definidos como cuidados altamente qualificados, destinados à pessoa “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2017c, p.10). Através de intervenções precisas, concretas, eficientes e desenvolvidas em tempo útil, os enfermeiros especialistas nesta área de intervenção procuram manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades, tendo em vista a recuperação total (OE, 2017c, p.10). Além de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, consideram-se igualmente competências especializadas nesta área de intervenção “a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação, bem como a maximização da intervenção na prevenção e

controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação” (OE, 2017c, p.10).

A especialização em Enfermagem tem-se assumido, progressivamente, como uma tendência internacional, potenciando o desenvolvimento de competências específicas que permitem a estes profissionais incorporar funções acrescidas e realizar processos de tomada de decisão cada vez mais complexos, que extravasam o domínio dos cuidados gerais (Lopes et al., 2018). Os enfermeiros especialistas assumem, portanto, um papel pertinente no desenvolvimento de “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (OE, 2019b, p.4745). Neste sentido, e almejando o desenvolvimento das competências inerentes à prática especializada, recorreu-se à conceção e implementação do presente PIP, objetivando a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados à pessoa grande queimada admitida na Sala de Emergência do SUMC.

2.2. Prática Baseada em Evidência

Na sequência da secção anterior e, sendo claro que o presente PIP se desenvolve numa ótica de melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados de enfermagem, remetemo-nos novamente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC:PSC, onde se afirma que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2017c, p.15) recorrendo, para o efeito, a um “quadro de referências” (OE, 2017c, p.15). Neste sentido, e dando resposta a esta premissa, recorreu-se ao paradigma da PBE, na medida em que ela se assume como uma forma coerente, segura e sistematizada para promover a qualidade dos cuidados e a otimização dos recursos (Sackett et al., 1996).

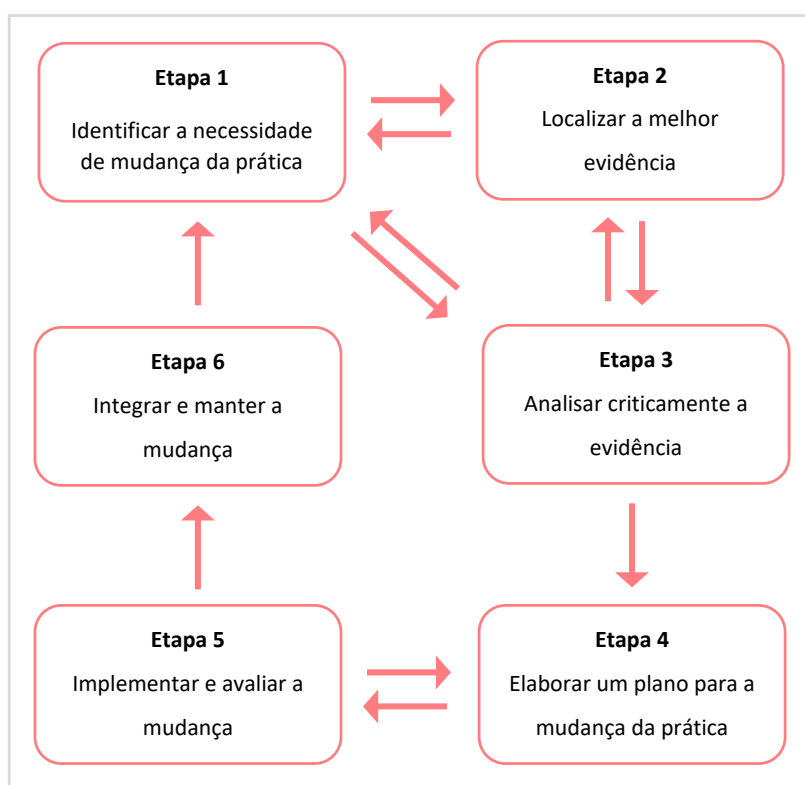
A PBE define-se como o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência científica disponível, associado à perícia clínica do profissional e às preferências do utente, para orientar o processo de tomada de decisão (Sackett et al., 1996). Estes três domínios encontram-se em perfeita simbiose: sem perícia clínica, a prática corre o risco de ser tiranizada pela evidência, pois há que considerar que mesmo a melhor evidência pode ser inaplicável ou inapropriada para determinado utente; e sem a evidência, a prática corre o risco de se tornar desatualizada, causando prejuízo ao seu destinatário (Sackett et al., 1996).

Em 1999, Mary Ann Rosswurm e June Larrabee descreveram um modelo para guiar enfermeiros e outros profissionais na mudança para uma PBE. Face à crescente complexidade

dos cuidados de saúde, as autoras sugerem que a prática não pode ser apenas sustentada na experiência clínica, no raciocínio fisiopatológico e em processos de opinião. Os profissionais de saúde têm o dever de adotar um pensamento crítico, questionar as suas práticas e encontrar melhores alternativas para maximizarem a qualidade dos cuidados prestados, recorrendo para tal à pesquisa, avaliação crítica, síntese e contextualização da melhor evidência disponível (Rosswurm & Larrabee, 1999).

O modelo original das autoras foi otimizado e republicado posteriormente, em 2009, constituindo-se por seis etapas que se articulam de acordo com o esquema da Figura 2.

Figura 2 - Etapas do Modelo de Mudança para a Prática Baseada em Evidência.



Fonte: adaptado de Larrabee (2009, p.22).

A Investigação em Enfermagem consiste num “processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades” (OE, 2006a, p.1). A Investigação origina, portanto, a produção e a renovação contínua de conhecimentos, que devidamente incorporados na prática clínica, proporcionam consistência científica à profissão (OE, 2006a). Por outras palavras, “o conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e

optimizar os resultados em saúde” (OE, 2006a, p.1). Tendo por base uma metodologia de Investigação/Ação, o Modelo de Mudança para a PBE permite diminuir a lacuna teoria-prática (Rosswurm & Larrabee, 1999). Contudo, chamamos a atenção para a fragilidade desta dicotomia pois “nem a prática decorre independentemente de teoria nem a teoria dispensa a realização da prática” (Nunes, 2018, p.113), sendo que “o processo mais profícuo e ajustado é o da unidade integradora da teoria e da prática” (Nunes, 2018, p.114).

Almejando o desenvolvimento de um PIP sólido, cientificamente sustentado pela melhor e mais recente evidência, conjugamos, portanto, os pressupostos do referido Modelo com as fases da Metodologia do Projeto, considerando que a sua combinação potencia o rigor e a qualidade do processo e do produto final apresentados.

2.3. A Pessoa Grande Queimada: Enquadramento Conceptual e Teórico

Se regressarmos à ideia de que um trabalho de projeto se sustenta em conhecimento teórico (Ruivo et al., 2010), fácil será compreender a necessidade de enquadrar, conceptual e teoricamente, a temática em estudo.

A OMS (2018) classifica as queimaduras como um problema global de saúde pública. Ainda que os países desenvolvidos tenham feito progressos na redução das taxas de mortalidade associadas a esta problemática, através da combinação de estratégias preventivas e de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, as queimaduras permanecem associadas a elevadas taxas de morbilidade, mortalidade, hospitalização prolongada, desfiguração e incapacidade, conduzindo, frequentemente, a fenómenos de estigma e rejeição social (OMS, 2018).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] 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, eléctricos ou radioactivos; 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 azotas, 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, 2º e 3º grau (International Council of Nurses [ICN], 2019).

Desta definição decorrem vários aspetos relevantes a considerar, pelo que optamos por desconstruir a citação no sentido de melhor a compreender. Primeiramente, as queimaduras entendem-se como lesões da pele e dos tecidos subjacentes “resultantes de exposição a agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos” (ICN, 2019). E daqui se depreendem diferentes mecanismos de lesão, que condicionam a própria classificação. Efetivamente, a literatura distingue as queimaduras em vários tipos: térmicas, químicas, elétricas e por radiação, sendo que também devem ser consideradas as queimaduras por frio (American Burn Association [ABA], 2018).

As queimaduras térmicas são as mais frequentes na prática clínica e decorrem do contacto com chama, líquidos ou sólidos quentes, ou vapores (ABA, 2018). Já as queimaduras químicas resultam do contacto com substâncias que podem ser ácidos, bases ou outros compostos orgânicos. A sua gravidade depende da composição do agente, da sua concentração, temperatura e tempo de contacto. Caracterizam-se por serem queimaduras progressivas na medida em que a substância continuará a causar lesão nos tecidos até que seja completamente removida (ABA, 2018).

As queimaduras elétricas originam-se a partir da passagem de corrente elétrica através do corpo, gerando-se, habitualmente, à superfície corporal uma porta de entrada e uma porta de saída para essa mesma corrente. Contudo, a gravidade destas queimaduras não pode ser presumida apenas pelas lesões externas visíveis, devendo ser considerados fatores como a fonte e a intensidade da corrente, o trajeto da corrente no corpo e a duração do contacto (ABA, 2018). As queimaduras elétricas subdividem-se em dois tipos: as de baixa voltagem e as de elevada voltagem. As primeiras associam-se a energias inferiores a 1000 volts e resultam, por exemplo, de acidentes com utensílios domésticos (ABA, 2018). Já as segundas resultam de fontes de energias superiores a 1000 volts, como ocorre nos acidentes com máquinas industriais ou nas lesões por raio (ABA, 2018). As queimaduras elétricas, particularmente as de elevada voltagem, estão tipicamente associadas a complicações sistémicas, nomeadamente, alterações hidroeletrolíticas, alterações da atividade elétrica cardíaca, rabdomiólise, insuficiência renal e fraturas ósseas decorrentes da intensa contração muscular (ABA, 2018).

As queimaduras por radiação resultam da exposição a radiação ionizante ou radiofrequência, sendo exemplo das mesmas as queimaduras solares e as queimaduras decorrentes de tratamentos com radioterapia (ABA, 2018). Por fim, as queimaduras por frio originam-se através da exposição prolongada a baixas temperaturas, ocorrendo a formação de cristais de gelo que causam lesão e morte tecidual (ABA, 2018). São queimaduras raras na prática clínica e a sua abordagem tem características que as distinguem das anteriormente descritas (ABA, 2018) o que pode justificar o facto da sua definição na CIPE ser também explicitada num foco distinto.

Definidos os tipos de queimadura em função do agente que lhes dá origem, voltemos à definição da CIPE, que refere que a queimadura é “caracterizada por coagulação das proteínas das células” (ICN, 2019) e “necrose dos tecidos” (ICN, 2019). Estes excertos remetem-nos, claramente, para a resposta local à lesão, que a literatura define, complementarmente, como fenómeno de Jackson (ABA, 2018). À luz deste fenómeno, a resposta local caracteriza-se pela formação de três zonas distintas, de natureza progressiva: zona de coagulação, zona de estase e zona de hiperemia (ABA, 2018). A zona de coagulação é a zona central, com maior tempo de contacto com o agente causal, caracterizada por coagulação tecidual e necrose irreversível (ABA, 2018). A zona intermédia é designada por zona de estase e caracteriza-se por hipoperfusão tecidual, podendo evoluir igualmente para necrose das 24-72 horas seguintes, especialmente se as medidas de ressuscitação e os cuidados à ferida não forem otimizados (ABA, 2018). A zona periférica ou zona de hiperemia, é caracterizada por vasodilatação e tem potencial para evoluir favoravelmente com viabilidade tecidual (ABA, 2018).

Mas mais do que efeitos locais, as queimaduras podem ter repercussões sistémicas, particularmente quando severas. A este propósito, a definição da CIPE refere:

(...) aumento do metabolismo, perda da reserva de nutrientes nos músculos e no tecido adiposo, perda de proteínas e compostos azotas (...) grande dor, desconforto e stress, com risco de choque e com risco de vida (...) infecção da ferida, contracturas, escara hipotrófica com rigidez por espessamento, em que o cliente fica profundamente desfigurado (ICN, 2019).

Efetivamente, as queimaduras severas têm implicações multissistémicas (DGS, 2017a). Mas antes de as compreender será importante, primeiro, definir quais os critérios que condicionam a sua gravidade e, para isso, há que considerar a região anatómica envolvida, a profundidade e a extensão da lesão, e as características da vítima (ABA, 2018).

No que respeita à localização, face, mãos, pés, tórax, grandes articulações, genitais e períneo são consideradas zonas especiais, às quais se atribui maior gravidade pelo elevado risco de se produzirem sequelas funcionais e/ou estéticas (ABA, 2018).

Relativamente à profundidade, apesar da definição da CIPE fazer referência à classificação por graus: “1, 2º e 3º grau” (ICN,2019), a literatura atual propõe um sistema de classificação por espessura, que é validado em Portugal pela norma n.º 022/2012 da DGS, atualizada em 2017, sendo este sistema sinteticamente resumido na Tabela 1.

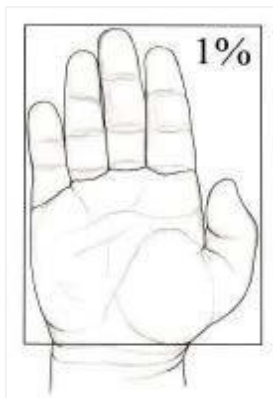
Tabela 1 - Classificação atual das queimaduras.

Classificação por Grau	Classificação Atual	Envolvimento Tecidual	Apresentação
1º Grau	Queimaduras epidérmicas	Epiderme	Eritema com edema discreto, sem formação de flictenas. Dolorosas, mas com cicatrização favorável em 4-5 dias. Não produzem cicatrizes.
2º Grau	Queimaduras superficiais parciais	Epiderme e camada superior da derme	Eritema com edema ligeiro a moderado e formação de flictenas. Dolorosas, mas cicatrizam, habitualmente, ao fim de 14 dias com tratamento conservador, sem produzirem cicatrizes.
	Queimaduras profundas parciais	Epiderme e camadas profundas da derme	Lesões exsudativas com edema acentuado, podendo apresentar ou não flictenas. A perceção dolorosa é variável. Podem cicatrizar com tratamento conservador ou, em casos mais complexos, necessitar de intervenção cirúrgica. Têm elevada probabilidade de produzirem cicatrizes.
3º Grau	Queimaduras profundas completas	Epiderme, derme e tecido subcutâneo	Lesões secas, com superfície endurecida de cor branca, acastanhada ou enegrecida e formação de escara. Habitualmente indolores, com necessidade de desbridamento e/ou enxerto para promover a cicatrização. Produzem cicatrizes.
4º Grau	Queimaduras profundas completas +	Pele, tecido subcutâneo e tecidos subjacentes, como tendões, músculos, ligamentos ou ossos.	Lesões com necrose extensa ou carbonização. Implicam abordagem cirúrgica, podendo mesmo conduzir a amputação.

Fonte: adaptado de ABA (2018), DGS (2017a) e Jeschke et al. (2020).

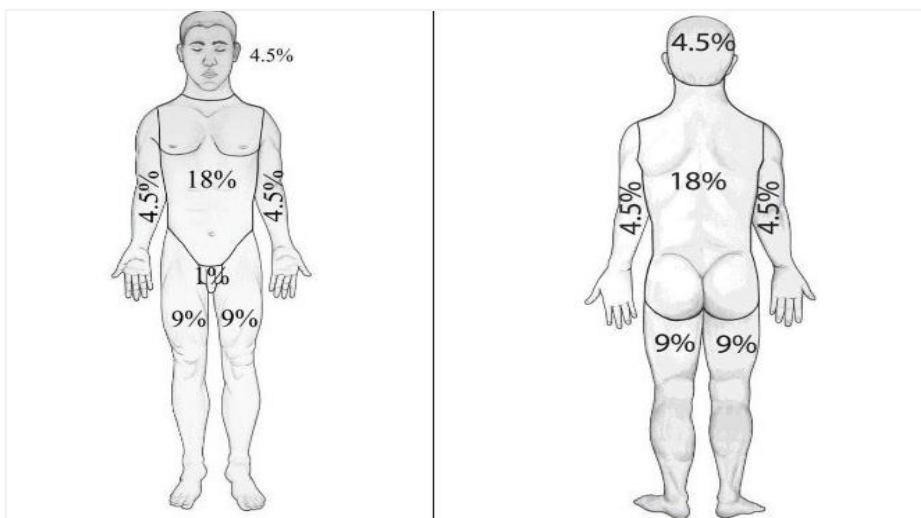
A extensão de uma queimadura traduz-se em percentagem, através da superfície corporal queimada [SCQ], podendo ser estimada através da utilização de métodos específicos, sendo os mais difundidos para o adulto a Regra Palmar e a Regra dos Nove (DGS, 2017a). A primeira define que o tamanho da mão do paciente adulto corresponde a, aproximadamente, 1% da sua superfície corporal (Figura 3). Já a segunda enuncia que, no adulto, regiões anatómicas distintas representam, aproximadamente, 9% ou múltiplos da sua superfície corporal (Figura 4). Contudo, há que considerar que apenas queimaduras parciais ou completas são contabilizadas no cálculo da SCQ (ABA, 2018).

Figura 3 - Regra Palmar.



Fonte: ABA (2018, p.13).

Figura 4 - Regra dos Nove.



Fonte: ABA (2018, p.13).

As características da vítima vão igualmente condicionar a gravidade de uma queimadura. Crianças e idosos têm a pele mais fina, pelo que mais facilmente as lesões se estendem a tecidos mais profundos. A presença de comorbilidades e lesões associadas têm também impacto na morbidade e mortalidade (ABA, 2018; DGS, 2017a).

Compreendidos os fatores que condicionam a gravidade de uma queimadura, regressemos às respostas sistémicas que se desenvolvem perante uma queimadura severa. Falamos, portanto, de implicações de múltiplos órgãos e sistemas de onde podemos salientar o compromisso à via aérea e à ventilação, as alterações cardiovasculares, as alterações imunológicas e metabólicas (Jeschke et al., 2020).

A via aérea pode ser ameaçada pela formação de edema generalizado ou por lesão direta, como ocorre nas lesões por inalação (ABA, 2018; Jeschke et al., 2020). Estas lesões envolvem a aspiração e/ou inalação de vapores muito quentes, fumos ou substâncias químicas voláteis e podem produzir alterações em qualquer nível da via aérea ou gerar alterações sistémicas pela toxicidade dos gases inalados (ABA, 2018). As intoxicações por monóxido de carbono e cianeto de hidrogénio são as mais frequentes em contexto clínico, estando associadas a compromisso da oxigenação tecidual (ABA, 2018). A libertação de mediadores inflamatórios capazes de provocar broncoconstrição potencia ainda o desenvolvimento de insuficiência respiratória (Jeschke et al., 2020). Queimaduras circunferenciais ou semi-circunferenciais do pescoço e do tórax, podem igualmente comprometer a expansão torácica e, conseqüentemente, a ventilação (ABA, 2018).

Considerando as alterações cardiovasculares, uma queimadura severa induz a libertação de citocinas e outros mediadores inflamatórios, provocando aumento da permeabilidade capilar e extravasamento de fluídos do espaço intravascular para o interstício. Estes fenómenos originam hipotensão e hipoperfusão, culminando em choque distributivo (Jeschke et al., 2020). Deste intercâmbio de fluídos podem resultar igualmente alterações iónicas, capazes de gerar distúrbios na atividade elétrica cardíaca (ABA, 2018). Queimaduras circunferenciais ou semi-circunferenciais podem ainda comprometer a circulação e perfusão de membros, culminando no desenvolvimento de síndrome compartimental (ABA, 2018). As escarotomias, ainda que constituam formas eficazes de gerir esta complicação, raramente são indicadas previamente à transferência para um centro de queimados, pois a acumulação de fluídos e o aumento da pressão no membro envolvido demoram algumas horas a instalarem-se (ABA, 2018).

A nível imunológico, as queimaduras graves contribuem para a instalação de um quadro de desregulação imunitária e imunossupressão, aumentando a predisposição para infeção e sépsis

(Jeschke et al., 2020). Contribuem ainda para a instalação de um quadro de hipercatabolismo celular com lipólise, destruição de proteínas a nível muscular, originando, portanto, necessidades nutricionais acrescidas (Jeschke et al., 2020).

Em termos conceptuais, a definição de grande queimado não reúne consenso na literatura. Historicamente, este conceito estava associado ao envolvimento de mais de 25% de SCQ, pois seria a partir deste nível que a destruição tecidual se faria acompanhar por aumento da permeabilidade capilar e libertação de mediadores inflamatórios, que resultariam em hipovolémia e choque, se não fossem dirigidas intervenções adequadas (Hettiaratchy & Papini, 2004). Contudo, a atual evidência sugere que não apenas a extensão concorre nesta classificação, mas também os fatores já previamente descritos, nomeadamente, o mecanismo de lesão, a região anatómica envolvida e as características da vítima, sendo que o grande queimado será aquele que reúne os critérios para ser referenciado para um centro ou unidade de queimados (ABA, 2018). Os critérios de referência têm sido claramente definidos em *guidelines* internacionais, emitidas por várias entidades e organizações, das quais são exemplo a *International Society for Burn Injuries*, a ABA ou a *European Burns Association* [EBA], existindo, contudo, algumas diferenças entre as mesmas (Koyro et al., 2021). Segundo a ABA (2017) são critérios de gravidade e referência no adulto: queimaduras com extensão superior a 10% de superfície corporal; queimaduras de terceiro grau, em qualquer idade; queimaduras envolvendo a face, mãos, pés, genitais, períneo, grandes articulações ou lesões por inalação; queimaduras químicas ou elétricas; queimaduras em doentes com patologias pré-existentes que dificultem a estabilização, condicionem recuperação prolongada ou constituam risco acrescido de mortalidade; trauma concomitante, onde as queimaduras constituam maior risco de morbidade e mortalidade; e queimados com necessidades sociais, emocionais ou de reabilitação que requeiram intervenções específicas.

Ao longo das últimas décadas, há evidência de que o tratamento realizado em unidades de queimados conduz a melhores resultados do que o realizado em unidades não especializadas (EBA, 2017). Porém, apesar da importância destas unidades na gestão de casos complexos, os cuidados iniciais ocorrem, maioritariamente, fora destes contextos especializados. Ou seja, até que as necessidades de transferência sejam determinadas e o transporte se efetive, o cuidado inicial é maioritariamente assegurado pelas equipas pré-hospitalares e dos serviços de urgência (ABA, 2018), sem esquecer o papel das equipas de transferência. Em Portugal existem apenas cinco unidades destinadas ao tratamento de adultos grandes queimados, localizadas no Centro Hospitalar de São João, no Hospital da Prelada, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra,

no Centro Hospitalar de Lisboa Norte e no Centro Hospitalar de Lisboa Central (MS, 2017). Esta regionalização faz com que os hospitais periféricos, como é o caso do hospital onde se desenvolveu o Estágio Final, assumam um papel importante na estabilização, ressuscitação e referenciação destas vítimas.

Na tentativa de uniformizar os critérios de referenciação para as unidades nacionais, a DGS definiu na sua norma n.º 022/2012, atualizada em 2017, que:

Deve ser referenciado para o centro de tratamento de queimados imediatamente, após cuidados de urgência, o doente na(s) seguinte(s) situação(ões):

- a) Idade <5 anos ou >65 anos;
- b) Queimaduras em mais de 10% da superfície corporal;
- c) Queimaduras superficial de espessura parcial (antigo 2º grau) >5% em lactentes;
- d) Queimaduras profundas de espessura parcial (antigo 3º grau) em mais de 2% da superfície corporal;
- e) Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, mãos e pés;
- f) Queimaduras circulares do tórax e/ou membros;
- g) Queimaduras 3º grau em qualquer grupo etário;
- h) Queimaduras elétricas;
- i) Queimaduras químicas;
- j) Carboxihemoglobina > 10%;
- k) Queimaduras com lesões associadas;
- l) Inalação de fumo e/ou substâncias tóxicas;

- m) Traumatismo crânio-encefálico;
- n) Traumatismo músculo-esquelético;
- o) Queimaduras com doenças associadas:
 - i. Diabetes mellitus;
 - ii. Doença hepática;
 - iii. Doença renal;
 - iv. Doença cardíaca;
 - v. Doença psiquiátrica e/ou neurológica;
 - vi. Neoplasias e situações de imunodepressão.
- p) Suspeita de lesão por maus tratos;
- q) Necrose epidermólise tóxica (síndrome de Lyell);
- r) As queimaduras sem cicatrização entre o 10^o-14^o dia;
- s) Os doentes com cicatrizes, de alguns meses, após uma queimadura;
- t) Queimaduras em doentes que irão requerer intervenção social, emocional ou de reabilitação (DGS, 2017a, pp.2-3).

O grande queimado, pela sua complexidade, tem, portanto, necessidade de cuidados contínuos e multidisciplinares, alicerçados em protocolos baseados em evidência científica que ofereçam recomendações sistemáticas para a tomada de decisão dos profissionais e a gestão de circunstâncias clínicas específicas (EBA, 2017; Koyro et al., 2021).

Ainda que os cuidados iniciais prestados à pessoa grande queimada influenciem, significativamente, os seus resultados a longo-prazo (ABA, 2018), é importante salientar que a apresentação infrequente deste tipo de doentes nos serviços de urgência, associada a um défice de formação e treino por parte dos profissionais, originam níveis subótimos de desempenho

(Chipp et al., 2008). Os enfermeiros dos serviços de urgência, enquanto elementos da equipa multidisciplinar, participam ativamente nos cuidados emergentes e de ressuscitação ao grande queimado, tornando-se, portanto, imperativo investir na sua formação, para que reconheçam o carácter multissistémico das queimaduras e desenvolvam intervenções sustentadas em evidência científica.

2.4. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação é a primeira etapa da Metodologia do Projeto e visa “elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar” (Ruivo et al., 2010, p.10). Ele deverá corresponder às necessidades de saúde de uma determinada população, justificando as atividades desenvolvidas para as satisfazer (Imperatori & Giraldes, 1982).

Contextualizando o conceito de “necessidade” e distinguindo-o de “problema”, para que não sejam, erroneamente, tidos como sinónimos, Tavares (1992) faz referência ao “problema” como um estado de saúde considerado deficitário, enquanto a “necessidade” representa a “diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir” (p.51). Assim, o diagnóstico de situação constituir-se-á como um “ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado”(Imperatori & Giraldes, 1982, p.14).

Esta etapa deve realizar-se de forma suficientemente rápida, permitindo uma ação em tempo útil. Contudo, e por se tratar de uma fase basilar no desenvolvimento do projeto, ela prevê-se também clara, suficientemente aprofundada e alargada, de forma a originar medidas de solução pertinentes (Imperatori & Giraldes, 1982).

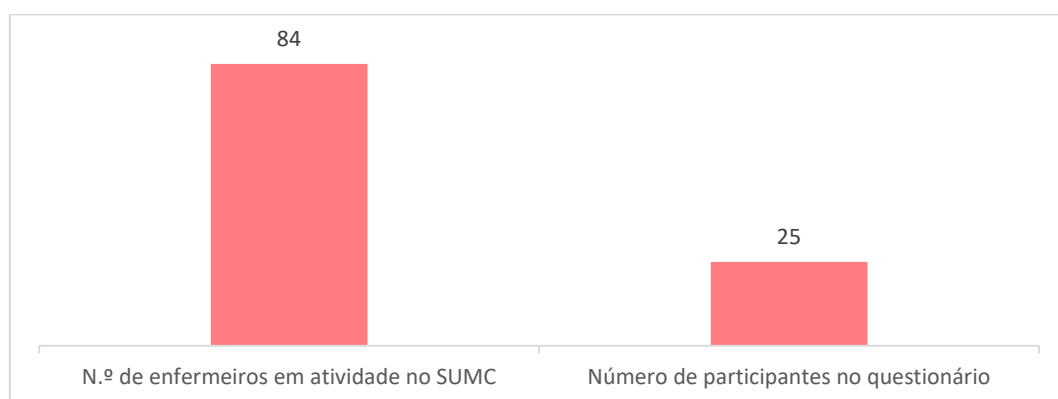
Tendo em consideração estes referenciais teóricos, foquemo-nos agora na sua operacionalização. A definição da problemática que justifica o desenvolvimento do presente projeto originou-se, primariamente, a partir de uma entrevista exploratória não estruturada com o enfermeiro-chefe do SUMC e com a enfermeira supervisora, onde se ressaltou a pertinência de um projeto dedicado à abordagem ao grande queimado na Sala de Emergência que possibilitasse a atualização dos conhecimentos da equipa e a uniformização das práticas. Estas necessidades foram assumindo maior relevo através de entrevistas exploratórias com vários elementos da equipa, que evidenciavam dúvidas em relação às intervenções a implementar e incentivavam o investimento nesta área. Tendo em consideração que um dos objetivos do Plano Estratégico de Enfermagem 2020-2021 do Centro Hospitalar é promover

práticas seguras, consideramos, adicionalmente, que o desenvolvimento de um projeto nesta área se coadunava com os interesses institucionais.

Imperatori & Giraldes (1982) referem que o diagnóstico de situação deve contemplar “uma descrição preferentemente quantitativa da situação” (p.21) e, indo ao encontro deste pressuposto, elaborou-se um instrumento de colheita de dados, especificamente um questionário destinado à equipa de enfermagem (Apêndice I). A aplicação deste instrumento foi precedida da obtenção de um consentimento informado, livre e esclarecido, salvaguardando os princípios éticos da fidelidade, veracidade e confidencialidade da investigação (Nunes, 2020).

De forma a facilitar a participação no questionário, foi utilizada a plataforma Google Forms®, permitindo aos elementos da equipa acederem ao instrumento de colheita de dados através de qualquer computador ou telemóvel, sendo que as definições de resposta foram geridas de forma a garantir o anonimato dos participantes. A divulgação do questionário ocorreu através de canais já estabelecidos no seio da equipa, especificamente grupos de conversação no aplicativo Whatsapp®. Adicionalmente, foram gerados QRcodes, e afixados em diversos pontos do serviço, de forma a facilitar o acesso através de aplicativos móveis individuais. O preenchimento do questionário tinha um caráter voluntário e, apesar das estratégias desenvolvidas, verificou-se um baixo nível de adesão, sendo que, inicialmente, obtiveram-se apenas 12 respondentes. Assim, optou-se por imprimir alguns exemplares, que foram sendo distribuídos pelos enfermeiros escalados em turno e preenchidos manualmente, de forma anónima. Esta estratégia possibilitou aumentar o número de participantes para 25 elementos, que representam 30% da equipa ativa do SUMC (Gráfico 5). De notar que no cálculo desta percentagem, foram excluídos os 10 enfermeiros temporariamente ausentes do serviço, por licença parental e por motivos de doença.

Gráfico 5 - Número de enfermeiros em atividade no SUMC versus número de participantes no questionário.

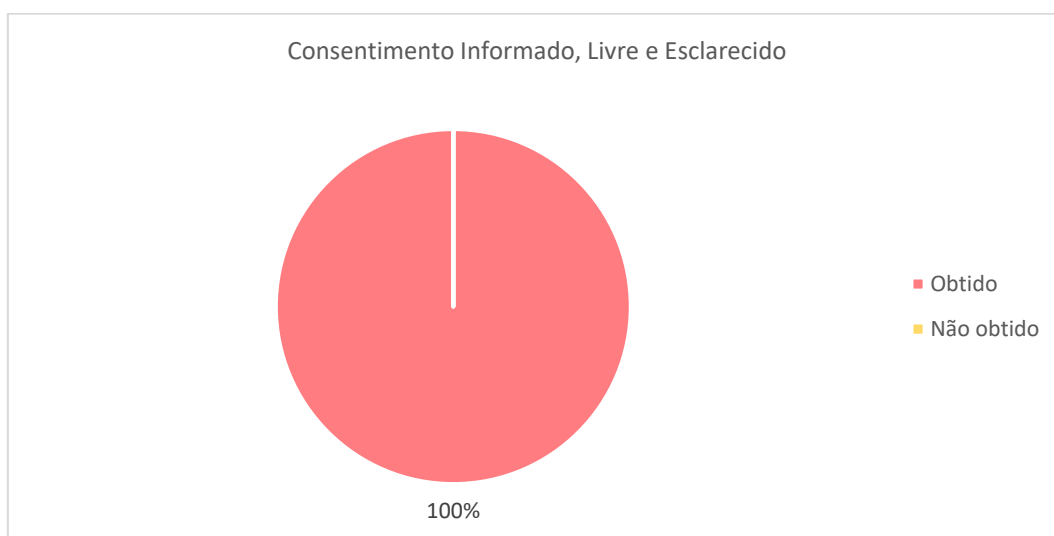


Fonte: elaboração própria.

O baixo nível de adesão ao preenchimento do questionário acarreta, certamente, constrangimentos no que diz respeito à representatividade dos resultados. Ainda assim, os dados recolhidos deram contributos para a caracterização sociodemográfica, académica e profissional desta população, permitindo igualmente sustentar a pertinência do tema selecionado.

Dos 25 respondentes, 100% validaram a sua participação através do seu consentimento informado, livre e esclarecido (Gráfico 6).

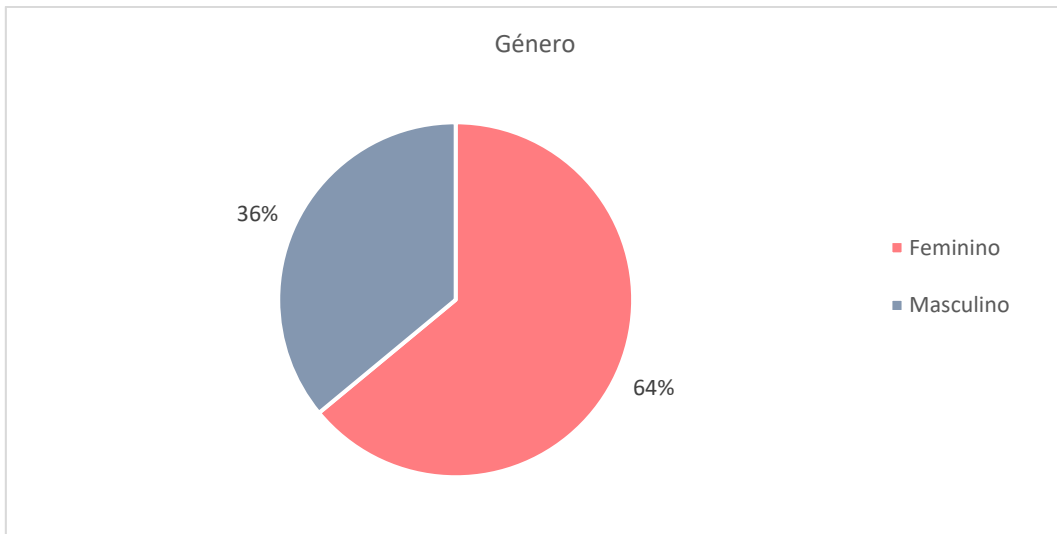
Gráfico 6 - Distribuição dos participantes de acordo com a obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido (n=25).



Fonte: elaboração própria.

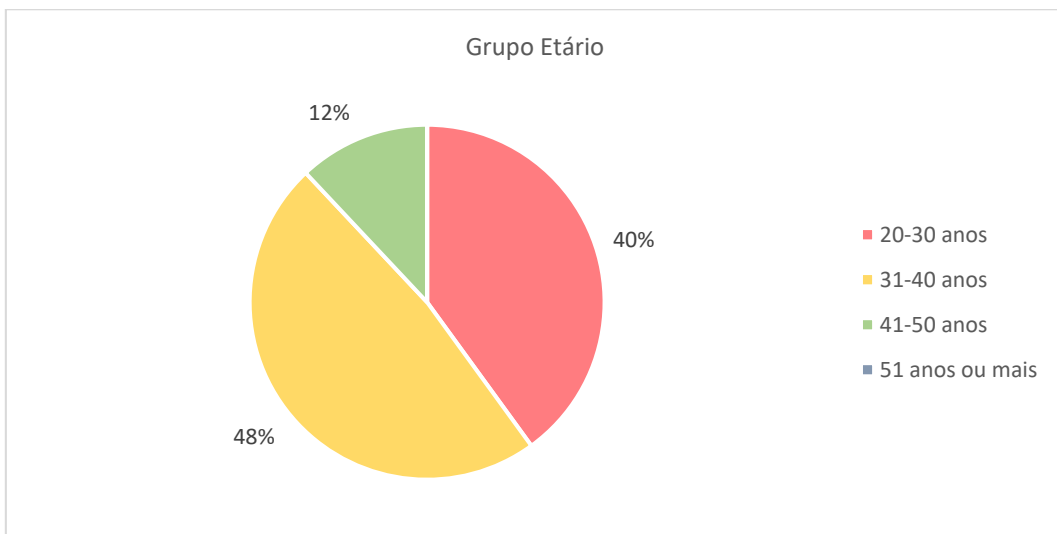
Fazendo referência ao género e à idade dos participantes, constata-se que a amostra é maioritariamente constituída por elementos do sexo feminino (64%) (Gráfico 7), e o grupo etário que concentra maior percentagem de indivíduos é o dos 31 aos 40 anos (48%) (Gráfico 8). Verifica-se ainda uma parcela relevante de indivíduos com idade compreendida entre os 21 e os 30 anos (40%), sendo que nenhum dos respondentes tem idade igual ou superior a 51 anos (Gráfico 8).

Gráfico 7 - Distribuição dos participantes de acordo com o género (n=25).



Fonte: elaboração própria.

Gráfico 8 - Distribuição dos participantes de acordo com o grupo etário (n=25).



Fonte: elaboração própria.

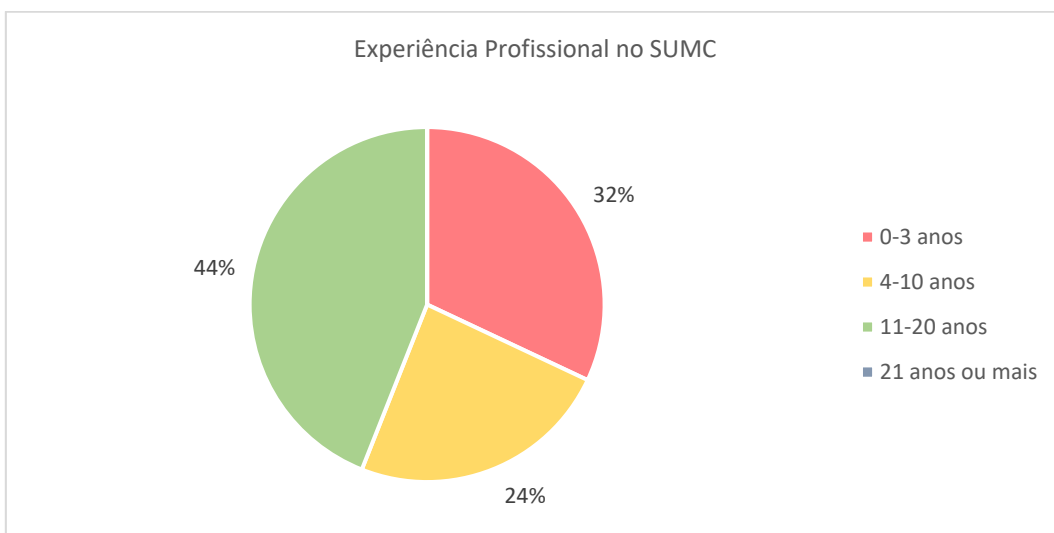
Relativamente ao percurso profissional, verifica-se uma maior prevalência de participantes com 11 a 20 anos de experiência profissional, representando estes 44% da amostra (Gráfico 9). Também se constata uma elevada prevalência de enfermeiros experientes no SUMC, sendo que 44% têm 11 a 20 anos de experiência neste serviço (Gráfico 10). Contudo, é de notar ainda a existência de uma parcela importante de 33% com menos de 3 anos de experiência neste contexto, permitindo-nos verificar alguma heterogeneidade na amostra constituída (Gráfico 10).

Gráfico 9 - Distribuição dos participantes de acordo com os seus anos de experiência profissional (n=25).



Fonte: elaboração própria.

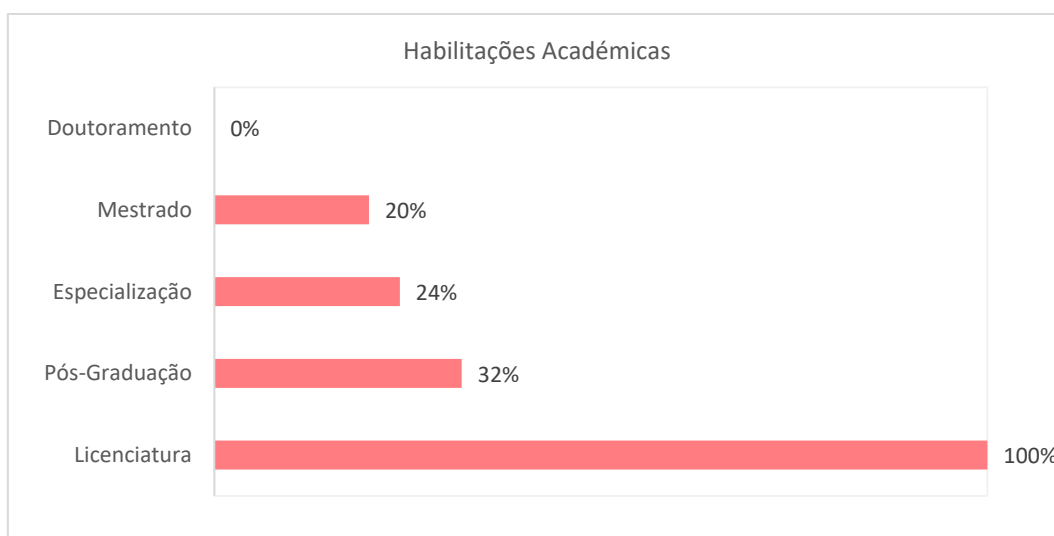
Gráfico 10 - Distribuição dos participantes de acordo com os seus anos de experiência profissional no SUMC (n=25).



Fonte: elaboração própria.

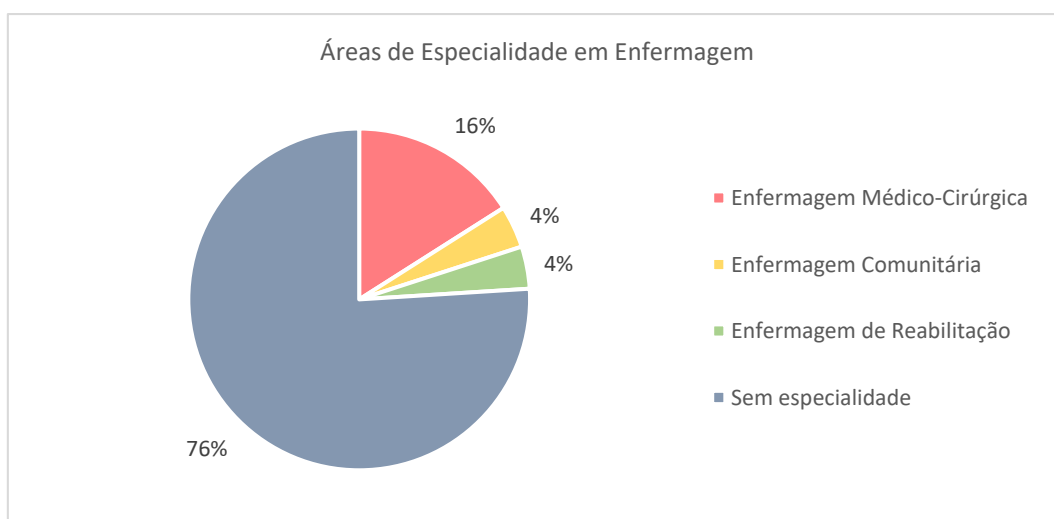
No que respeita ao percurso académico e formativo, verifica-se uma amostra com investimento em formação pós-graduada, especialização em enfermagem e mestrado (Gráfico 11). À semelhança do que já foi descrito no capítulo anterior, a área de especialidade que concentra a maior percentagem de elementos é a de EMC, seguindo-se a Enfermagem Comunitária e a Enfermagem de Reabilitação (Gráfico 12).

Gráfico 11 - Distribuição dos participantes de acordo com as suas habilitações académicas (n=25).



Fonte: elaboração própria.

Gráfico 12 - Distribuição dos participantes de acordo com as suas áreas de especialidade em Enfermagem (n=25).



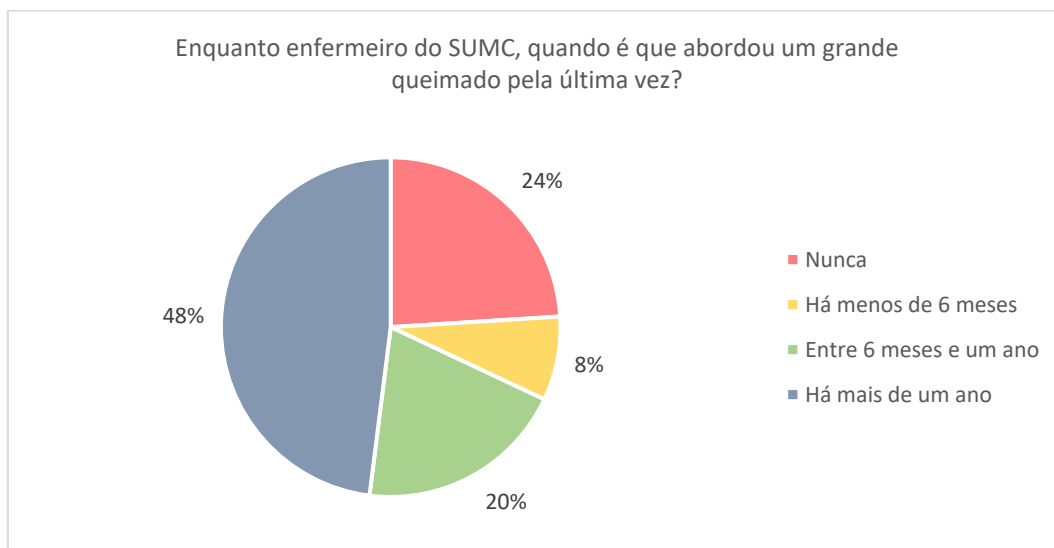
Fonte: elaboração própria.

Comparando o Gráfico 12 com o Gráfico 1, constata-se valores percentuais aproximados, o que nos remete para algum grau de representatividade da amostra neste domínio, verificando-se, contudo, que os enfermeiros especialistas em EMC participaram de forma mais ativa no presente questionário.

Como já referido, a literatura demonstra que o grande queimado tem uma apresentação infrequente nos serviços de urgência (Chipp et al., 2008), dado que foi reiterado através deste

questionário, verificando-se que 48% dos participantes não abordam este tipo de doente há mais de um ano e 24% nunca teve esta experiência (Gráfico 13). Fazendo analogia com o que é descrito para o Suporte Básico e Avançado de Vida, em que “os conhecimentos técnicos e competências (...) deterioram-se em cerca de 6 meses, caso não haja atualização” (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020, p.12), podemos transpor esta informação para a realidade em estudo, assumindo que estes profissionais necessitam efetivamente de atualizar os seus conhecimentos para que possam ocorrer melhorias de desempenho na prática clínica.

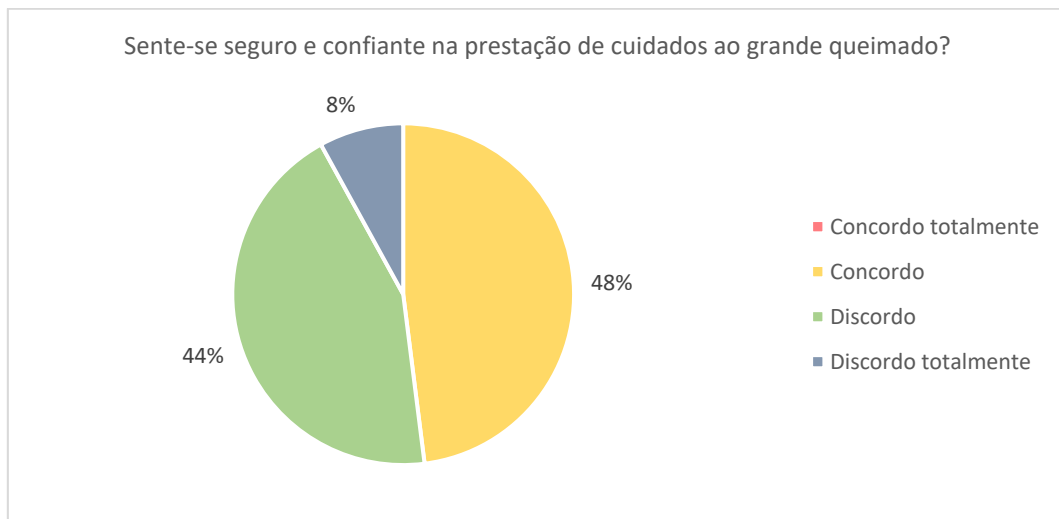
Gráfico 13 - Distribuição dos participantes de acordo com a última vez que abordaram um grande queimado no SUMC (n=25).



Fonte: elaboração própria.

Ainda que a amostra seja constituída por uma importante parcela de elementos com relevante experiência profissional, e concretamente experiência profissional no SUMC, e haja a evidência de investimento na sua educação e formação, 52% dos respondentes revelou não se sentir seguro ou confiante na prestação de cuidados ao grande queimado (Gráfico 14).

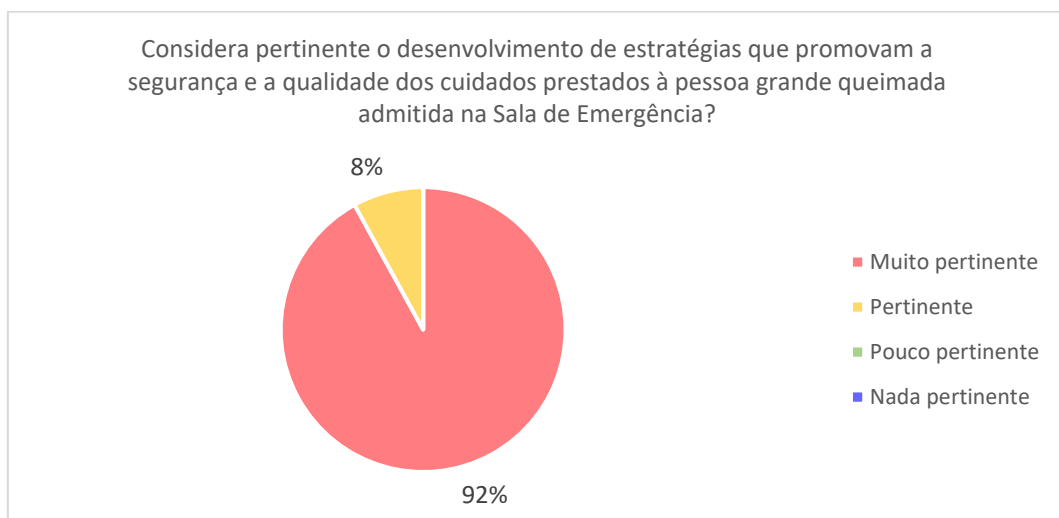
Gráfico 14 - Distribuição dos participantes de acordo com o seu nível de segurança e confiança na prestação de cuidados ao grande queimado (n=25).



Fonte: elaboração própria.

No que respeita à pertinência do PIP, os Gráfico 15, 16 e 17 demonstram, respetivamente, que 100% dos participantes consideram pertinente o desenvolvimento de estratégias promotoras da segurança e da qualidade dos cuidados prestados ao grande queimado na Sala de Emergência, 100% consideram pertinente a realização de formação sobre as intervenções de enfermagem dirigidas a esta população e 100% consideram pertinente a elaboração de um documento orientador e uniformizador da prática.

Gráfico 15 - Distribuição dos participantes de acordo com a pertinência atribuída ao desenvolvimento de estratégias de promoção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados à pessoa grande queimada admitida na Sala de Emergência (n=25).



Fonte: elaboração própria.

Gráfico 16 - Distribuição dos participantes de acordo com a pertinência atribuída à realização de formação sobre as intervenções do enfermeiro perante a pessoa grande queimada admitida na Sala de Emergência (n=25).

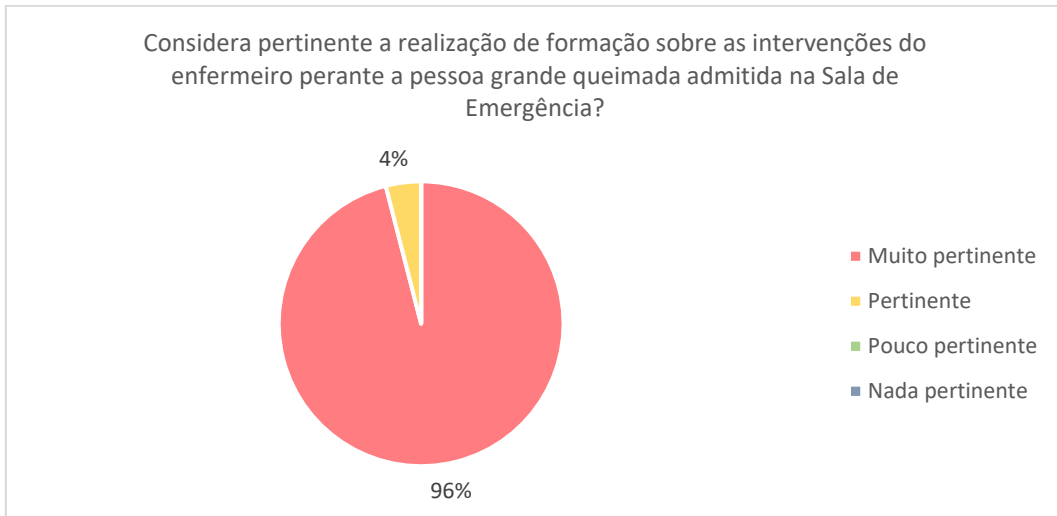
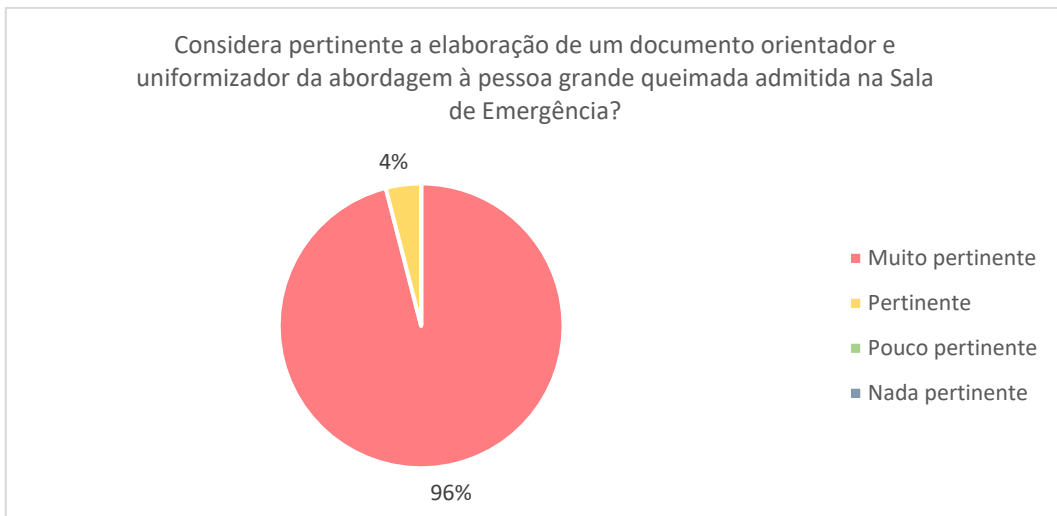


Gráfico 17 - Distribuição dos participantes de acordo com a pertinência atribuída à elaboração de um documento orientador e uniformizador de abordagem à pessoa grande queimada admitida na Sala de Emergência (n=25).



Após aplicação do presente questionário e análise dos resultados obtidos foi realizada uma análise SWOT, evidenciando as fraquezas, ameaças, forças e oportunidades do presente projeto, permitindo confrontar os fatores positivos e negativos existentes (Ruivo et al., 2010). Segundo os autores, os fatores positivos incluem as forças “que são elementos favoráveis e internos ao próprio sistema, enquanto as oportunidades são de caráter ou origem exógena” (p.14). Os pontos negativos incluem as fraquezas de “caráter interno”, e as ameaças “provenientes do

exterior, que eventualmente prejudicam o sistema” (p. 14). A análise SWOT desenvolvida para o presente projeto encontra-se sintetizada na Tabela 2.

Tabela 2 - Análise SWOT.

Forças	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de custos acrescidos para o serviço e para a instituição; - Ausência de repercussão no normal funcionamento do SUMC; - Apoio e consentimento dos elementos da direção, chefia e supervisão; - Inexistência de um documento orientador da prática a nível institucional; - Problemática reconhecida pela equipa de enfermagem do SUMC; - Integração da temática no Plano de Formação em Serviço do SUMC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concordância com o objetivo Estratégico de Enfermagem 2020-2021 da instituição: promover práticas seguras; - Existência de recomendações provenientes de <i>guidelines</i> internacionais e diretivas nacionais, passíveis de ser integradas na prática clínica; - Incentivo à prática baseada em evidência; - Incentivo à participação em programas de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem; - Referenciação atempada e adequada de grandes queimados para unidades diferenciadas.
Fraquezas	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> - Desmotivação da equipa de enfermagem decorrente da sobrecarga de trabalho e dos constrangimentos associados ao contexto pandémico; - Resistência à mudança; - Baixos níveis de participação no projeto desenvolvido; - Ausência de incentivos à participação em formações em serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentações infrequentes de grandes queimados no SUMC, podendo condicionar a avaliação das estratégias desenvolvidas; - Curto espaço de tempo para avaliar o projeto desenvolvido; - Contexto pandémico a concentrar esforços noutras áreas do cuidado.

Fonte: elaboração própria.

Através do descrito concretiza-se, portanto, a fase do diagnóstico de situação, onde se aplicaram os pressupostos da etapa 1 do Modelo de Mudança para a PBE proposto por Larrabee (2009); ou seja, foi identificado o problema, foi envolvida a população-alvo que contribuiu para uma melhor caracterização do mesmo e foi confrontada a realidade do SUMC com os dados provenientes da literatura. Assim, esta fase finaliza-se perspetivando claramente necessidades de capacitação da equipa, de organização e uniformização dos cuidados, com vista à melhoria da qualidade e da segurança na abordagem ao grande queimado admitido na Sala de Emergência.

2.5. Definição de Objetivos

A segunda etapa da Metodologia do Projeto consiste na definição de objetivos, ou seja, na identificação dos resultados que se pretendem alcançar (Ruivo et al., 2010). Segundo Tavares (1992), “uma boa hierarquização dos objetivos integra a formulação de objetivos gerais e de objetivos específicos” (p.116). O objetivo geral, tal como o próprio nome indica, refere-se “a uma determinada situação que se pretende atingir, mas é formulado de uma maneira genérica” (Tavares, 1992, p.116); já os objetivos específicos “detalham, particularizam aspetos dessa situação” (Tavares 1992, p.116).

Tendo por base os problemas e necessidades identificados previamente, delineamos como objetivo geral:

- Melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados à pessoa grande queimada admitida na Sala de Emergência do SUMC.

Enquadrados no objetivo geral, e com um carácter mais prático, concreto e mensurável (Ruivo et al., 2010), definimos como objetivos específicos:

1. Realizar uma revisão da literatura sobre as intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa adulta grande queimada admitida na Sala de Emergência;
2. Elaborar um protocolo de abordagem ao grande queimado admitido na Sala de Emergência do SUMC;
3. Atualizar os conhecimentos da equipa de enfermagem em relação às intervenções a dirigir ao grande queimado admitido na Sala de Emergência;
4. Divulgar o protocolo desenvolvido.

A construção dos objetivos específicos foi realizada contemplando o Modelo de Mudança para a PBE (Larrabee, 2009), procurando seguir a sua estrutura metodológica. Ou seja, após identificada a necessidade de mudança da prática, o objetivo específico 1 visa abraçar as etapas 2 e 3 do respetivo modelo, possibilitando a localização e análise crítica da melhor evidência sobre a temática, servindo, posteriormente, de suporte para a consecução dos objetivos seguintes.

2.6. Planeamento

A etapa de planeamento contempla, tal como o próprio nome indica, um plano detalhado do projeto, onde se definem as atividades e estratégias a desenvolver, e se identificam os recursos necessários, que se coadunam com os objetivos previamente definidos (Ruivo et al., 2010). Assim, ela tem correspondência direta com aquela que é a etapa 4 do Modelo de Mudança para a PBE, que sugere a elaboração de um plano de mudança da prática (Larrabee, 2009).

Remetendo para o projeto desenvolvido, e tendo em consideração que “a realização de um trabalho académico tem de estar devidamente autorizado (...) por quem tem a responsabilidade e a representação da organização” (Nunes, 2020, p.26), foi submetida uma proposta inicial ao Centro de Formação, Investigação e Conhecimento da unidade hospitalar, onde constava, desde logo, um cronograma com a calendarização das atividades a desenvolver em função do espaço temporal disponível (Apêndice II). A proposta foi submetida a 21 de outubro, tendo sido aprovada a 30 de novembro, após parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde e do Conselho de Administração (Anexo I). O tempo de resposta foi maior do que o expectável, o que condicionou desde logo o cumprimento do cronograma inicialmente proposto; ainda assim, foram implementadas estratégias compensatórias para não comprometer a consecução dos objetivos delineados.

De seguida, apresentam-se, então, as atividades/estratégias, recursos humanos e materiais, e indicadores de avaliação planeados para cada um dos objetivos propostos (Tabelas 3, 4 e 5).

Tabela 3 - Planejamento do Objetivo Específico 1 do Projeto de Intervenção Profissional.

Objetivo Específico 1	Realizar uma revisão da literatura sobre as intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa adulta grande queimada admitida na Sala de Emergência.
Atividades/Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa preliminar sobre o tema; - Definição da questão de investigação; - Identificação da metodologia de estudo; - Identificação das bases de dados a utilizar para a pesquisa; - Identificação dos descritores a aplicar nas bases de dados; - Definição do período temporal da pesquisa; - Definição de critérios de inclusão e exclusão; - Pesquisa nas bases de dados; - Seleção de artigos; - Análise e síntese dos resultados obtidos; - Discussão dos resultados obtidos; - Elaboração das conclusões inerentes ao estudo; - Reuniões de tutoria com o professor orientador.
Recursos Humanos	Professor orientador.
Recursos Materiais	Computador; internet; plataformas de bases de dados.
Indicador de avaliação	Elaboração de um artigo de revisão.

Fonte: elaboração própria.

Tabela 4 - Planejamento do Objetivo Específico 2 do Projeto de Intervenção Profissional.

Objetivo Específico 2	Elaborar um protocolo de abordagem ao grande queimado admitido na Sala de Emergência do SUMC.
Atividades/Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> - Criação de uma equipa de trabalho; - Consulta de <i>guidelines</i> internacionais e diretivas nacionais sobre a temática da abordagem emergente ao grande queimado; - Integração dos resultados obtidos no artigo de revisão; - Elaboração de uma proposta inicial de protocolo de abordagem ao grande queimado admitido na Sala de Emergência do SUMC; - Reformulação do protocolo desenvolvido, em reuniões com a equipa de trabalho; - Formulação da proposta final de protocolo de abordagem ao grande queimado admitido na Sala de Emergência do SUMC.
Recursos Humanos	Professor orientador; enfermeira supervisora de estágio; enfermeiro-chefe do SUMC; enfermeiro supervisor do departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos; diretor do Serviço de Medicina Intensiva (responsável pela direção da Sala de Emergência).
Recursos Materiais	Computador; internet; bibliografia relevante para a área de estudo; sala de reuniões.
Indicador de avaliação	Elaboração da proposta final de protocolo de abordagem ao grande queimado na Sala de Emergência do SUMC, validado pelos intervenientes da equipa de trabalho.

Fonte: elaboração própria

Os Objetivos Específicos 3 e 4 são apresentados em conjunto, pois o seu planeamento incluiu atividades, estratégias e recursos comuns, desenvolvidos de forma concomitante.

Tabela 5 - Planeamento dos Objetivos Específicos 3 e 4 do Projeto de Intervenção Profissional.

Objetivo Específico 3	Atualizar os conhecimentos da equipa de enfermagem em relação às intervenções a dirigir ao grande queimado admitido na Sala de Emergência.
Objetivo Específico 4	Divulgar o protocolo desenvolvido.
Atividades/Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> - Planeamento de uma sessão formativa dirigida à equipa de enfermagem do SUMC, possibilitando a atualização de conhecimentos sobre as intervenções dirigidas ao grande queimado admitido na Sala de Emergência e a divulgação do protocolo desenvolvido; - Elaboração de um plano da sessão de formação; - Elaboração do material de suporte para a apresentação; - Agendamento da sessão de formação com o enfermeiro responsável pela Formação em Serviço do SUMC; - Divulgação da sessão de formação; - Realização da sessão de formação; - Realização de um instrumento de avaliação da sessão de formação; - Realização de um instrumento de avaliação do protocolo desenvolvido.
Recursos Humanos	Professor orientador; enfermeira supervisora de estágio; enfermeiro responsável pela Formação em Serviço do SUMC; enfermeiro-chefe do SUMC; equipa de enfermagem do SUMC.
Recursos Materiais	Computador; internet; programa Power-Point®; sala de apresentações/auditório.
Indicador de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Realização da sessão de formação; - Taxa de participação na sessão de formação; - Análise dos resultados obtidos através da aplicação do instrumento de avaliação da sessão de formação; - Análise dos resultados obtidos através da aplicação do instrumento de avaliação do protocolo desenvolvido.

Fonte: elaboração própria.

2.7. Execução e Avaliação

Definido o planeamento, este passa a ser materializado na fase de execução, ou seja, ocorre a sua concretização prática (Ruivo et al., 2010). A fase de execução é uma das mais exigentes no ciclo do projeto, mas com elevada importância para os participantes, na medida em que promove a conquista de aprendizagens, capacidade de resolução de problemas e potenciação das competências ambicionadas (Ruivo et al., 2010).

Visto que as fases de execução e de avaliação se associam na etapa 5 do Modelo de Mudança para a PBE (Larrabee, 2009), optamos pela sua apresentação conjunta. A avaliação é um processo dinâmico e contínuo ao longo do ciclo de vida de um projeto, permitindo redefinir a análise da situação, reelaborar os objetivos, atividades e meios, bem como analisar os resultados produzidos. Na metodologia do projeto, o processo é tão importante quanto o produto realizado, pelo que a avaliação deve desenvolver-se paralelamente à execução, ainda que pressuponha também uma análise final globalizante, verificando a consecução dos objetivos definidos (Ruivo et al., 2010).

Nesta secção pretende-se, então, descrever as fases de execução e avaliação do presente PIP, procurando não só expor o produto final, mas também refletir criticamente sobre o percurso que o originou.

Dando cumprimento ao Objetivo Específico 1: realizar uma revisão da literatura sobre as intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa adulta grande queimada admitida na Sala de Emergência, foi realizada uma revisão *scoping* seguindo as recomendações do Instituto *Joanna Briggs*, de forma a assegurar o seu rigor e qualidade metodológica (Aromataris & Munn, 2020). A escolha deste tipo de estudo teve a vantagem de permitir a síntese de evidência proveniente de um largo espectro de estudos existentes na literatura, com diferentes desenhos e tipologias (Apóstolo, 2017).

Após uma pesquisa bibliográfica preliminar sobre o tema, que permitiu a contextualização teórica e conceptual descrita na secção 2.3. deste capítulo, foi definida a questão norteadora do estudo, desenvolvida de acordo com a metodologia PCC (P: população, C: conceito; C: contexto) (Apóstolo, 2017). Assim, a pergunta formulada foi: quais as intervenções de enfermagem (C) dirigidas ao adulto grande queimado (P) admitido na sala de emergência (C)?

A pesquisa originou-se a partir de quatro descritores DeCS/MeSH: *burns*, *nursing*, *emergencies* e *resuscitation*. O descritor *nursing* foi truncado para *nurs** com o objetivo de ampliar a pesquisa para palavras similares: *nursing*, *nurse* ou *nurses*. Utilizou-se ainda o termo em linguagem natural *initial management* que, não sendo um termo DeCS/MeSH, foi um termo

frequentemente encontrado na literatura durante a análise preliminar, fundamentando-se, a sua utilização pela amplificação da pesquisa que proporcionava.

Para a pesquisa foram utilizadas duas plataformas: EBSCOhost® e b-on®. Na plataforma EBSCOhost®, selecionaram-se as bases de dados: CINAHL Complete®; MEDLINE Complete®; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive®; Cochrane Central Register of Controlled Trials®; Cochrane Database of Systematic Reviews®; Cochrane Methodology Register®; Cochrane Clinical Answers®; Library, Information Science & Technology Abstracts® e MedicLatina®. Na plataforma b-on®, a pesquisa foi realizada nas disciplinas de “Enfermagem e Medicina Auxiliar” e “Saúde e Medicina”. A pesquisa realizou-se através da aplicação dos operadores booleanos: AND e OR, construindo-se a seguinte conjugação:

S1. burns AND nurs* [Título]

S2. burns AND nurs* [Resumo]

S3. burns AND nurs* [Termos do Assunto]

S4. emergencies OR resuscitation OR initial management [Texto Completo]

S5. (S1 OR S2 OR S3) AND S4

A construção da frase booleana foi idêntica nas duas plataformas, tendo-se utilizado o expansor “aplicar assuntos equivalentes” em ambas.

Na seleção dos estudos, utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Estudos envolvendo pessoas adultas, vítimas de queimaduras com os critérios de gravidade definidos pela ABA (2017), já definidos na seção 2.3. deste capítulo, e que agora se recordam: queimaduras com extensão superior a 10% de superfície corporal; queimaduras de terceiro grau, em qualquer idade; queimaduras envolvendo a face, mãos, pés, genitais, períneo, grandes articulações ou lesões por inalação; queimaduras químicas ou elétricas; queimaduras em doentes com patologias pré-existentes que dificultem a estabilização, condicionem recuperação prolongada ou constituam risco acrescido de mortalidade; trauma concomitante, onde as queimaduras constituam maior risco de morbidade e mortalidade; e queimados com necessidades sociais, emocionais ou de reabilitação que requeiram intervenções específicas.
- Estudos com foco nas intervenções de enfermagem, autónomas ou interdependentes (OE, 2015);
- Estudos desenvolvidos em serviços hospitalares de urgência ou emergência;
- Estudos com data de publicação compreendida entre os anos 2018 e 2021, inclusive;

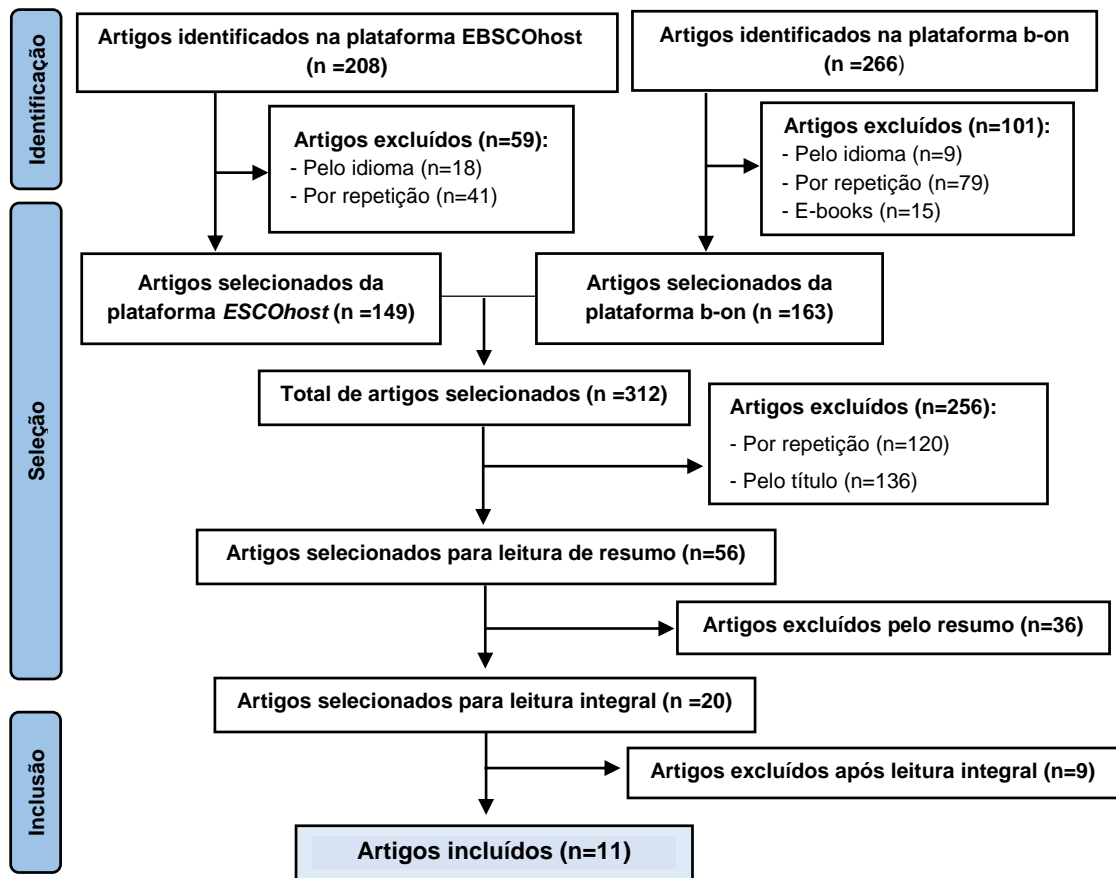
- Estudos publicados em inglês, português ou espanhol;
- Estudos publicados em revistas, jornais ou periódicos científicos.

Os critérios de exclusão aplicados foram:

- Estudos envolvendo populações com idade inferior a 18 anos;
- Estudos com foco nas intervenções de grupos profissionais que não enfermeiros;
- Estudos desenvolvidos em contextos que não serviços de urgência, nomeadamente pré-hospitalares, cuidados intensivos, blocos operatórios ou unidades de queimados;
- Estudos publicados previamente ao ano de 2018;
- Estudos publicados em idiomas que não inglês, português ou espanhol;
- Estudos repetidos;
- Conteúdo de livros ou e-books.

Após a aplicação da frase booleana nas plataformas de bases de dados, procedeu-se à seleção dos estudos através da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão definidos. Este processo é sumarizado através do diagrama de *flow* da Figura 5.

Figura 5 - Diagrama de *flow* PRISMA 2020.



Fonte: adaptado de BMJ (2021).

Como se verifica, o processo de seleção conduziu à inclusão de um total de 11 artigos, cujas características são listadas na Tabela 6.

Tabela 6 – Listagem dos artigos incluídos na revisão *scoping*.

Identificação	Título	Autor, Ano	País	Tipo de Estudo
A	Nursing Care for the Initial Resuscitation of Burn Patients	Carey et al., 2021	Estados Unidos da América	Revisão Narrativa
B	Comprehensive treatment, including topical care, for severe facial burn	Xu et al., 2021	China	Relato de Caso
C	Assistência de enfermagem a queimados em hospital do nordeste brasileiro: estudo seccional	Costa et al., 2020	Brasil	Estudo Epidemiológico, Observacional, Transversal
D	Dermal Hydrofluoric Acid Toxicity Case Review: Looks Can Be Deceiving	Hoffmann et al., 2020	Estados Unidos da América	Relato de Caso
E	Cuidado urgente del paciente com quemaduras por inhalación: una revisión bibliográfica	Paniagua & Gutiérrez, 2020	Espanha	Revisão Integrativa
F	Abordagem de Enfermagem ao Paciente Vítima de Queimaduras: uma Revisão Integrativa	Souza et al., 2019	Brasil	Revisão Integrativa
G	Severe Post-Traumatic Hypothermia in a Burned Patient	Podsiadło et al., 2019	Polónia	Relato de Caso
H	Emergency management of burns: Part 2	Stiles, 2018a	Reino Unido	Revisão Narrativa
I	Initial Assessment and Management of Burn Patients	Strauss & Gillespie, 2018	Estados Unidos da América	Revisão Narrativa
J	Emergency management of burns: Part 1	Stiles, 2018b	Reino Unido	Revisão Narrativa
K	Ocular Chemical Burns Secondary to Accidental Administration of e-Cigarette Liquid	McCague, 2018	Irlanda	Relato de caso

Fonte: elaboração própria.

Após extração dos resultados, foi possível identificar as intervenções de enfermagem dirigidas ao adulto grande queimado admitido em Sala de Emergência listadas na literatura, verificando-se que elas têm um caráter complexo e multissistêmico. Estas intervenções agrupam-se num exame primário – que inclui a permeabilização da via aérea com controlo da coluna cervical, a otimização da ventilação e das trocas gasosas, a otimização do status cardíaco e circulatório, o controlo do défice neurológico, e os cuidados de exposição e controlo da temperatura – e num exame secundário – que envolve a anamnese com identificação do mecanismo de lesão, o exame físico e avaliação da queimadura quanto à sua localização, profundidade e extensão, a gestão da fluidoterapia através de ferramentas como a Fórmula de Parkland, o controlo da dor, o apoio emocional, o controlo da infeção, os cuidados às feridas e realização de pensos, e a referência para centros especializados.

A literatura dispõe de inúmeros artigos sobre as lesões por queimadura; contudo, no que respeita às intervenções de enfermagem que lhes são inerentes, e, particularmente, em contexto urgente e emergente, verifica-se a existência de lacunas e ambiguidade, tal como sugere Subrata (2020). À semelhança do autor, consideramos que a maior parte dos estudos incluídos nesta revisão direcionam o seu foco para as questões físicas e clínicas do cuidado, enquanto os aspetos psicossociais não são claramente desenvolvidos. Contudo, compreende-se que, por se tratar de um processo de doença crítica e de iminência de falência multiorgânica, onde as funções essenciais à vida estão claramente ameaçadas, os protocolos terapêuticos assumam este caráter prioritário. Outros domínios de intervenção, nomeadamente, o desenvolvimento de estratégias de *coping*, o suporte familiar e a melhoria da imagem corporal e do auto-conceito são também listados na literatura, mas em estadios posteriores do cuidado, especificamente na fase aguda e de reabilitação (Carey et al., 2021). Interessantemente, existem ainda estudos dedicados às questões éticas e à dignidade da pessoa queimada, também desenvolvidos em contextos que não os serviços de urgência (Bijani & Mohammadi, 2021; Tehranineshat et al., 2021) Como conclusão deste estudo, consideramos pertinente chamar a atenção para a necessidade de se estender o caráter humanístico da enfermagem também às Salas de Emergência no cuidado ao grande queimado, pelo que propomos a realização de mais estudos, com maiores níveis de evidência, que contribuam para o desenvolvimento da disciplina e da profissão, e se repercutam em melhoria da qualidade dos cuidados prestados a esta população.

O artigo produzido, cujo resumo se encontra em Apêndice III, encontra-se em fase de reestruturação, ou seja, estão a ser produzidas alterações no sentido de o coadunar com os

requisitos da revista selecionada para publicação, para que possa, então, ser submetido e avaliado pelos revisores. A intenção da publicação justifica-se pela motivação de partilhar os resultados com a comunidade científica, para que possa servir de apoio à PBE de outros enfermeiros. De igual forma, almeja-se dar visibilidade à atividade de investigação desenvolvida em Enfermagem, solidificando o seu papel enquanto disciplina e profissão, e demonstrando que estes profissionais se assumem como figuras relevantes na conquista de cuidados de saúde de qualidade.

Relativamente ao Objetivo Específico 2: elaborar um protocolo de abordagem ao grande queimado admitido na Sala de Emergência do SUMC, dentro das atividades/estratégias planeadas estava contemplada a criação de uma equipa de trabalho. Efetivamente, o produto final resulta da colaboração e articulação de um grupo multiprofissional, onde estiveram envolvidos vários intervenientes: a enfermeira supervisora de estágio, o enfermeiro-chefe do SUMC, o enfermeiro supervisor do Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos, e o diretor do Serviço de Medicina Intensiva, no qual está integrada a Sala de Emergência. Dado que a abordagem ao grande queimado na Sala de Emergência é uma atividade multiprofissional, o envolvimento de elementos de diferentes grupos profissionais demonstrou-se uma mais-valia permitindo emitir recomendações consensuais para os vários intervenientes.

Segundo Merriman & Dale (2005), um protocolo indica o curso de ação a ser adotado pelas pessoas que trabalham dentro de uma determinada organização, profissão ou serviço. Constituem-se como regras para proceder em determinadas situações, orientando a prática dos profissionais. Heymann (1994) refere ainda que os protocolos clínicos auxiliam os profissionais a prestar cuidados de qualidade, através da identificação do que é o correto fazer e de como o fazer.

A elaboração do presente protocolo visava a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados ao grande queimado admitido na Sala de Emergência, a uniformização das práticas, a referenciação adequada e atempada para unidades diferenciadas e a promoção da continuidade dos cuidados prestados a esta população. Como suporte teórico contribuíram as *guidelines* internacionais emanadas por entidades como a ABA e a EBA, destacando-se também a norma da DGS n.º 022/2012, atualizada em 2017: Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto. Os resultados provenientes do artigo de revisão foram também integrados, servindo de suporte para a fundamentação do presente documento. Contudo, mesmo quando a melhor evidência é identificada, é necessário adaptá-la às circunstâncias locais

(Heymann, 1994). Neste sentido, o desenvolvimento do Estágio Final foi fundamental, possibilitando a observação das dinâmicas existentes na Sala de Emergência e a identificação dos recursos existentes, possibilitando a elaboração de um protocolo ajustado ao contexto.

O produto final, integralmente exposto no Apêndice IV, é o resultado de um trabalho faseado com múltiplas reconstruções, decorrentes das contínuas sugestões e contributos dos vários elementos da equipa. Esta versão final foi validada pelo enfermeiro-chefe do SUMC, pelo enfermeiro supervisor do Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos, e pelo diretor do Serviço de Medicina Intensiva. A submissão dos protocolos ao Conselho de Administração é da responsabilidade do enfermeiro-chefe de cada serviço, pelo que, neste caso, esta responsabilidade ficou a cargo do enfermeiro-chefe do SUMC, aguardando-se a respetiva aprovação.

De notar que o protocolo desenvolvido inclui um breve fluxograma, que resume os principais eixos de intervenção dirigidos ao grande queimado admitido na Sala de Emergência. Este fluxograma foi elaborado para que, após aprovação do protocolo, o mesmo possa ser impresso e disposto na Sala de Emergência, facilitando o acesso e consulta dos profissionais.

Ainda de referir que na construção do presente documento foi incluída uma grelha de observação, destinada a futuras auditorias, visando a avaliação do desempenho da equipa. O preenchimento desta grelha possibilita o cálculo da taxa de conformidade, constituindo-se como um indicador de processo, segundo Tavares (1992). Visto que o grande queimado tem uma apresentação pouco frequente no SUMC, foi definido em concordância com o enfermeiro-chefe do SUMC, uma periodicidade semestral para a realização das mesmas.

Acreditamos que o protocolo desenvolvido vai ao encontro dos objetivos para ele enunciados, constituindo-se como uma estratégia eficaz de organização dos cuidados e de promoção do trabalho em equipa, onde os vários grupos profissionais se integram e complementam em direção a um objetivo comum, que é assegurar a qualidade assistencial. Da observação realizada no contexto clínico, foi possível verificar que o médico responsável pela Sala de Emergência assume, habitualmente, o papel de líder de equipa, mas acreditamos que com a implementação deste protocolo possamos ter contribuído para a transição de uma cultura de liderança individual para uma cultura de liderança compartilhada (Burmester, 2017). Através de equipas coordenadas, uniformizadas, síncronas e proficientes nas funções a desempenhar, cremos que os enfermeiros possam participar de forma mais ativa nos processos de tomada de decisão em relação à vítima grande queimada, assumindo-se como líderes na sua abordagem.

Para os Objetivos Específicos 3 e 4: atualizar os conhecimentos da equipa de enfermagem em relação às intervenções a dirigir ao grande queimado admitido na Sala de Emergência e divulgar o protocolo desenvolvido, foi planeada uma sessão de formação que proporcionasse a sua consecução simultânea.

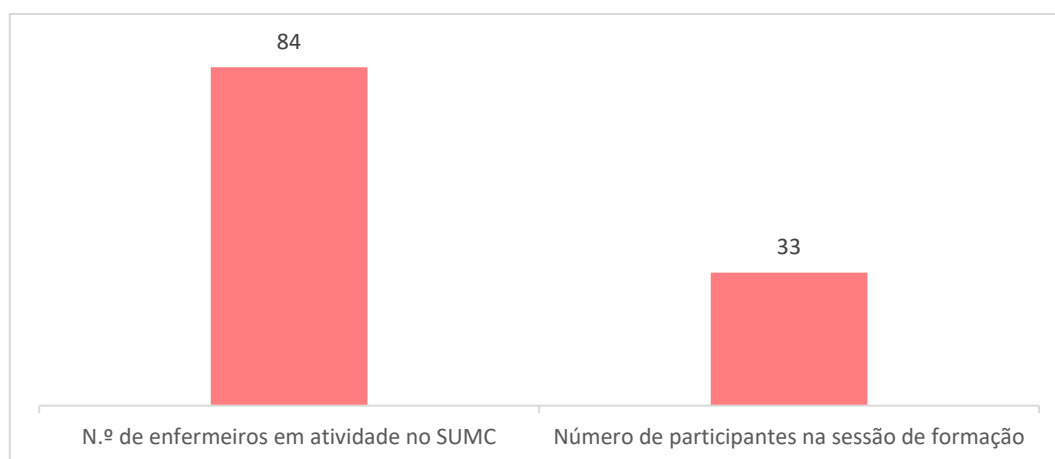
A planificação de uma sessão formativa pressupõe várias fases: preparação, desenvolvimento e análise de resultados (Martins et al., 2007). A fase de preparação assume particular importância, em virtude de implicar escolhas e decisões para que a sessão vá ao encontro dos objetivos previstos. Aqui, é fundamental elaborar um plano de sessão, que funcione como suporte à mesma, “sistematizando os conteúdos a desenvolver, através de uma ordem lógica e/ou pedagógica” (Duas Siglas, 2013, p.95). Assim, e cumprindo com estes pressupostos, foi elaborado um plano de sessão utilizando a estrutura normalizada na instituição hospitalar, que pode ser consultado no Apêndice V. Visando uma maior taxa de participação na sessão formativa, a mesma foi perspectivada num formato híbrido, podendo ser assistida presencialmente ou via *online*, através da plataforma Microsoft Teams®. Também inserida na fase de preparação, encontra-se a organização dos materiais de apoio à sessão (Duas Siglas, 2013) e, para tal, foi elaborado um esquema de diapositivos Power-Point®, apresentados no Apêndice VI.

Finalizando esta fase, procedeu-se à divulgação da sessão através dos canais de comunicação já existentes no seio da equipa, especificamente através dos grupos do aplicativo Whatsapp®. Adicionalmente, o enfermeiro responsável pela Formação em Serviço enviou *emails* informativos para todos os elementos da equipa.

Esta fase preliminar desenvolveu-se em articulação com o professor orientador, a enfermeira supervisora, o enfermeiro responsável pela Formação em Serviço do SUMC e o enfermeiro-chefe, que validaram o processo e o produto final a apresentar na fase de desenvolvimento.

A última fase da planificação de uma sessão formativa diz respeito à análise de resultados e, para este efeito, foram considerados vários fatores. Primeiramente, atendeu-se à taxa de participação na sessão, que contou com 33 formandos, representando estes 39% da equipa (Gráfico 18). Um elemento assistiu à sessão presencialmente, enquanto os 32 restantes acederam à mesma pela plataforma Microsoft Teams®.

Gráfico 18 - Número de enfermeiros em atividade no SUMC versus número de participantes na sessão de formação.



Fonte: elaboração própria.

A obtenção de uma taxa de participação de 39% ficou abaixo das expectativas, facto que foi discutido com a enfermeira supervisora e com o enfermeiro responsável pela Formação em Serviço. Este último clarificou que a taxa média de participação nas sessões de formação em serviço do SUMC rondou os 35% no ano 2021, pelo que os resultados obtidos devem ser contextualizados tendo em consideração esta cultura de serviço.

De uma análise mais pormenorizada dos participantes na sessão de formação, verificou-se que a mesma contou com a presença dos 4 enfermeiros chefes-de-equipa do SUMC, o que se constituiu como uma mais-valia, tendo sido incentivada a divulgação e a partilha dos conhecimentos dentro das equipas lideradas por cada um. O material produzido para a sessão, bem como alguma bibliografia de suporte, ficaram disponíveis numa pasta partilhada nos computadores do SUMC, sendo também incentivado pelo enfermeiro-chefe a sua consulta pelos elementos que não atenderam à sessão.

Como estratégia de análise de resultados, realizou-se um questionário com o intuito de avaliar a satisfação dos formandos em relação à sessão de formação e ao protocolo apresentado. Este questionário, disponível para consulta em Apêndice VII, foi implementado através da plataforma Google Forms®, utilizando novamente a gestão das definições de forma a garantir o anonimato dos participantes. Dos 33 participantes na sessão de formação, 27 deram o seu contributo na avaliação, resultando numa taxa de adesão de, aproximadamente, 82%. Os resultados obtidos são sintetizados nas Tabelas 7 e 8.

Tabela 7 - Avaliação da sessão de formação (n=27).

	Não satisfaz	Satisfaz Pouco	Satisfaz	Satisfaz Muito	Excelente
Adequação às expectativas	-	-	4%	26%	70%
Duração da sessão	-	-	4%	33%	63%
Meios audiovisuais utilizados	-	-	4%	29%	67%
Pertinência do conteúdo apresentado	-	-	4%	7%	89%
Satisfação em relação ao formador	-	-	4%	7%	89%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 8 - Avaliação do protocolo apresentado (n=27).

	Não satisfaz	Satisfaz Pouco	Satisfaz	Satisfaz Muito	Excelente
Clareza	-	-	4%	4%	92%
Adequação do conteúdo científico	-	-	4%	7%	89%
Adequação ao contexto de trabalho	-	-	4%	19%	77%
Exequibilidade	-	-	4%	19%	77%
Apreciação global	-	-	4%	15%	81%

Fonte: elaboração própria.

No sentido de dar voz à equipa e integrar o seu feedback no protocolo a submeter ao Conselho de Administração, foi aberta uma última secção no questionário para eventuais sugestões. Apenas 2 participantes preencheram esta secção, mas não com conteúdo que originasse, efetivamente, a necessidade de reformulação do documento:

Resposta 1: *Excelente trabalho e exequibilidade do mesmo para a prática.*

Resposta 2: *Parabéns, excelente apresentação!*

Realizando agora uma apreciação global do percurso percorrido, é de referir que a implementação do presente PIP foi marcada por alguns períodos de desmotivação, principalmente decorrentes da baixa adesão da equipa às atividades desenvolvidas. Acreditamos que o facto da equipa de enfermagem do SUMC estar fragmentada em equipas menores, possa eventualmente ter condicionado a adesão e a participação dos intervenientes; durante o Estágio Final, fortificaram-se as relações com os elementos da equipa integrada, sendo que o contacto com os elementos de outras equipas ocorria de forma mais rápida e esporádica, em momentos como as passagens de turno. Apesar das dificuldades sentidas e dos constrangimentos encontrados, o produto final parece ter ido ao encontro das expectativas da população-alvo, verificando-se níveis satisfatórios de avaliação da sessão de formação e do protocolo desenvolvido.

Acreditamos que com o desenvolvimento do presente PIP demos contributos para a consecução do objetivo geral: melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados à pessoa grande queimada admitida na Sala de Emergência do SUMC, ainda que tenhamos consciência da necessidade de reforçar a monitorização dos resultados, a médio-longo prazo, para validar se a 6ª etapa do Modelo de Mudança para a PBE se alcança na sua plenitude, ou seja, se há efetivamente integração e manutenção das mudanças introduzidas na prática.

2.8. Divulgação dos Resultados

A última fase da Metodologia do Projeto visa a divulgação dos resultados, dando a conhecer, simultaneamente, a pertinência do projeto e o caminho percorrido (Ruivo et al., 2010).

As atividades contempladas neste PIP foram desenvolvidas perspetivando a difusão da evidência científica no seio da equipa e no ambiente organizacional. Assim, se considerarmos a elaboração da revisão *scoping*, a aplicação dos seus contributos num protocolo de atuação institucional, e a realização da sessão de formação para promover a atualização de

conhecimentos e a divulgação do protocolo elaborado, podemos afirmar que estas atividades se constituem, *per si*, como estratégias de comunicação de resultados.

A elaboração do presente Relatório materializa, igualmente, a última fase da Metodologia do Projeto. Sendo o presente documento destinado a acesso público, reuniram-se esforços para organizar a informação de uma forma clara, objetiva e concisa, possibilitando aos leitores o conhecimento dos esforços realizados para a consecução dos objetivos definidos. Pretendemos que esta exposição possa contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico da Enfermagem e servir de exemplo para outros profissionais, serviços e instituições (Ruivo et al., 2010), incentivando a utilização da PBE como ferramenta promotora da excelência do exercício profissional.

3. REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A elaboração do presente Relatório e a sua posterior discussão em provas públicas materializam o culminar de um ciclo de estudos onde se pressupõe a aquisição, desenvolvimento e apropriação de competências que se coadunam com as requeridas para a atribuição do título de enfermeiro especialista em EMC: PSC pela OE e a obtenção do grau de mestre em enfermagem. Este capítulo destina-se, portanto, à descrição deste processo, mas, mais do que isso, visa uma análise crítica e reflexiva sobre o mesmo.

Ora, se pretendemos refletir sobre competências, convém, em primeira instância, conceptualizar este conceito. No âmbito do senso comum, uma pessoa competente é alguém qualificada para realizar alguma coisa; já o seu oposto, mais do que implicar a negação de determinada capacidade, guarda também um sentimento pejorativo (Fleury & Fleury, 2001). No ambiente organizacional, a competência constitui-se como um conceito mais complexo e multifacetado, podendo ser interpretado à luz de diferentes correntes teóricas. Efetivamente, o conceito tem sido alvo de intensos debates, quer no meio académico quer no ambiente organizacional, no sentido de melhor se compreender as suas dimensões, implicações, antecedentes e consequências (Brandão, 2007).

Ao longo dos anos, vários autores deram contributos para a definição de competência. McClelland (1973), citado por Fleury & Fleury (2001), define-a como uma “característica subjacente a uma pessoa que é casualmente relacionada com desempenho superior na

realização de uma tarefa ou em determinada situação” (p.184). Durand (2000) define ainda que a competência resulta da articulação entre três elementos: o conhecimento, as habilidades e as atitudes. O conhecimento remete-nos para o domínio do saber, as habilidades para o domínio do saber-fazer, e as atitudes para o saber-estar ou saber-ser (Durand, 2000). A OE reitera esta linha de raciocínio, definindo a competência como “um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação” (OE, 2017d, p.2). No domínio profissional, a competência relaciona-se com um saber de ação, não se resumindo à execução de tarefas ou reprodução de atos; ela engloba a capacidade de adaptar a conduta a uma situação complexa e individualizada, apelando aos conhecimentos do profissional. Esta noção de competência resulta, portanto, de um conjunto de saberes que derivam da formação inicial de base, à qual se soma a experiência da ação adquirida ao longo do tempo, sobressaindo-se em situações concretas do trabalho (OE,2017d).

A este nível, parece-nos pertinente fazer também referência ao modelo de aquisição de competências desenvolvido por Benner (1982): De Iniciado a Perito. Segundo a autora, o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros é um processo gradual, não dependente exclusivamente da formação académica, mas construído em função das experiências, referências profissionais, investimento pessoal e reflexão sistematizada sobre a prática. A competência para a excelência da prática de cuidados surge quando o profissional adquire perícia, mas até alcançar este nível, ele passa por vários estadios antecessores: iniciado, iniciado avançado, competente e proficiente (Benner, 1982). O enfermeiro perito é, então, aquele que consegue identificar e antecipar respostas clínicas inesperadas e potenciais problemas, através de uma compreensão intuitiva; apreende a situação como um todo, diagnostica e intervém com precisão, sem perder tempo com possibilidades ineficazes (Benner, 1982). “O conhecimento de perito é desde logo também um conhecimento competente, e uma forma de conhecimento em si mesmo, e não apenas uma aplicação do conhecimento” (OE, 2017d, p.3).

Os enfermeiros asseguram uma parte muito significativa da prestação de cuidados de saúde, assumindo-se, portanto, como peças fundamentais em qualquer sistema de saúde. Assim sendo, justifica-se o investimento na qualificação destes profissionais no sentido de se aumentar a qualidade, a eficiência e a produtividade dos cuidados prestados (Lopes et al., 2018).

Com efeito, a especialização em Enfermagem é uma tendência internacional, tendo-se definido o papel do enfermeiro com funções avançadas ou especializadas em diversos países, dotando-o de competências específicas (científicas e técnicas), capaz de desempenhar actividades do seu âmbito de competência mais complexas, que extravasam o domínio dos cuidados gerais (Lopes et al., 2018, p.5).

Um enfermeiro com formação avançada é aquele que, de forma devidamente credenciada, “adquiriu conhecimentos especializados, possui uma elevada capacidade de decisão e competências clínicas para uma prática avançada” (Lopes et al., 2018, p.11). Este nível de competência é “precedido de horas de prática clínica, especialização e/ou formação académica pós graduada” (Lopes et al., 2018, p.11).

Através do presente ciclo de estudos almejamos, portanto, evoluir qualitativamente, no sentido de uma prática avançada, pelo que nos propomos a desenvolver um conjunto de competências coadunadas com o título e o grau académico correspondentes. No que respeita às competências de enfermeiro especialista, estas encontram-se claramente regulamentadas, sendo que às competências comuns, se acrescem as competências específicas de cada área de especialidade em enfermagem.

As competências comuns são definidas no Regulamento n.º 140/2019, publicado em Diário da República, e correspondem a competências:

(...) partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019b, p.4745).

Segundo o mesmo documento, as competências são agregadas em esferas de ação, “compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (OE, 2019b, p.4745), constituindo os “domínios de competência”. Assim, o regulamento supracitado define como domínios de competências

comuns do enfermeiro especialista: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019b).

As competências específicas do enfermeiro especialista são aquelas que:

(...) decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e 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 (OE, 2019b, p.4745).

No âmbito da EMC: PSC, estas competências são definidas no Regulamento n.º 429/2018, publicado em Diário da República, e incluem: o cuidado à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; a dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; e a maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018b).

O Estágio Final constituiu-se como um momento privilegiado de operacionalização das competências supracitadas, sendo que, numa fase inicial deste processo formativo, foi desenvolvido um Projeto de Estágio, onde se planearam atividades coadunadas com as competências almejadas, podendo as mesmas ser consultadas no Apêndice VIII. A realização deste documento revelou-se de extrema importância pois possibilitou definir, a priori, as linhas orientadoras do percurso a desenvolver.

Além das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, este ciclo de estudos visa também a obtenção do grau de mestre em enfermagem, ao qual estão inerentes competências exclusivas. Segundo o Decreto-Lei n.º 74/2006, publicado em Diário da República:

O grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

- ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

2 - O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2006, p.11).

Fazendo uma transposição destes pressupostos para a Enfermagem, o pedido de acreditação do ciclo de estudos à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior pela UE refere que:

O Mestre em enfermagem:

1. Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (UE, 2015, p.26).

Tendo em consideração o disposto, e visto que as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista se cruzam intimamente com as competências de mestre, propomos uma análise integrada do seu desenvolvimento, procurando traduzir um processo evolutivo caracterizado pela maturação do julgamento clínico e tomada de decisão, pela intervenção na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde com recurso à investigação, à PBE e aos referenciais éticos e deontológicos da profissão, pela participação em processos de governação clínica, liderança e gestão dos cuidados, e pela contribuição para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

Se é certo que a reflexão incide sobre o processo desenvolvido no Estágio Final, apelando novamente à Teoria de Benner (1982), não podemos anular os contributos das experiências construídas ao longo dos anos de exercício profissional. Assim, consideramos que uma devida articulação entre os contributos profissionais e académicos resultem numa melhor exploração das competências almejadas.

3.1. Competências Comuns do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A Enfermagem é “uma disciplina do conhecimento que se materializa, no nível operatório, numa profissão” (Nunes, 2018, p.35). E falamos de uma profissão liberal, caracterizada “por um exercício baseado em qualificações profissionais relevantes na capacidade pessoal, responsável e profissionalmente independente (...) cujo modelo de regulação é de autorregulação, desde 21 de Abril de 1998, com a publicação do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros” (Nunes, 2018, p.17). Contudo, já em 1996 se dá um marco legislativo na instituição do modelo de autorregulação, com a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], através do Decreto-Lei n.º 161/96, criando-se então um instrumento jurídico que regulamenta a profissão, clarifica conceitos, caracteriza os cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los, e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais (OE, 2015). O REPE estabeleceu a autonomia da profissão, atributo essencial ao desempenho dos cuidados de enfermagem, por enquadrar as formas de atuação e o que os enfermeiros realizam, os seus contributos na enfermagem e na saúde, bem como a defesa dos interesses dos utentes (Nunes, 2016). “A autonomia reconhecida é o principal atributo de uma profissão que se autorregula, autodirige e autogoverna” (Nunes, 2016, p.16). Conceber a Enfermagem como profissão autorregulada é fundamental no desenvolvimento da responsabilidade profissional, pois daqui se depreende que a prática abrange a aprovação e implementação de regras e normas, o seu cumprimento e a punição das infrações (Nunes, 2016). A responsabilidade profissional “é também a que se exerce no compromisso assumido perante uma missão que nos é atribuída” (Nunes et al., 2005, p.67) e, enquanto enfermeiros, “assumimos a missão de cuidar daqueles que nos vieram a ser confiados” (Nunes et al., 2005, p.68). Visto que nos propomos a assumir uma prática especializada, torna-se ainda mais premente o aprofundamento do domínio da responsabilidade profissional, que abarca impreterivelmente a responsabilidade ética, deontológica e legal. Assim é citado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que define que este profissional:

- a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1);

b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2) (OE, 2019b, p.4745).

Estas competências cruzam-se com as competências de mestre em enfermagem:

3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;

7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (UE, 2015, p.26).

Na aquisição das competências supracitadas, a unidade curricular de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem deu contributos muito relevantes para a construção e solidificação dos conhecimentos teóricos, permitindo igualmente a identificação de recursos e de literatura relevante para o aprofundamento destes domínios. Contudo, consideramos que a transposição destes conhecimentos para a prática não se aplica exclusivamente ao desempenho no Estágio Final; uma vez assimilados, eles condicionam automaticamente a nossa conduta profissional, levando-nos a refletir, a questionar e a ajustar a nossa prática diária no nosso habitual contexto de trabalho.

Assim, quer no contexto de trabalho, quer no contexto do Estágio Final, a nossa intervenção desenvolveu-se com foco no respeito pela dignidade da PSC, ao qual se ligam impreterivelmente os conceitos de autonomia e individualidade, conforme veiculado pela Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina e pelo Código Deontológico do Enfermeiro (Assembleia da República, 2001; OE, 2015). A noção de autonomia aplicada ao doente crítico assume contornos muito particulares, que merecem uma reflexão mais aprofundada, remetendo-nos também para o conceito de consentimento informado. Segundo a OE:

(...) o consentimento informado decorre do respeito, promoção e protecção da autonomia da pessoa – está, assim, ligado à autodeterminação, à liberdade individual, à formação de uma vontade esclarecida e à escolha pessoal. Entende-se por autonomia a capacidade de auto reger-se, no princípio da liberdade (OE, 2006b, p.1).

A esta noção acresce-se o princípio de que “qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido” (Assembleia da República, 2001, p.3). Contudo, a PSC carece, muitas vezes, de capacidade para prestar o seu consentimento e expressar a sua vontade: a pessoa com alteração do estado de consciência, confusa, sedada, ventilada, entre outras condicionantes. Assim, assume-se que, para estas, qualquer intervenção só “poderá ser efetuada em seu benefício direto” (Assembleia da República, 2001, p.4).

O cuidado à PSC desenvolvido quer no contexto do Estágio Final, quer no contexto profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos [UCI], pauta-se, frequentemente, pelo recurso a um consentimento presumido, pois a pessoa alvo de cuidados pode não reunir condições para o expressar, podem não existir dados objetivos e seguros que evidenciem que a pessoa se oporia a tais intervenções, ou a sua obtenção pode implicar um adiamento de intervenções que colocam a vida da mesma em perigo (OE, 2006b). Daqui sobressai o dever de uma conduta em concordância com os princípios éticos da beneficência, não maleficência, justiça e vulnerabilidade (Nunes et al., 2005).

Consideramos ter desenvolvido uma prática baseada no respeito pelos direitos humanos, assegurando a igualdade, a confidencialidade, a segurança, a privacidade, o respeito pelas crenças e valores, e a autodeterminação da pessoa. Procuramos intervir ativamente nos processos de tomada de decisão em equipa e assegurar, sempre que possível, o envolvimento da pessoa e da família, fornecendo informação adequada e ajustada ao seu nível de compreensão, respeitando obviamente os limites da área de competência da enfermagem e das restantes profissões com as quais ela se articula. O percurso pautou-se pelo investimento numa análise regular do trabalho desenvolvido e numa prática sustentada em evidência científica de forma a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Assim, consumamos o desenvolvimento de um exercício profissional humanizado, que visa a dignificação da pessoa alvo de cuidados, mas também da profissão, em concordância com os diplomas legais, e as convenções e recomendações internacionais que lhe são aplicáveis.

3.2. Competências Comuns do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

- a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1);
- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2);
- c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3) (OE, 2019b, p.4745).

Numa perspetiva global, consideramos que estas competências se cruzam com todas as enunciadas para o grau de mestre em enfermagem, e procuraremos descrever o porquê.

Se partirmos da definição do REPE, onde se afirma que “Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano (...)” (OE, 2015, p.99), facilmente compreendemos que o foco desta definição se centra nos cuidados. Mas os cuidados não se resumem à sua materialização na prática clínica; eles requerem “mandatoriamente o ensino (para a preparação dos profissionais), a investigação (para a concretização das melhores práticas profissionais nos cuidados), [e] a formação (em termos de aprendizagem ao longo da vida e em contexto de trabalho)” (Nunes, 2018, pp.6-7). O REPE regulamenta ainda que “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem” (OE, 2015, p.103).

Tendo em consideração que ao longo deste ciclo de estudos foi possível aprofundar as competências inerentes às várias áreas funcionais do exercício profissional de enfermagem, consideramos que este desenvolvimento se coaduna com uma prática especializada que almeja, certamente, ir ao encontro dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados à PSC. Portanto, julgamos que a exposição realizada para cada domínio das restantes competências comuns e para cada competência específica se repercutem, inexoravelmente, nas do domínio da melhoria contínua da qualidade, pelo que se torna supérfluo a sua repetição nesta secção.

Apenas sublinhar que no desenvolvimento deste domínio de competências, o PIP teve um papel de destaque, podendo ser articulado com os seis enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Através das atividades e estratégias implementadas, julgamos ter contribuído para uma melhor organização dos cuidados de enfermagem à pessoa grande queimada admitida na Sala de Emergência do SUMC, fomentando uma resposta mais eficaz e eficiente por parte da equipa. Procuramos igualmente sensibilizar os enfermeiros para

a prevenção de complicações nesta população, através da identificação precoce de focos de instabilidade, da correta execução dos cuidados técnicos e da gestão de um protocolo terapêutico que é, por si, bastante complexo. Além disso, incitamos a preocupação pelo bem-estar e a satisfação da pessoa, promovendo uma adequada gestão da dor, o apoio emocional e o envolvimento familiar, visto que estas intervenções, quando implementadas na fase emergente, estão associadas à redução da ansiedade, depressão, stress pós-traumático e ideação suicida a longo-prazo (Carey et al., 2021). O protocolo desenvolvido almejava ainda uma referência adequada e atempada de grandes queimados para unidades especializadas, promovendo a continuidade dos cuidados prestados. É sabido que o tratamento realizado nestas unidades conduz a melhores resultados do que aquele realizado em unidades não especializadas (EBA, 2017). Sendo dotadas de infraestruturas, equipamentos e equipas multiprofissionais altamente diferenciadas, elas contribuem não só para o aumento da probabilidade de sobrevivência da pessoa, mas também para a sua qualidade de vida futura (Koyro et al., 2021). Assim, ao promover uma correta referência, acreditamos estar a contribuir para a promoção da saúde do grande queimado, para o seu bem-estar, auto-cuidado e readaptação funcional.

A capacidade de implementar um PIP em contexto de Estágio capacitou-nos e motivou-nos para o desenvolvimento de outros projetos no âmbito profissional. Neste sentido, já foi proposto ao enfermeiro-chefe do serviço onde desempenhamos funções, a elaboração de uma equipa de trabalho para a implementação de um projeto profissional destinado à identificação das necessidades das famílias, visando desenvolver estratégias que promovam a sua satisfação, apoio e envolvimento no cuidado. Consideramos que o contexto pandémico e a consequente restrição de visitas em contexto hospitalar vieram perturbar a filosofia de UCI de “portas abertas” que havíamos desenvolvido até então, sendo fulcral desenvolver novas estratégias adaptativas para contornar estes constrangimentos.

Durante o Estágio Final, partilhamos experiências com vários enfermeiros especialistas do SUMC e constatamos que eles assumem, efetivamente, um papel ativo no desenvolvimento de estratégias institucionais na área da governação clínica, em programas de melhoria contínua e na obtenção de um ambiente terapêutico e seguro. Verificamos, por exemplo, que estes profissionais participam na elaboração do Plano de Catástrofe Hospitalar e desenvolvem simulacros de treino para a equipa do SUMC; auditam o cumprimento dos protocolos institucionais das Vias Verdes e emitem relatórios sobre os mesmos; colaboram nos planos de manutenção de materiais e equipamentos; auditam as práticas de controlo de infeção,

estabelecendo-se como elos de ligação ao Grupo de Coordenação Local [GCL] do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA]; assumem a responsabilidade pela Formação em Serviço; e incitam, avaliam e divulgam a notificação de eventos adversos. Desta observação retiramos contributos muito significativos para a nossa futura prática especializada, reconhecendo o papel ativo e dinamizador do enfermeiro especialista na conquista da melhoria contínua da qualidade e na implementação de uma cultura de segurança do doente, que inclui certamente a prestação de cuidados, mas que engloba também um conjunto de funções paralelas que a complementam e lhe dão suporte.

3.3. Competências Comuns do Domínio da Gestão dos Cuidados

As competências do domínio da gestão dos cuidados, definem que o enfermeiro especialista:

- a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2) (OE, 2019b, p.4745).

Estas competências cruzam-se de forma mais íntima com as competências de mestre:

- 1. Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- 7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (UE, 2015, p.26).

A atual complexificação dos cuidados de saúde, associada ao desenvolvimento tecnológico, às novas ofertas de cuidados, e às novas necessidades de uma população progressivamente envelhecida e com multimorbilidades, geram um peso crescente nas despesas em saúde. Consequentemente, as funções de gestão adquirem um papel preponderante nas organizações do setor (Potra, 2015).

Segundo Amestoy et al. (2009), as instituições hospitalares passaram a ser visualizadas como empresas, aderindo a uma nova cultura organizacional mais flexível, baseada na negociação, na

redução dos custos, na qualidade total e no crescimento do seu capital humano. Neste sentido, a enfermagem é também influenciada, passando a ser exigido pelo mercado de trabalho, profissionais líderes, críticos, reflexivos, criativos e seguros na tomada de decisão.

No sentido de desenvolver as competências almejadas no domínio da gestão dos cuidados, foram realizados três turnos de observação, acompanhando as funções exercidas pelo enfermeiro-chefe do SUMC. Neste contexto, foi possível observar a realização dos horários dos enfermeiros e assistentes operacionais; a planificação da distribuição dos mesmos pelas diferentes áreas de prestação de cuidados, tendo em consideração a rotatividade e o nível de competência de cada elemento para assumir determinado posto; a gestão dos recursos materiais; a garantia de operacionalidade de infraestruturas e equipamentos; a resolução de problemas e a gestão de conflitos dentro e fora da equipa. Acompanhar este processo de gestão de cuidados foi bastante enriquecedor, permitindo-nos orientar a reflexão para a perspetiva de Yulk, (2010). Tal como definido pelo autor, o processo de gestão dos cuidados de enfermagem abrange não só a gestão do trabalho propriamente dito, mas também a gestão das relações nele inseridas. No que respeita à gestão do trabalho, inserem-se funções no âmbito do planeamento e organização dos cuidados, da resolução de problemas, da clarificação de papéis, da definição de objetivos, da informação, da monitorização, consulta e delegação (Yulk, 2010). No que respeita à gestão das relações, ela envolve as estratégias de apoio, o desenvolvimento das capacidades individuais e de equipa, a gestão de conflitos, a construção de espírito de equipa, a motivação, inspiração, reconhecimento e recompensação (Yulk, 2010).

A interiorização e consolidação do papel de líder assumido pelo enfermeiro especialista efetivou-se também através da observação do desempenho dos enfermeiros chefes-de-equipa do SUMC que, sendo enfermeiros especialistas, assumem-se como figuras de referência no seio das equipas que lideram. Estes enfermeiros, habitualmente, assumem uma posição de rotatividade pelos diferentes postos de trabalho, avaliando, supervisionando e gerindo o desempenho da equipa, e proporcionando-lhe assessoria. Verificamos que o seu “rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas” (OE, 2017c, p.13) é reconhecido pelos seus pares, na medida em que são frequentemente solicitados para colaborarem em processos de tomada de decisão mais complexos. Estes elementos, ao assumirem funções de gestão e liderança, não se afastam da prestação de cuidados; muito pelo contrário, eles articulam-se intimamente com a equipa, contribuindo para “a correta execução de cuidados técnicos de alta complexidade” e a “gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos” (OE, 2017c, p.13). Mas, se por um lado, o enfermeiro líder executa intervenções,

também tem o dever de saber delegar tarefas. A delegação presume “a transferência, para um indivíduo competente (...) para realizar uma determinada tarefa de Enfermagem, escolhida numa situação concreta, e por supervisão, provisão de orientação, avaliação e acompanhamento, pelo enfermeiro, do desempenho da tarefa delegada” (OE, 2007, p.1). Estas premissas foram efetivamente verificadas em contexto, possibilitando-nos refletir sobre o conteúdo que é delegado e como é delegado, não devendo a delegação destinar-se à transferência de “funções de apreciação, avaliação e juízo clínico de Enfermagem” (OE, 2007, p.3).

Ainda no domínio da gestão dos cuidados, e como já frisado no capítulo anterior, consideramos que a implementação do PIP possa ter gerado uma melhor organização dos cuidados prestados à pessoa grande queimada admitida na Sala de Emergência, contribuindo igualmente para a implementação de uma cultura de liderança compartilhada, incitando todos os enfermeiros – os de cuidados gerais e os especialistas – a assumir um papel ativo nos processos de tomada de decisão, através de práticas sustentadas em evidência.

3.4. Competências Comuns do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista:

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1);
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2) (OE, 2019b, p.4745).

Estas competências articulam-se de forma íntima com as competências de mestre:

- 2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (UE,2015, p.26).

O exercício profissional dos enfermeiros é centrado em relações interpessoais. Neste sentido, pode dizer-se que o enfermeiro possui “uma ferramenta singular que pode ter mais influência sobre o cliente do que qualquer medicamento ou terapia: ele mesmo” (Chernicharo et al., 2011, p.687). Assim sendo, é essencial que o enfermeiro desenvolva o seu autoconhecimento, esclareça os seus valores, explore os seus sentimentos, sentido de ética e de responsabilidade (Chernicharo et al., 2011). “Como ser, como se expressar, como se relacionar consigo mesmo, com o outro e com o mundo são questões que devem ser discutidas e refletidas entre todos os profissionais que buscam, através da enfermagem, aplicar os preceitos da humanização” (Chernicharo et al., 2011, p.688). Phaneuf (2005) acrescenta ainda que:

(...) a auto-reflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroação pelos outros permite-nos descobrir bastante bem quem nós somos, como somos e o que precisaríamos de fazer para melhor nos actualizarmos (p.177).

Ao longo de doze anos de exercício profissional, dos quais oito foram dedicados à prestação de cuidados à pessoa/família em situação crítica, reconhecemos que os processos que se vivenciam nestes contextos são particularmente intensos, exigentes e complexos. Lidamos com imprevisibilidade, más notícias, incapacidade, dependência, morte... E daqui surge a necessidade imprescindível de gerir o impacto emocional e a relação terapêutica com a pessoa/família (OE, 2017c). As unidades curriculares de EMC 1 e de Desenvolvimento Pessoal em Saúde Mental foram de particular relevância, pois possibilitaram o desenvolvimento de técnicas facilitadoras da relação terapêutica, da comunicação e da assertividade, que transpostas na prática clínica, possibilitaram um cuidado mais humanizado. Mas se voltarmos à ideia de que, o exercício profissional dos enfermeiros é centrado em relações interpessoais, há também que fazer referência às relações que se estabelecem no seio das organizações para que

o melhor cuidado possa ser prestado ao utente, nomeadamente a relação dos enfermeiros com outros elementos da equipa de saúde, dentro e fora do seu grupo profissional.

A realização de um diário de bordo é uma estratégia que temos vindo a utilizar ao longo da nossa vida profissional. Trata-se de uma espécie de compilação de memórias, de situações que nos marcaram, positiva ou negativamente, reunindo uma reflexão sobre as aprendizagens delas decorrentes. Esta estratégia foi aplicada também no Estágio Final e consideramos ter sido bastante útil para “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (OE, 2015, p.86). Uma das situações mais recorrentemente registadas estava associada à gestão de conflitos no posto de Triagem, decorrentes, maioritariamente, da insatisfação com o tempo de espera para o atendimento ou a não concordância com o grau de prioridade atribuído. Estas situações eram geradoras de stress e foram prontamente identificadas à enfermeira supervisora, que nos auxiliou a desenvolver algumas atitudes indispensáveis para a gestão de conflitos, nomeadamente, saber escutar, adotar um tom de voz neutro, ser imparcial, e utilizar uma linguagem verbal e não-verbal que demonstre disponibilidade, compreensão e empatia (Silva, 2020).

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista destaca-se pela sua praxis baseada em evidência científica, realizando o desenvolvimento autónomo das suas competências ao longo da vida, mas responsabilizando-se também pela promoção da aprendizagem dos seus pares em contexto de trabalho (OE, 2019b). Pela implementação do PIP procuramos ir ao encontro deste pressuposto, contribuindo para a capacitação e empoderamento da equipa do SUMC. Através da realização do artigo de revisão recorreu-se a evidência científica pertinente e atual para fundamentar os cuidados de enfermagem a dirigir à pessoa grande queimada admitida na Sala de Emergência. A unidade curricular de Investigação, bem como a participação em workshops de Escrita Científica e de Revisão Sistemática da Literatura (Anexos II e III) deram contributos para a elaboração de um artigo com rigor e qualidade metodológica, sendo almejada a sua publicação para divulgar os resultados obtidos.

Ainda no que respeita ao domínio da Investigação, é de referir que fruto da unidade curricular de EMC 3 resultou a elaboração de uma revisão sistemática da literatura intitulada: *Transfusão de Hemoderivados no Pré-Hospitalar: Salva Vidas?*, que apresentamos em comunicação oral no 2º Seminário de Enfermagem em Emergência Extra-Hospitalar, realizado em junho de 2021 (Anexo IV). O resumo da revisão foi submetido à Comissão Científica do referido seminário,

tendo sido aceite para publicação em livro de Atas/Resumos na Revista de Investigação & Inovação em Saúde (Anexo V).

Atendendo a que o enfermeiro especialista “atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos” (OE, 2019b, p.4749) e “agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática” (OE, 2019b, p.4747), consideramos que com o desenvolvimento do Protocolo de Abordagem ao Grande Queimado na Sala de Emergência, contribuímos efetivamente para a integração da melhor evidência na prática, através de uma metodologia de Investigação-Ação. A somar ao referido, através da realização de uma sessão de formação, que foi integrada no Plano de Formação em Serviço do SUMC, favorecemos “a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros” (OE, 2019b, p.4749) para a prestação de cuidados de qualidade e seguros ao grande queimado admitido no SUMC. Para o planeamento e realização desta sessão a transposição dos conhecimentos adquiridos na unidade curricular de Formação e Supervisão em Enfermagem demonstraram-se fundamentais.

Através da elaboração do presente Relatório pretendemos, igualmente, divulgar o conhecimento de suporte e processo investigativo inerente à conceção, implementação e avaliação do PIP, pelo que ele se constitui, per si, como um instrumento de desenvolvimento científico em Enfermagem, podendo influenciar outros profissionais, serviços e instituições na busca de uma PBE, promotora da qualidade e da segurança dos cuidados.

Do exposto, pretendemos tornar evidente a aquisição das competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, sendo certo que o aprofundamento das mesmas se avista como uma responsabilidade a assumir ao longo do nosso futuro exercício profissional, enquanto enfermeiros especialistas e mestres em enfermagem.

3.5. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica

Analisemos agora, individualmente, o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC: PSC, começando pela primeira:

a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018b, p.19363).

Esta competência cruza-se intimamente com as competências de mestre:

1. Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (UE, 2015, p.26).

Ao longo de oito anos dedicados à prestação de cuidados à pessoa/família em situação crítica, em contexto de serviço de urgência, medicina hiperbárica e cuidados intensivos, o percurso profissional proporcionou-nos múltiplas experiências que culminaram na capacidade de identificar e antecipar focos de instabilidade, executar cuidados técnicos de alta complexidade e diagnosticar precocemente as complicações deles decorrentes (OE, 2018b). Em termos técnicos, podemos dar alguns exemplos: os cuidados inerentes à colocação e manutenção de via aérea avançada; a interpretação de gasometrias arteriais e venosas; a oxigenoterapia de alto-fluxo; a gestão da ventilação mecânica invasiva e não invasiva; os cuidados inerentes ao doente em decúbito ventral; a monitorização hemodinâmica invasiva, com avaliação e interpretação de valores como a pressão venosa central, a variação da pressão de pulso, e a realização de ponto hemodinâmico através de cateter PiCCO; a gestão de drogas vasoativas; a avaliação da pressão intra-abdominal; a gestão da sedação, através da utilização de escalas específicas (como a Escala de Agitação-Sedação de Richmond) ou do índice bispectral; os cuidados inerentes à curarização; a avaliação da dor através de escalas validadas (como a Escala Numérica, a Escala de Faces ou a Escala Comportamental) e a sua gestão através de estratégias farmacológicas e não farmacológicas; a colaboração em exames complementares de diagnóstico, nomeadamente broncofibroscopias; os cuidados associados à punção lombar, à drenagem pleural, torácica e abdominal; a implementação e gestão de técnicas de terapia de substituição renal contínuas e plasmáferese; cuidados ao potencial dador de órgãos e tecidos; cuidados no transporte intra e

inter-hospitalar; entre outros. Reconhecemos que a unidade curricular de Fisiopatologia e Intervenção em Enfermagem Especializada muito contribuiu para reavivar conhecimentos sobre os processos fisiopatológicos inerentes à PSC. Já a unidade curricular de EMC 2, em articulação com a unidade curricular anterior, possibilitou a transposição destes conhecimentos para a prática profissional especializada, recorrendo à metodologia sistematizada do processo de Enfermagem.

Apesar de já termos frequentado cursos de suporte avançado de vida e de trauma no passado, através da unidade curricular de EMC 4 foi possível reciclar os conhecimentos e as habilidades neste âmbito, obtendo certificação internacionalmente reconhecida dos mesmos, que se encontram em Anexo VI e VII. No atual contexto de trabalho em UCI, a paragem cardiorrespiratória, ao contrário do que se possa pensar, é um evento relativamente infrequente, o que se pode justificar pelo elevado nível de monitorização que possibilita a antecipação do agravamento clínico da pessoa. Contudo, no contexto do Estágio Final, e particularmente na Sala de Emergência, estas situações ocorrem com maior regularidade, tendo sido efetivamente vivenciadas, possibilitando a aplicação das competências adquiridas. A estabilização inicial da vítima de trauma *major* foi também uma aprendizagem aprofundada no decurso do Estágio Final, dando a oportunidade de desenvolver competências num âmbito do cuidado que, habitualmente, está fora do nosso domínio de intervenção no contexto de trabalho diário.

No decurso do Estágio Final surgiu a oportunidade de participar no 22º Congresso do Núcleo de Estudos de Doença Vascular Cerebral da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (Anexo VIII), que permitiu conhecer as orientações emanadas pelas mais recentes *guidelines* internacionais e refletir sobre a adequação do protocolo de Via Verde de AVC da unidade hospitalar, que se encontra em conformidade com as mesmas. Em posterior discussão com a enfermeira especialista responsável pela auditoria da Via Verde de AVC, tivemos conhecimento de que a unidade hospitalar aderiu ao projeto da *Angels Initiative*, implementando processos de avaliação contínua dos procedimentos e dos *timings* para assegurar cuidados de elevada qualidade.

Se a PSC experiencia processos fisiopatológicos que exigem uma resposta técnica precisa, sistematizada e em tempo útil, é importante reconhecer que estes processos são também acompanhados por ameaças ao seu bem-estar psicossocial, emocional e espiritual, gerando respostas de ansiedade, frustração, tristeza, impotência e medo, que são igualmente extensíveis à sua família e pessoas significativas. Decorrente do dever deontológico do enfermeiro de “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e

numa comunidade” (OE, 2015, p.86), podemos afirmar, então, que o cuidado humanizado tem obrigatoriamente um caráter holístico (Riveros, 2020). Assim, no decurso do Estágio Final, estas premissas foram tidas em consideração; sempre que possível e desejado, a família foi envolvida no cuidado, foi prestada informação adequada e ajustada ao seu nível de compreensão, e foram exploradas algumas técnicas de comunicação no sentido de facilitar a relação terapêutica, como por exemplo o protocolo SPIKES (Buckman, 2005) ou os pressupostos da entrevista de suporte psicológico e de ajuda em situação de crise propostos por Phaneuf (2005).

Como já referido, o SUMC dispõe de várias áreas de prestação de cuidados e no decurso do Estágio Final, procuramos integrar todos os postos para obter o maior leque de experiências possível. Quando assumimos funções, por exemplo, na Área de Decisão Clínica, fomos confrontados com a necessidade constante de gerir prioridades e tempo, sem nos desviarmos do nosso propósito. Neste posto, os utentes que recorrem ao serviço de urgência misturam-se com os utentes internados a aguardar vagas nos respetivos serviços; e cada utente tem inerente um nível de gravidade específico, do qual decorrem necessidades distintas de avaliação, monitorização e terapêutica. Trata-se, portanto, de um ambiente altamente imprevisível, onde tivemos a oportunidade de treinar o nosso olhar clínico, permitindo-nos identificar a pessoa que efetivamente se encontra em deterioração de funções vitais, ativar os recursos existentes na instituição, em articulação com outros grupos profissionais, garantindo que ela é devidamente orientada para uma área com recursos que melhor deem resposta às suas necessidades. Assumir as funções de enfermeiro triador, ainda que de forma supervisionada, constituiu-se também como um grande desafio, tendo sido inaugural no percurso profissional. Orientando a reflexão para a PSC que recorre ao serviço de urgência, podemos dizer que a intervenção do enfermeiro especialista neste âmbito, condicionado pela sua experiência, sólido conhecimento, intuição, capacidade de comunicação e de tomada de decisão sobre processos complexos, facilitam a orientação adequada da pessoa, evitando fenómenos de *undertriage*, ou seja, utentes que poderiam beneficiar de um atendimento mais célere e diferenciado, mas que não foram identificados como prioritários (Amaral, 2017).

Ainda relacionado com as competências em análise, consideramos pertinente fazer referência ao PIP. O cuidado à pessoa grande queimada foi uma temática que nos propusemos a desenvolver, ainda que ela se encontrasse bastante fora da nossa área de conforto; e na realidade, este facto condicionou uma maior motivação pela exploração de um novo domínio de intervenção. Do artigo produzido, constatamos que o grande queimado admitido na Sala de Emergência se constitui efetivamente como uma PSC, com risco iminente de falência de

múltiplos sistemas. A literatura analisada permite-nos verificar que as intervenções dos enfermeiros são orientadas para a adoção de protocolos terapêuticos complexos que assegurem as funções compatíveis com a vida; contudo, e apesar de receberem menos destaque na fase emergente, o apoio emocional, a comunicação e a promoção do envolvimento familiar são também evidenciados como fatores que condicionam os *outcomes* a longo-prazo, contribuindo para a redução da ansiedade, depressão, stress pós-traumático e ideação suicida em estadios posteriores do cuidado (Carey et al., 2021). Destes achados, e tendo em conta o que até aqui já foi exposto sobre a humanização do cuidado, consideramos pertinente reforçar a ideia da importância de se estender o holismo dos cuidados de enfermagem também às Salas de Emergência, incentivando futuros trabalhos de investigação.

O cuidado ao grande queimado na Sala de Emergência pode culminar com a identificação de critérios de referenciação que justifiquem a sua transferência para uma Unidade de Queimados. Por um lado, há a necessidade de facultar um nível assistencial superior, por outro, tratando-se de um doente crítico, é inegável a existência de riscos envolvidos (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Decorrente da transferência inter-hospitalar, o grande queimado é um doente vulnerável à experiência de perda de continuidade de cuidados, o que certamente se constitui como uma ameaça à sua segurança. Tendo esta preocupação latente e dando resposta às diretivas da DGS, procuramos incitar a transição de cuidados através de uma comunicação eficaz na transferência, normalizada através da técnica ISBAR (DGS, 2017b). Através desta mnemónica, pretendemos fomentar uma comunicação uniformizada, eficaz, precisa e atempada entre as equipas prestadoras de cuidados, “contribuindo para a redução da ocorrência de erros e evitando lacunas na transmissão da informação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado” (DGS, 2017b, p.5).

Perante o exposto, atendendo ao percurso profissional e ao enriquecimento proveniente do percurso académico, na sua vertente teórica e prática, consideramos ter consumado o desenvolvimento das competências supracitadas.

Atendendo à segunda competência do enfermeiro especialista em EMC: PSC:

- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação (OE, 2018b, p.19363).

Consideramos que esta competência de cruza com as competências de mestre em enfermagem:

1. Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (UE, 2015, p.26).

Perante a competência específica b), apraz-nos começar por esclarecer terminologias. A Emergência resulta de uma situação em que o indivíduo sofre uma agressão, por qualquer fator, que lhe origina uma perda brusca e violenta de saúde, afetando-lhe (real ou potencialmente) algum órgão vital, que se não for devidamente assistido, constitui grave risco à sua vida (OE, 2017c). A catástrofe, por sua vez, está associada a um acontecimento súbito, quase sempre imprevisível, onde um acidente grave ou uma série de acidentes graves, de origem natural ou tecnológica, resultam em potencial prejuízo material, vítimas, afetação das condições de vida e do tecido socioeconómico (INEM, 2012). A situação de exceção carece de enquadramento legislativo, contudo, o INEM (2012) define-a, no contexto de prestação de cuidados de emergência, como um acontecimento “em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis” (p.12).

Nos dias que correm, vivemos com a permanente possibilidade de ocorrência de catástrofes naturais, epidemias, acidentes tecnológicos, nucleares, radiológicos, biológicos ou químicos (INEM, 2012). Esta exposição permanente ao risco implica que:

(...) diversas entidades realizem, periodicamente, uma análise da sua situação, tendo em consideração a envolvente interna e externa, em constante mutação, planeando, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência a dar em qualquer um dos cenários acima referidos, ou a outro, que, pela sua

natureza ou extensão, implique, momentânea ou permanentemente, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes (INEM, 2012, p.11).

A unidade curricular de EMC 3 contribuiu largamente para um aprofundamento do papel do enfermeiro especialista em EMC: PSC enquanto agente ativo nas diferentes fases de planeamento de situações de exceção e catástrofe; não só através da prestação de cuidados holísticos às vítimas e suas famílias, mas também enquanto coordenador, agente de informação, promotor do suporte emocional e psicológico, capaz de triar e priorizar as necessidades de cuidados (Al Thobaity et al., 2016).

No decurso do Estágio Final tivemos a oportunidade de ter uma sessão com uma enfermeira especialista do SUMC que integra a Comissão de Catástrofe da instituição hospitalar, que nos apresentou, de forma pormenorizada, os critérios de ativação e operacionalização do Plano de Catástrofe Externa e Interna, onde se configura uma estrutura de comando bem estabelecida e a organização dos recursos humanos e materiais. Tivemos conhecimento de que o último simulacro hospitalar foi realizado em 2018, não se tendo voltado a repetir nenhum exercício desta natureza devido ao contexto pandémico. Procurando estratégias para melhor assimilar a intervenção do enfermeiro em situações de catástrofe, propusemo-nos a participar num exercício simulado, envolvendo um cenário de emergência multi-vítimas, desenvolvido pelo INEM; contudo, a evolução da pandemia durante o mês de novembro originou o cancelamento do mesmo, pelo que, alternativamente, investimos na leitura de alguns documentos como o Manual de Situações de Exceção desenvolvido pelo INEM (2012), que nos permitiu reavivar algumas definições e conceitos básicos, relembrar os pressupostos da triagem primária e secundária, e desenvolver uma visão mais ampla sobre a coordenação técnica e operacional dos recursos existentes.

A realização de um estágio observacional num Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro constituiu-se também como um momento privilegiado de aprendizagem, possibilitando o reconhecimento da resposta às situações de exceção e catástrofe numa vertente multidisciplinar e plurisectorial, onde o Estado, as autarquias locais, os cidadãos e as entidades públicas e privadas também participam, com a finalidade de prevenir riscos coletivos, de atenuar os seus efeitos, proteger e socorrer as pessoas e bens em perigo, e apoiar na reposição da normalidade da vida das pessoas em áreas afetadas (INEM, 2012). Ao longo deste estágio observacional, participamos em várias atividades, nomeadamente, reuniões de Comissão Municipal de Proteção Civil, Subcomissão Municipal Permanente para a COVID-19,

briefings diários do Serviço e do Plano Distrital de Proteção Civil (Anexo IX); nestas reuniões verificamos que os aspetos relacionados com o contexto pandémico assumiam, efetivamente, uma posição de destaque na discussão, embora também se percorressem tópicos relacionados com os acidentes ocorridos e meios envolvidos, incêndios e queimadas, previsão meteorológica e suas implicações, legislação relevante, entre outros. Verificamos ainda que este Centro de Proteção Civil desenvolve atividades relevantes de resposta à pandemia: realiza campanhas de testagem massiva em escolas, lares e outros setores sociais; participou no planeamento e instalação de um novo Centro de Vacinação; e tem um gabinete de apoio à Saúde Pública, onde os profissionais contactam telefonicamente os casos positivos, preenchem os inquéritos epidemiológicos e contribuem para a literacia dos cidadãos neste domínio. Como nos foi veiculado na unidade curricular de Políticas e Modelos de Saúde, os ganhos em saúde das populações dependem de forma indissociável das determinantes em saúde, que incluem fatores de ordem social, económica, política, ambiental, genética e comportamental (OMS, 2017). Efetivamente, este estágio observacional permitiu conceber a saúde numa ótica de intersectorialidade, verificando-se que ela é também integrada nas iniciativas políticas de outras áreas.

Ainda no que respeita a esta competência, não podemos deixar de fazer referência ao percurso profissional ao longo das diferentes fases do contexto pandémico. É certo que a COVID-19 desafiou em larga escala os profissionais, serviços e instituições que integramos. Sendo que desempenhamos funções numa UCI, verificamos a necessidade de integrar rapidamente elementos capazes de dar resposta às necessidades do doente crítico com manifestação grave da doença, adequar os recursos humanos e materiais, adquirir novos conhecimentos sobre a patologia e sobre as medidas de controlo de infeção a ela associadas, integrar estes conhecimentos na prática e reajustá-la. Enquanto enfermeiros em processo de formação procuramos ser agentes dinâmicos nestas readaptações, procurando estar atualizados em relação às novas evidências e à legislação em vigor, disseminando estes conhecimentos no seio da equipa. Durante o mês de janeiro de 2021, com a instalação daquela que ficou conhecida como terceira vaga da COVID-19 em Portugal, a UCI que integramos atingiu o limite da sua lotação com doentes deste tipo, pelo que surgiu a necessidade de ajustar a Unidade de Cirurgia de Ambulatório para receber doentes críticos, de nível II e III, acometidos com outras patologias. Neste contexto, foi-nos atribuída a responsabilidade de integrar e liderar uma equipa composta por enfermeiros do serviço destinatário, que, obviamente, tinham limitações e constrangimentos no cuidado ao doente crítico. Esta experiência, tendo-se revelado

extremamente exigente, constitui-se também como uma grande oportunidade de desenvolvimento de competências, como a liderança, a organização dos cuidados, a supervisão, o apoio à gestão do serviço, o apoio e a assessoria da equipa, entre outros. Do percurso profissional desenvolvido em contexto pandémico, fomos convidados a apresentar uma comunicação oral submetida ao tema: “Integrar e capacitar enfermeiros na UCI COVID durante a fase de pandemia”, que integraram as Jornadas “Refletir na pandemia, Perspetivar o Futuro”, realizadas em maio de 2021 (Anexo X).

Por fim, e tendo em consideração que o enfermeiro especialista em EMC: PSC tem a responsabilidade de diagnosticar precocemente indícios de prática de crime e encaminhar as mesmas para as entidades competentes (OE, 2018b), durante o Estágio Final tivemos a oportunidade de presenciar a admissão de uma idosa, vítima de violência familiar. Com equimoses extensas, em vários estadios de absorção, os dados recolhidos da avaliação física não eram coincidentes com o mecanismo de lesão por ela reportado. Através de várias entrevistas exploratórias, compreendemos que estávamos perante uma vítima de violência física, exercida de forma repetida por um dos elementos do agregado familiar. A situação foi notificada pela equipa de enfermagem à Assistente Social, pelo que solicitamos uma reunião informal com a mesma, para compreender como é que estes processos são abordados e que seguimento lhes é conferido. Compreendemos a necessidade de exposição do caso às entidades judiciais competentes, nomeadamente o Ministério Público que avalia a situação e toma decisões, articulando-se com outras entidades e associações para dar resposta ao caso, como é o exemplo da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Desta reunião, tivemos conhecimento da criação de uma Comissão de Proteção da Violência no Adulto a nível hospitalar, mas que ainda não se encontra em atividade. Verificamos ainda que o SUMC dispõe de um protocolo de atuação para situações de abuso sexual no adulto, existindo um *kit* específico constituído por terapêutica de profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis e de contraceção de emergência para mulheres em idade fértil.

Do exposto, consideramos ter desenvolvido atividades relevantes que nos capacitaram para a atuação em situações de emergência, exceção e catástrofe, garantindo respostas mais sistematizadas e eficientes. De igual forma, sensibilizamo-nos para a importância do diagnóstico precoce de vítimas de crime e do adequado encaminhamento das mesmas.

Por fim, remetemo-nos para a última competência específica do enfermeiro especialista em EMC: PSC:

c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018b, p.19364).

Esta competência é cruzada com as competências de mestre em enfermagem:

1. Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (UE, 2015, p.26).

Atendendo às competências citadas, é relevante referir que a unidade curricular de EMC 5 deu contributos muito significativos neste domínio, possibilitando a aquisição de conhecimentos específicos sobre: a prevenção e controlo de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde [IACS], devidamente enquadradas no PPCIRA; a identificação e prevenção de situações de risco acrescido de infeção no contexto de cuidados à PSC; a separação e o tratamento de resíduos hospitalares; o papel dos serviços de esterilização; e a conceção de planos de prevenção e controlo de infeção.

O doente crítico tem risco acrescido de adquirir IACS, não só pelos processos complexos de doença que lhe são inerentes, mas também pela exposição a múltiplos dispositivos invasivos de monitorização, diagnóstico e terapêutica, sendo certo que as IACS se repercutem em aumento da morbilidade, mortalidade, tempo de internamento e custos associados (Spencer, 1994). Assim, o papel do enfermeiro especialista deve ser fundamentado por evidência científica relevante que apoie práticas seguras, no âmbito da prevenção e controlo de infeção. Procurando cumprir com este pressuposto, procedemos à revisão de múltiplos documentos de referência, nomeadamente as recomendações de higienização das mãos (OMS, 2009), as precauções básicas de controlo da infeção (DGS, 2013) e as precauções baseadas na via de transmissão

(Siegel et al., 2019). Revimos também os feixes de intervenção emitidos pela DGS, nomeadamente os destinados à prevenção de infeções do local cirúrgico (DGS, 2015b), do cateter venoso central (DGS, 2015c), do trato urinário associada a cateter vesical (DGS, 2017c) e da pneumonia associada à intubação (DGS, 2017d). Acrescentamos ainda a norma de prevenção e controlo de colonização e infeção por *Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina* (DGS, 2015d), as recomendações do PPCIRA para a prevenção da transmissão de enterobactérias resistentes aos carbapenemos (DGS, 2017e), e a norma de diagnóstico precoce da infeção por *Clostridium difficile* (DGS, 2015e).

No Estágio Final, para além da compreensão de toda a dinâmica orgânica e funcional inerente ao diagnóstico, prevenção e controlo da infeção associada à COVID-19, tivemos também a oportunidade de explorar outros tópicos de relevo, como os planos de limpeza e desinfeção do SUMC e os protocolos de articulação com o Serviço de Esterilização. Também relevante, foi a colaboração nas auditorias da higiene das mãos, permitindo-nos refletir juntamente com a enfermeira que é elo de ligação com o GCL-PPCIRA, sobre a efetividade do programa instituído.

Reconhecendo a importância do GCL-PPCIRA na prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos na comunidade hospitalar, foi realizado um turno de observação neste contexto, que contribuiu para um aprofundamento das competências neste domínio. Os grupos de coordenação local e regional do PPCIRA foram criados através do Despacho n.º 15423/2013, sendo determinada a obrigatoriedade da existência de grupos locais em todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde e de grupos regionais nomeados por cada Administração Regional de Saúde. Acresce-se que os enfermeiros são elementos obrigatórios na composição destes grupos, que se integram num contexto multidisciplinar. As funções desempenhadas quer pelo GCL quer pelo grupo de coordenação regional seguem as orientações do respetivo despacho e são regidos pelos objetivos do PPCIRA, visando a redução das taxas de IACS, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos.

Acompanhando uma das enfermeiras que integra o GCL-PPCIRA da unidade hospitalar verificamos que os aspetos referentes à pandemia monopolizam muitas das suas funções: a identificação de casos positivos, a articulação com a Unidade de Saúde Pública, a articulação com os vários serviços hospitalares no estabelecimento de estratégias, circuitos, normas e rastreios, entre outras. Contudo, foi possível verificar um vasto leque de intervenções noutras áreas. Diariamente, este serviço articula-se com o laboratório hospitalar para auferir a deteção de microrganismos alerta ou microrganismos problema em amostras culturais, entrando,

posteriormente, em contacto com o serviço de onde proveio a amostra para que se agilizem medidas de controlo de infeção. Os microrganismos alerta e microrganismos problema identificados em contexto hospitalar são devidamente registados numa base de dados específica, sendo igualmente emitido um alerta no processo do doente, através do sistema de informação em saúde S-Clinic®. Verificamos o processamento de informação referente às auditorias implementadas na unidade hospitalar, nomeadamente as destinadas às precauções básicas do controlo de infeção e à higiene das mãos, sendo que o uso de luvas ainda não é auditado nesta instituição. Conforme preconizado pelo PPCIRA, o GCL contribui para a vigilância epidemiológica da infeção nosocomial da corrente sanguínea, notificando os casos identificados na plataforma *online* destinada para esse efeito. Os profissionais do GCL, em articulação com os diretores clínicos, os enfermeiros-chefes e os elos de ligação de cada serviço, atuam ainda no sentido de “promover e corrigir práticas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente no que se refere à higiene das mãos, ao uso de equipamento de proteção individual e de controlo ambiental, sobretudo a higienização de superfícies frequentemente manuseadas” (Ministério da Saúde, 2013), mas também promovem e corrigem as práticas de uso de antibióticos, tendo o poder de anular o seu uso “em situações em que não estão indicados ou utilizados por tempo superior ao necessário” (MS, 2013, p.34564). Em suma, o GCL PPCIRA constitui-se como uma estrutura relevante de suporte, vigilância, supervisão e orientação da prática clínica, e este estágio observacional possibilitou-nos refletir sobre a importância de se estabelecer uma adequada articulação entre os vários serviços e o referido grupo. Pelas competências que detém no âmbito do controlo e prevenção de infeção e de resistência a antimicrobianos, o enfermeiro especialista em EMC: PSC encontra-se numa posição de destaque para nutrir esta articulação, da qual advém inevitavelmente cuidados de melhor qualidade e mais seguros.

No processo de aquisição das competências em análise, podemos ainda fazer referência ao PIP. Como vimos, a pessoa grande queimada experiencia processos de imunossupressão, potenciando o risco de desenvolvimento de infeção e sépsis. Assim, e conforme defendido no artigo produzido, as medidas de controlo de infeção são preponderantes e transversais no cuidado ao grande queimado (Carey et al., 2021; Costa et al., 2020; Hoffmann et al., 2020; McCague, 2018; Souza et al., 2019; Strauss & Gillespie, 2018; Xu et al., 2021). A ABA (2018) faz referência à imprescindibilidade da utilização de equipamento de proteção individual, a fim de proteger a pessoa do risco de infeção cruzada e reduzir o risco de exposição dos profissionais à contaminação. Em vários estudos verificou-se ainda a implementação de medidas

farmacológicas de controlo de infeção, nomeadamente a administração de antibioterapia e a administração de vacina anti-tetânica. (Hoffmann et al., 2020; McCague, 2018; Souza et al., 2019; Xu et al., 2021). As medidas de controlo de infeção estão também presentes no tratamento das feridas e na realização de pensos, sendo preconizada uma técnica estritamente asséptica (Souza et al., 2019). Neste sentido, a implementação do Projeto, ainda que não dedicado exclusivamente a este tópico, possibilitou a sensibilização da equipa para a importância das medidas de controlo da infeção nesta população.

Pelo descrito, consideramos que as atividades realizadas contribuíram, de forma eficaz, para o desenvolvimento das competências em análise.

CONCLUSÃO

O presente Relatório reflete o percurso ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em EMC: PSC, onde se articulam os contributos provenientes das várias unidades curriculares precedentes. A possibilidade de transpor os conhecimentos teóricos para a prática, de forma orientada, supervisionada e sistematizada, conferiu valor a este processo, promovendo uma sólida apropriação das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem. Neste sentido, o Estágio Final constitui-se como uma etapa de intensa aprendizagem e reflexão, tornando o trajeto notavelmente mais rico e gratificante, o que justifica o enfoque recebido ao longo deste documento.

A apreciação do SUMC no que respeita à sua organização estrutural e funcional, a caracterização da equipa de enfermagem que nele intervém e a análise dos cuidados produzidos, possibilitou um melhor entendimento do contexto clínico onde se desenvolveu o Estágio Final e o PIP, facilitando o processo de integração e adaptação, e promovendo uma melhor adequação das atividades a desenvolver em função do meio e das pessoas envolvidas.

O PIP desenvolveu-se com os alicerces da Metodologia do Projeto, em articulação com o Modelo de Mudança para a PBE. Partindo da identificação da necessidade de fomentar o conhecimento da equipa no que concerne às intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa grande queimada admitida na Sala de Emergência e uniformizar estas práticas, foi realizada uma revisão *scoping*, que serviu de sustentação para a elaboração de um protocolo clínico. Este protocolo foi validado pelos representantes do serviço, nomeadamente o enfermeiro-chefe, o enfermeiro supervisor e o diretor clínico, sendo divulgada a proposta à equipa através de uma sessão de formação em serviço. Ressaltamos que a implementação deste documento carece da aprovação por parte do Conselho de Administração do Centro Hospitalar, pelo que será pertinente, numa fase posterior, avaliar as mudanças que se registaram na prática, podendo ser utilizadas as grelhas de observação desenvolvidas para o efeito, através de processos de auditoria interna. Consideramos, portanto, ter dado contributos para o aprofundamento teórico dos conhecimentos da equipa, utilizando a melhor e a mais recente evidência disponível, promovendo igualmente a transposição dos conhecimentos para a prática com o objetivo de melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados dirigidos ao grande queimado.

O processo de aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em EMC: PSC e mestre em enfermagem foi descrito, analisado e refletido, em articulação com a atual evidência científica e os referenciais da profissão. Esta análise crítico-reflexiva possibilitou uma sólida apropriação das competências almeçadas, contribuindo, portanto, para

um aprofundamento do nível de julgamento clínico e tomada de decisão, para a promoção da melhoria dos cuidados de saúde através da investigação e da PBE, e para a governação clínica, liderança, supervisão e gestão dos cuidados. Neste sentido, pretendemos transpor as competências aqui desenvolvidas para a nossa realidade, incorporando-as no nosso contexto de prática clínica, cientes que os processos de análise e reflexão serão constantes doravante, de forma a contribuir eficazmente para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

Tendo em consideração o descrito, consideramos ter dado resposta aos objetivos delineados para este Relatório de Estágio, sendo que a sua apresentação e discussão em provas públicas encerrou um percurso formativo de profundos ganhos pessoais e profissionais.

BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Urgencias_final.pdf?fbclid=IwAR2SKxDf0p9NL_7nn1JCLkyNHohG_cm9FGGy5hGIGIKs2j0PLRU0EAmnG9I

Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*. <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>

Administração Central do Sistema de Saúde. (2022). *Monitorização Mensal de Hospitais - Produção e Rácios de Eficiência - Urgências; Mês: Dezembro 2020; Região: ARS Algarve; Instituição: Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE*. https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard

Al Thobaity, A., Plummer, V., & Williams, B. (2016). What are the most common domains of the core competencies of disaster nursing? A scoping review. *International Emergency Nursing*, 31. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.10.003>

Amaral, P. M. F. (2017). *Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam - Dissertação de Mestrado*. In *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=46543&codigo=973

American Burn Association. (2017). *Burn Center Referral Criteria*. American Burn Association. <https://ameriburn.org/public-resources/burn-center-referral-criteria/>

American Burn Association. (2018). *Advanced Burn Life Support Course*. American Burn Association. <http://ameriburn.org/wp-content/uploads/2019/08/2018-abls-providermanual.pdf>

American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

Amestoy, S. C., Cestari, M. E., Thofehrn, M. B., Backes, V. M. S., Milbrath, V. M., & Trindade, L. de L. (2009). As percepções dos enfermeiros acerca da liderança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(4). <https://doi.org/10.1590/s1983-14472009000400006>

Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

<https://www.esenfc.pt/pt/download/3868/dXeLMhjdjCvHFwDpAvDd>

Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. *JBI*.

<https://doi.org/10.46658/jbimes-20-01>

Assembleia da República. (2001). Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina.

Diário Da República n.º 2/2001, Série I-A de 2001-01-03.

https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protocao_dh_biomedicina.pdf

Assembleia da República. (2019). Lei n.º 95/2019: Lei de Bases da Saúde. *Diário Da República, 1.ª Série, N.º 169 de 4 de Setembro de 2019.*

<https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

Benner, P. (1982). From Novice to Expert. *American Journal of Nursing*, 82(3).

<https://www.medicalcenter.virginia.edu/therapy-services/3-Benner-Novice-to-Expert-1.pdf>

Berchet, C. (2015). Emergency care services: trends, drivers and interventions to manage

demand. *OECD Health Working Papers*, 83. [https://www.oecd-](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5jrts344crns-en.pdf?expires=1648750182&id=id&accname=guest&checksum=DB57D127225ED24479BC3D6D7BCE7FF5)

[library.org/docserver/5jrts344crns-](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5jrts344crns-en.pdf?expires=1648750182&id=id&accname=guest&checksum=DB57D127225ED24479BC3D6D7BCE7FF5)

[en.pdf?expires=1648750182&id=id&accname=guest&checksum=DB57D127225ED24479BC3D](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5jrts344crns-en.pdf?expires=1648750182&id=id&accname=guest&checksum=DB57D127225ED24479BC3D6D7BCE7FF5)

[6D7BCE7FF5](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5jrts344crns-en.pdf?expires=1648750182&id=id&accname=guest&checksum=DB57D127225ED24479BC3D6D7BCE7FF5)

Bijani, M., & Mohammadi, F. (2021). Ethical challenges of caring for burn patients: a qualitative study. *BMC Medical Ethics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00582-x>

BMJ. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372: n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Brandão, H. P. (2007). Competências no trabalho: uma análise da produção científica brasileira. *Estudos de Psicologia*, 12(2).
<https://www.scielo.br/j/epsic/a/M6mKhjCcWBQZ9jKZhx4jzN/?format=pdf&lang=pt>

Buckman, R. A. (2005). Breaking bad news: the SPIKES strategy. *Community Oncology*, 2.
http://www.icmteaching.com/ethics/breaking_bad_news/spikes/files/spikes-copy.pdf

Burmester, H. (2017). Liderança compartilhada nas organizações de saúde. *Revista de Administração Em Saúde*, 17, n.º 68. <https://doi.org/10.23973/ras.68.42>

Carey, M. G., Valcin, E. K., Lent, D., & White, M. (2021). Nursing Care for the Initial Resuscitation of Burn Patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 33(3).
<https://doi.org/10.1016/j.cnc.2021.05.004>

Chaudhry, B., Wang, J., Shinyi, W., Maglione, M., Mojica, W., Roth, E., Morton, S. C., & Shekelle, P. G. (2006). Systematic Review : Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care. *Annals of Internal Medicine*, 144.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-10-200605160-00125>

Chernicharo, I. de M., Silva, F. D. da, & Ferreira, M. de A. (2011). Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 15(4).
<https://doi.org/10.1590/s1414-81452011000400005>

Chipp, E., Walton, J., Gorman, D. F., & Moiemmen, N. S. (2008). A 1 year study of burn injuries in a British Emergency Department. *Burns*, 34. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2007.07.006>

Costa, I. B., Aiquoc, K. M., Nascimento, J. C. P., Rocha, R. R. A., Dantas, R. A. N., & Dantas, D. V. (2020). Assistência de enfermagem a queimados em hospital do nordeste brasileiro: estudo seccional. *Enfermagem Brasil*, 19. <https://doi.org/10.33233/eb.v19i4.4199>

Costa, J. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. *Instituto Politécnico de Viseu*.
[https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/560/1/Métodos de prestação de cuidados.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/560/1/Métodos%20de%20prestação%20de%20cuidados.pdf)

Cunha, A. P., Ferreira, J. J. M., & Rodrigues, M. A. (2010). Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem. *Referência, III Série*. <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/31-007.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 029/2012, atualizada a 31/10/2013- Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*.
<http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Norma n.º 020/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015c). *Norma n.º 022/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015d). *Norma n.º 018/2014, atualizada a 27/04/2015: Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015e). *Norma n.º 19/2014, atualizada a 24/03/2015: Diagnóstico da Infecção por Clostridium difficile nos Hospitais, Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados e na Comunidade*.
<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i018596.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Norma n.º 022/2012, atualizada a 13/07/2017: Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222012-de-26122012-png.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Norma n.º 019/2015 atualizada a 30/05/2017: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023711.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017d). *Norma n.º 021/2015, atualizada a 30/05/2017: “Feixe de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017e). *Prevenção da transmissão de enterobactérias resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos*. <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-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Norma n.º 002/2018: Sistemas de Triagem dos Serviços Urgência e Referência Interna Imediata*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediate.pdf>

Duas Siglas. (2013). *Manual do Curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores*. https://www.2siglas.com/ficheiros/area_reservada_formandos/manual-do-curso-de-fpif_c1314.pdf

Durand, T. (2000). L'alchimie de la compétence. *Revue Francaise de Gestion*, 32(160).

<https://doi.org/10.3166/rfg.160.261-292>

European Burns Association. (2017). European Practice Guidelines for Burn Care.

<http://euroburn.org/wp-content/uploads/2014/09/EBA-Guidelines-Version-4-2017-1.pdf>

Fernandes, A. M. M. L., & Queirós, P. J. P. (2011). Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn4/serIIIIn4a04.pdf>

Fleury, M. T. L., & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea*.

<https://www.scielo.br/j/rac/a/C5TyphygpYbyWmdqKJCTMkN/?format=pdf&lang=pt>

Grupo Português de Triagem. (2013). *Cor branca na triagem*.

<https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/Documentac%C7A7a%CC%83o-MTS-Crite%CC%81rios-Cor-Branca.pdf>

Hettiaratchy, S., & Papini, R. (2004). Initial management of a major burn: I—overview. *BMJ*, 328. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7455.1555>

Heymann, T. (1994). Clinical Protocols Are Key to Quality Health Care Delivery. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 7(7). <https://doi.org/10.1108/09526869410074702>

Hoffmann, S., Parikh, P., & Bohnenberger, K. (2020). Dermal Hydrofluoric Acid Toxicity Case Review: Looks Can Be Deceiving. *Journal of Emergency Nursing*, 47(1).

<https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.08.005>

Imperatori, E., & Giraldes, M. do R. G. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Obras Avulsas.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de Exceção - Manual TAS* (1ª ed.).

<http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência

Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>

Instituto Nacional de Estatística. (2022a). *Atendimentos em serviço de urgência nos hospitais por localização geográfica; Período de referência dos dados: 2013-2020*.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008108&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística. (2022b). *Plataforma de Divulgação dos Censos 2021:*

Resultados Provisórios. https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html

International Council of Nurses. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de*

Enfermagem 2019; ICNP Browser: Portuguese. [https://www.icn.ch/what-we-](https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser)

[do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser](https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser)

Jeschke, M. G., van Baar, M. E., Choudhry, M. A., Chung, K. K., Gibran, N. S., & Logsetty, S.

(2020). Burn injury. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1). <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0145-5>

Koyro, K. I., Bingoel, A. S., Bucher, F., & Vogt, P. M. (2021). Burn Guidelines — An International

Comparison. *European Burn Journal*, 2. <https://www.mdpi.com/2673-1991/2/3/10/pdf>

Larrabee, J. H. (2009). *Nurse to Nurse - Evidenced-Based Practice*.

<https://doi.org/10.1036/0071493727>

Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem

especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. *INESC-TEC*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf

Martins, E., Campos, P., & Costa, M. J. (2007). *Manual do Formando: Formação Inicial de Formadores* (ISLA & EduWeb).

https://elearning.iefp.pt/pluginfile.php/49226/mod_resource/content/0/ManualFormandoFIF.pdf

McCague, Y. (2018). Ocular Chemical Burns Secondary to Accidental Administration of e-Cigarette Liquid. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 40(2).

<https://doi.org/10.1097/TME.000000000000183>

Merriman, L. M., & Dale, J. (2005). Clinical Protocols. In *Clinical Skills in Treating the Foot*. Elsevier.

Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Decreto-Lei n.º 74 / 2006. *Diário da República n.º 60 /2006 , Série I-A de 2006-03-24*, 1–57. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-75326440>

Ministério da Saúde. (2013). Despacho n.º 15423/2013 - Criação dos grupos de Coordenação Regional e Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. *Diário da República, 2.ª Série — N.º 229 — 26 de Novembro de 2013*.

<https://dre.pt/application/conteudo/2965166>

Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014. *Diário da República, 2ª série - N.º 153 – 11 de agosto de 2014*. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Ministério da Saúde. (2017). Despacho n.º 9496/2017. *Diário da República, 2.ª série — N.º 208 — 27 de outubro de 2017*. <https://dre.pt/home/-/dre/114109523/details/maximized>

Ministério da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026. *Diário da República, 2.ª Série — n.º 187 de 24/09/ 2021*.

<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Nunes, L. (2016). Regulação profissional: atos profissionais em debate. *Enfermagem Em Foco*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19423/1/artigo-opiniao_revista-enfermagem_em_foco_2016.pdf

Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem* (2ª ed.). Lusodidacta.

Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na Investigação de Enfermagem* IPS ESS Departamento de Enfermagem https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos_eticos_investigacao_Enf_jun_2020.pdf

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2006a). *Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2006b). *Enunciado de Posição n.º 02/07: Consentimento Informado*. <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Delegação: Tomada de Posição* https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Parecer Conjunto nº 01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Atribuição de Responsável de Turno.*

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce_mceemc_01-2017_atribuicaoresponsavelturno_.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Parecer n.º 61/2017 do Conselho de Enfermagem: Atribuição de Tempo para a Passagem de Turno.*

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_AtribuicaoTempoPassagemTurno.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017c). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica.* [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)

[2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2017d). *Parecer n.º10/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência.*

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Parecer nº 14/2018 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Alocação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Sala de Reanimação - Posto de Trabalho nos Serviços de Urgência/Emergência (pp. 1–3).* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-nº-14_2018_rectificado.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento n.º 429/2018 : Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República*, 2.ª Série — N.º 135 — 16 de Julho de 2018. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário Da República, 2.ª Série - N.º 184 - 25 de Setembro de 2019*. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In *Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2009). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>

Organização Mundial de Saúde. (2017). *Determinants of health*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>

Organização Mundial de Saúde. (2018). *Burns*. https://www.who.int/violence_injury_prevention/burns/en/

Organização Mundial de Saúde. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. In *World Health Organization*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

Paniagua, M. B., & Gutiérrez, R. M. (2020). Cuidado urgente del paciente con quemaduras por inhalación: una revisión bibliográfica. *Nure Investigation, 17*(106). <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1879>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.

Podsiadło, P., Kosiński, S., Darocha, T., Derkowski, T., Krajewski, A., & Gałązkowski, R. (2019). Severe Post-Traumatic Hypothermia in a Burned Patient. *Journal of Emergency Nursing*, 45(1). <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.06.002>

Potra, T. M. F. dos S. (2015). Gestão de Cuidados de Enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem - Programa de Doutoramento em Enfermagem. In *Repositório da Universidade de Lisboa*. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20608/1/ulsd071644_td_Teresa_Potra.pdf

Quintela, H. (2010). ALERT® Benefícios de Implementação. https://www.alert-online.com/sites/default/files/ckeditor/content/ROIEvora_PT.pdf

Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. da S., & Tronchin, D. M. R. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV-*. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>

Riveros, C. C. (2020). La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(1). <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146>

Rosswurm, M. A., & Larrabee, J. H. (1999). Model for Change to Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 31. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x>

Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, n.º15 (Janeiro-Março). http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Sackett, D., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine : what it is and what it isn't. *BMJ*, 312. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/pdf/bmj00524-0009.pdf>

Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Relatório Grupo Trabalho - Serviços de Urgências*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urgências.pdf>

Serviço Nacional de Saúde. (2021a). Plano de Atividades e Orçamento: Triénio 2021-2023. *Centro Hospitalar Universitário do Algarve*. <http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2021/10/PAO-2021-2023.pdf>

Serviço Nacional de Saúde. (2021b). Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde: 2020. *Centro Hospitalar Universitário do Algarve*. <http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2021/06/Relatorio-Anual-sobre-o-Acesso-a-Cuidados-de-Saude.pdf>

Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., & and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2019). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. *Centers for Disease Control and Prevention*. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf>

Silva, P. S. (2020). Cenas simuladas : uma experimentação pedagógica para pensar o gerenciamento de conflitos nos cuidados de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0025>

Souza, F., Santos, N., Valle, N., & Souza, I. (2019). Abordagem de Enfermagem ao Paciente Vítima De Queimaduras: uma Revisão Integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 27(2). https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190704_103523.pdf

Spencer, R. C. (1994). Epidemiology of infection in ICUs. *Intensive Care Medicine*, 20. <https://doi.org/10.1007/BF01713975>

Stiles, K. (2018a). Emergency management of burns: part 2. *Emergency Nurse*, 26. <https://doi.org/10.7748/en.2018.e1815>

Stiles, K. (2018b). Emergency management of burns: part 1. *Emergency Nurse*, 26. <https://doi.org/10.7748/en.2018.e1623>

Strauss, S., & Gillespie, G. (2018). Initial Assessment and Management of Burn Patients. *American Nurse Today*, 13(6). <https://www.myamericannurse.com/wp-content/uploads/2018/06/ant6-Burns-524.pdf>

Subrata, S. A. (2020). A concept analysis of burn care in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(1). <https://doi.org/10.1111/scs.12847>

Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde* (2ª Ed.). Ministério da Saúde.

Tehrani-neshat, B., Rakhshan, M., Torabizadeh, C., Fararouei, M., & Gillespie, M. (2021). The dignity of burn patients: a qualitative descriptive study of nurses, family caregivers, and patients. *BMC Nursing*, 20:205. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00725-w>

Universidade de Évora. (2015). *NCE/14/01772 — Apresentação do pedido corrigido - Novo ciclo de estudos*. <http://gdoc.uevora.pt/384829>

Xu, B., Weng, Y., & Bai, S. (2021). Comprehensive treatment, including topical care, for severe facial burn. *WCET Journal*, 41(1). <https://doi.org/10.33235/wcet.41.1.16-20>

Yulk, G. (2010). *Leadership in Organizations*. (7ª Ed.) . Prentice Hall.

Anexo I - Comprovativo de aprovação do Projeto de Intervenção Profissional pelo Centro de Formação, Investigação e Conhecimento da unidade hospitalar.

Aprovação do Projeto de Investigação “Intervenções do enfermeiro à pessoa grande queimada na sala de emergência”



Unidade de Apoio Investigação - [REDACTED]
ter, 30/11/2021 08:07

Para: Você

Cc: [REDACTED]

Exma. Investigadora,

Venho por este meio comunicar a aprovação do projeto "Intervenções do enfermeiro à pessoa grande queimada na sala de emergência".

Deverá enviar uma cópia referente ao trabalho de investigação apresentado, assim como, todas as publicações e apresentações realizadas no âmbito deste trabalho de investigação.

Qualquer questão não hesite em contactar a Responsável da Unidade de Apoio à Investigação - Unidade de [REDACTED], Dra. [REDACTED]

Com os melhores cumprimentos,

[REDACTED]

Secretariado

Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

[REDACTED]

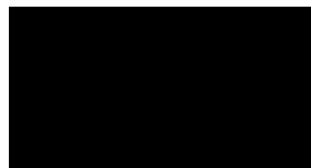


REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



PENSE ANTES DE IMPRIMIR

Anexo II - Certificado de participação no Workshop: Escrita Científica.

V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

25 a 27 de outubro de 2021
Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz

E SE NÃO HOUVESSE
ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM
ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA?

CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Rita Cabral Gonçalves Martins** com o documento de identificação n.º 13326888 participou no **Workshop de Escrita Científica**, no âmbito do **V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não Houverse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?**, no dia **25 de Outubro de 2021**, online, num total de **2 horas**.

Figueira da Foz, 27 de Outubro de 2021

Pela Comissão Científica



LILIANA MOTA

Presidente do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde Norte da CVP

Pela Comissão Organizadora



ÂNDREA FIGUEIREDO

Presidente da Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (AEEEMC)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Pólo A | Avenida Bissaya Barreto 3000-075 Coimbra | NIF 502 070 420
Tel: +351 926 882 860 | Email: geral.aeeemc@gmail.com | www.aeeemc.com



Anexo III - Certificado de participação no Workshop: Revisão Sistemática da Literatura.

V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

25 a 27 de outubro de 2021
Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz

E SE NÃO HOUVESSE
ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM
ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA?

CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Rita Cabral Gonçalves Martins** com o documento de identificação n.º 13326888 participou no **Workshop de Revisão Sistemática da Literatura**, no âmbito do **V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?**, no dia **25 de Outubro de 2021, online**, num total de **2 horas**.

Figueira da Foz, 27 de Outubro de 2021

Pela Comissão Científica



LILIANA MOTA

Presidente do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde Norte da CVP

Pela Comissão Organizadora



ÂNDREA FIGUEIREDO

Presidente da Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (AEEEMC)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Pólo A | Avenida Bissaya Barreto 3000-075 Coimbra | NIF 502 070 420
Tel: +351 926 882 860 | Email: geral.aeeemc@gmail.com | www.aeeemc.com



Anexo IV - Certificado de apresentação de comunicação oral livre:
Transfusão de Hemoderivados no Pré-Hospitalar. Salva Vidas?, no 2º
Seminário de Enfermagem em Emergência Extra-Hospitalar.

CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Rita Martins**, apresentou a comunicação oral livre **“Transfusão de Hemoderivados no Pré-hospitalar Salva Vidas?”**, da autoria de Ana Rita Martins, Ana Sofia Correia, Bárbara Lourenço, Eunice Martins, Ricardo Nunes e Mariana Pereira, no **2º Seminário de Enfermagem em Emergência Extra-Hospitalar**, que decorreu no dia 18 de junho de 2021.

Coimbra, 18 de junho de 2021

PELA COMISSÃO ORGANIZADORA

Assinado por: **ÁNDREA MARINA GASPAR FIGUEIREDO**
Num. de Identificação: B1122601815

ÁNDREA FIGUEIREDO
PRESIDENTE DA DIREÇÃO DA AEEEMC

PELA COMISSÃO CIENTÍFICA

Assinado por: **LILIANA ANDREIA NEVES DA MOTA**
Num. de Identificação: B1121477754

LILIANA MOTA
PRESIDENTE DO CONSELHO TÉCNICO-CIENTÍFICO DA ESSNorteCVP
EDITORA CHEFE DA REVISTA RIIS



Anexo V - Comprovativo de aceitação de Resumo pela Comissão Científica do 2º Seminário de Enfermagem em Emergência Extra-Hospitalar, para publicação em livro de Atas/Resumos na Revista de Investigação & Inovação em Saúde.

Comunicação de aceitação de Resumo e informações para apresentação – 2º SEEEH



AEEMC AEEEMC [REDACTED]

sex, 04/06/2021 11:41

Para: Você

Exmo/ Sr./a Enfermeiro/a,

Ana Rita

A Comissão Científica do 2º SEEEH informa que o seu resumo submetido a comunicação oral intitulado "Transfusão de hemoderivados no pré-hospitalar salva vidas?" **foi aceite.**

Relembramos algumas informações importantes:

A sua comunicação está numerada (003) e será essa a ordem da sua apresentação.

As comunicações livres decorrerão na manhã do dia **18/06/2021** entre as **11:15 e as 12:15 horas**. A apresentação da comunicação oral deverá ser enviada para o mail [REDACTED] **em formato powerpoint, até às 23h59min do dia 12/06/2021.**

A comunicação livre deverá ter no máximo **10 min.** para apresentação, havendo lugar posteriormente à colocação de questões pelos participantes do evento e/ou moderador(es) da mesa. A comunicação oral deve ser apresentada apenas, pelo autor indicado como "apresentador" no formulário de apresentação.

Na véspera do evento irá receber um link para poder aceder à sala de comunicações orais, **este link é pessoal e não deve ser de forma nenhuma cedido a terceiros, mesmo que autores da comunicação. O apresentador da comunicação oral tem de estar obrigatoriamente inscrito no evento. Caso esta condição não se verifique, não poderá efetuar a apresentação.**

A avaliação da comunicação oral será realizada pela Comissão Científica, através do resumo agora aceite e pela apresentação efetuada no dia do evento, que selecionará qual a comunicação oral que receberá o "Prémio de Melhor Comunicação Oral". Este anúncio será efetuado na sessão de encerramento do 2º SEEH.

Relembramos que todos os resumos aceites serão publicados em livro de Atas/Resumos na Revista RIIS, em edição a anunciar posteriormente.

Gratos pela sua participação, aguardamos pela sua presença,

Com os melhores cumprimentos,

Pela Comissão Organizadora,

██████████

AEEEMC

--

AEEEMC

Telemóvel: ██████████

Site: <https://www.aeeemc.com/>

Facebook: [@aeeemc](#)

Twitter: [@aeeemc1](#)

YouTube: [AEEEMC](#)



Anexo VI - Certificado do Curso: Advanced Cardiovascular Life Support.

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT

**ACLS
Provider**



Ana Rita Cabral Gonçalves Martins

**has successfully completed the cognitive and skills evaluations
in accordance with the curriculum of the American Heart Association
Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Program.**

Issue Date

30/05/2021

Training Center Name

Blue Ocean Medical, Lda. TC

Training Center ID

ZL50578

Training Center City, Country

Lisboa, Portugal

Training Site Name

Blue Ocean Medical, Lda. TS

Renew By

31/05/2023

eCard Code

qxtee98335sfouygmogflyxcj

QR Code



To view or verify authenticity, students and employers should scan this QR code with their mobile device or go to
<https://certificates.iaerdal.com/es/certificates>

© 2020 American Heart Association. All rights reserved. 20-2882 4/20

Anexo VII - Certificado do Curso: International Trauma Life Support.



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Ana Rita Cabral Gonçalves Martins, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date
5/9/2021

course site
Escola Superior de Enfermagem de Évora, Évora, INTL
(International)

course director
Dr. Ana Ferreira, MD MD

course coordinator
Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).
Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 260, Dallas, Texas 75234 - 972.247.4442 - jacott@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS00208)

Anexo VIII - Certificado de participação no 22º Congresso do Núcleo de Estudos da Doença Vasculiar Cerebral da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

22^o

CONGRESSO NÚCLEO DE ESTUDOS
DOENÇA VASCULAR CEREBRAL
SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA

CERTIFICADO

Certifica-se que

Ana Rita Cabral Gonçalves Martins

Participou no **22^o Congresso do Núcleo de Estudos da
Doença Vascular Cerebral da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna,**
que se realizou em formato híbrido
no Hotel Crowne Plaza no Porto, nos dias 25, 26 e 27 de novembro de 2021.

Coordenadora do NEDVC/SPMI



Dra. Luísa Fonseca



Anexo IX - Certificado de participação em Estágio Observacional no Serviço Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro.



DECLARAÇÃO

██████████ Coordenador Municipal de Proteção Civil de ██████████ declara para os devidos efeitos que a Enfermeira **Ana Rita Cabral Gonçalves Martins**, realizou estágio de observação no Serviço Municipal de Proteção Civil de ██████████, sob minha orientação, nas seguintes datas:

- Dias 02 e 03 de dezembro de 2021;
- Dia 07 de dezembro de 2021;

Participando nas seguintes atividades:

- Reunião ordinária da Comissão Municipal da Proteção Civil de ██████████;
- Reunião ordinária da Subcomissão Municipal Permanente para a COVID-19;
- Briefing Diário do Serviço Municipal de Proteção Civil de ██████████;
- Briefing Distrital no Âmbito da ativação do Plano Distrital de Proteção Civil;
- Participação no processo de planeamento e instalação do Centro Municipal de vacinação de ██████████

██████████, 07 de dezembro de 2021

O Coordenador Municipal de Proteção Civil,

██████████
COORDENADOR MUNICIPAL
PROTEÇÃO CIVIL
██████████

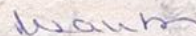
Anexo X - Certificado de apresentação da comunicação: *Integrar e capacitar enfermeiros na UCI COVID durante a fase de pandemia*, nas Jornadas: “Refletir na Pandemia: Perspetivar o Futuro”.

JORNADAS

Enfermagem: Refletir na pandemia, Perspetivar o futuro

Certificado

Certifica-se que a Sr.ª Enfermeira *Ana Rita Cabral Gonçalves Martins* participou, na qualidade de **oradora**, com a comunicação **Integrar e capacitar enfermeiros na UCI COVID durante a fase de pandemia**, que decorreu no dia 13 de maio de 2021, das 11h00min às 12h30min, integrada na mesa **A realidade numa Unidade de Cuidados Intensivos** das **Jornadas "Refletir na Pandemia: perspetivar o futuro"**, comemorativas do Dia Internacional do Enfermeiro, que tiveram lugar no Centro Hospitalar Universitário do Algarve.



Mariana Santos
Enfermeira Diretora



Apêndice I - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, e Questionário.

Informação aos Participantes:

Eu, Ana Rita Cabral Gonçalves Martins, aluna do V Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, encontro-me a realizar o Estágio Final no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico da Unidade Hospitalar de [REDACTED], pertencente ao Centro Hospitalar [REDACTED].

No âmbito do presente Estágio, encontro-me a desenvolver um Projeto de Intervenção Profissional com o tema: Intervenções do Enfermeiro à Pessoa Grande Queimada na Sala de Emergência, sob supervisão da enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica [REDACTED] e a orientação do docente Adriano Pedro.

No sentido de obter uma caracterização sociodemográfica dos enfermeiros deste serviço, bem como a sua opinião em relação à pertinência do referido projeto, venho solicitar a sua colaboração através do preenchimento deste documento, que se divide em duas secções:

Secção 1 – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Secção 2 – Questionário destinado aos enfermeiros do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico.

São previstos 5 minutos para o seu preenchimento.

A participação neste estudo é voluntária. Pode recusar participar ou desistir em qualquer momento, sem justificação, não acarretando qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento. Os dados obtidos serão tratados em anonimato e confidencialidade. Qualquer esclarecimento, pode contactar-me através do endereço eletrónico: [REDACTED] ou através do número de telemóvel: [REDACTED].

SECÇÃO 1 - CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, enfermeiro/a do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me garantida a possibilidade de recusar participar neste estudo ou desistir em qualquer momento, sem justificação, não acarretando qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento. Neste sentido, aceito participar no questionário de forma voluntária e autorizo a utilização dos dados, única e exclusivamente, para os efeitos desta investigação, de acordo com as garantias de confidencialidade e anonimato que me são asseguradas pelo investigador.

- Sim
- Não

SECÇÃO 2 – QUESTIONÁRIO

2.1. Caracterização sociodemográfica

1. Género:

Masculino

Feminino

2. Idade:

20-30 anos

31 a 40 anos

41 a 50 anos

51 anos ou mais

3. Anos de experiência profissional:

0-3 anos

4-10 anos

11-20 anos

21 anos ou mais

4. Anos de experiência profissional no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico:

0-3 anos

4-10 anos

11-20 anos

21 anos ou mais

5. Habilitações Académicas:

Licenciatura

Pós-graduação

Especialização

Mestrado

Doutoramento

6. Se tem especialidade, em que área?

- Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
- Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica
- Sem especialidade

2.2. Pertinência do Projeto de Intervenção Profissional

1. Enquanto enfermeiro do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, quando é que abordou um grande queimado pela última vez?
 - Há menos de seis meses
 - Entre seis meses e um ano
 - Há mais de um ano
 - Nunca abordei um grande queimado

2. Sente-se seguro e confiante na prestação de cuidados ao grande queimado?
 - Concordo totalmente
 - Concordo
 - Discordo
 - Discordo totalmente

3. Considera pertinente o desenvolvimento de estratégias que promovam a segurança e a qualidade dos cuidados prestados à pessoa grande queimada admitida na Sala de Emergência?
 - Muito pertinente
 - Pertinente
 - Pouco Pertinente
 - Nada Pertinente

4. Considera pertinente a realização de formação sobre as intervenções do enfermeiro perante a pessoa grande queimada admitida na Sala de Emergência?
 - Muito pertinente
 - Pertinente
 - Pouco Pertinente
 - Nada Pertinente

5. Considera pertinente a elaboração de um documento orientador e uniformizador da abordagem à pessoa grande queimada admitida na Sala de Emergência?

Muito pertinente

Pertinente

Pouco Pertinente

Nada Pertinente

Apêndice II – Proposta de Projeto de Intervenção Profissional submetida ao Centro de Formação, Investigação e Conhecimento da Unidade Hospitalar.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Mestrado em Enfermagem em Associação

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Unidade Curricular: Estágio Final

Proposta de Projeto de Intervenção Profissional

Intervenções do Enfermeiro à Pessoa Grande Queimada na Sala de Emergência

Docente Orientador:

Professor Doutor Adriano Pedro

Enfermeira Supervisora:

Enfermeira Especialista [REDACTED]

Discente:

Ana Rita Cabral Gonçalves Martins, m48010

[REDACTED], outubro 2021

V Mestrado em Enfermagem em Associação
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Unidade Curricular: Estágio Final

PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Intervenções do Enfermeiro à Pessoa Grande Queimada na Sala de Emergência

Docente Orientador:

Professor Doutor Adriano Pedro

Enfermeira Supervisora:

Enfermeira Especialista [REDACTED]

Discente:

Ana Rita Cabral Gonçalves Martins, m48010

[REDACTED], outubro 2021

RESUMO

A pessoa grande queimada constitui-se como um enorme desafio para as equipas de saúde que a abordam, particularmente, pela complexidade dos processos fisiológicos que lhe são inerentes. As queimaduras graves podem comprometer funções vitais e culminar em falência multiorgânica, pelo que o grande queimado exige uma abordagem multidisciplinar, onde os enfermeiros desenvolvem um papel ativo, assegurando elevados padrões de vigilância, monitorização e terapêutica.

No Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico da Unidade Hospitalar de [REDACTED], pertencente ao Centro Hospitalar [REDACTED], a pessoa grande queimada não tem uma elevada casuística, quando comparada com outras situações que também levam à ativação da Sala de Emergência. Esta realidade condiciona um desenvolvimento subótimo das competências dos enfermeiros para intervir neste contexto; acrescido a este facto, soma-se a inexistência de um documento institucional que oriente e uniformize a prática.

Com o intuito de dar resposta a esta problemática, surge a presente Proposta de Projeto de Intervenção Profissional, desenvolvida no âmbito do Estágio Final do Mestrado em Enfermagem Associação, na área de especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica. A operacionalização deste trabalho prevê-se de acordo com a metodologia do projeto e salvaguarda as questões ético-legais inerentes à investigação, visando o desenvolvimento de atividades e estratégias que promovam a segurança e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa grande queimada na Sala de Emergência.

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

█ – █

E. P. E. – Entidade Pública Empresarial

et al. – e outros

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

INDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	CXLVI
1. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	2
2. OBJETIVOS	4
3. METODOLOGIA.....	5
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	8
BIBLIOGRAFIA	9
APÊNDICES	10

INDICE DE TABELAS

Tabela 1- Cronograma do Projeto de Intervenção Profissional.....	6
---	---

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice 1 - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido e Questionário destinado aos Enfermeiros do SUMC.....	10
--	-----------

INTRODUÇÃO

O presente Projeto de Intervenção Profissional desenvolve-se no âmbito da Unidade Curricular: Estágio Final, parte integrante do plano de estudos do V Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, lecionado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, no ano letivo 2021/2022.

O Estágio Final decorre no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) da Unidade Hospitalar de [REDACTED], pertencente ao Centro Hospitalar [REDACTED] ([REDACTED]), no período compreendido entre 13 de setembro de 2021 e 28 de janeiro de 2022, sob a supervisão da enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica [REDACTED] e a orientação do docente Professor Doutor Adriano Pedro. Nesta etapa do processo formativo, propõe-se ao estudante desenhar, planejar, implementar e avaliar um Projeto de Intervenção devidamente ajustado à realidade onde o Estágio decorre, em coerência com aquelas que são as competências, comuns e específicas, do enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem.

O presente Projeto tem como tema central as Intervenções do Enfermeiro à Pessoa Grande Queimada na Sala de Emergência e desenvolver-se-á de acordo com a metodologia do projeto. Estruturalmente, este documento é constituído por quatro capítulos, nomeadamente, a Fundamentação do Projeto de Intervenção Profissional, os seus Objetivos, a Metodologia utilizada e as Considerações Éticas a serem salvaguardadas. Acresce-se a Bibliografia, cuja elaboração, citação e referenciação segue as regras da sétima edição da *American Psychological Association*.

1. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

A identificação da problemática em análise originou-se a partir de uma entrevista com o enfermeiro-chefe do SUMC, enfermeiro especialista [REDACTED], e com a enfermeira supervisora de estágio, enfermeira especialista [REDACTED], no sentido de se identificarem áreas passíveis de transformação e melhoria. A intervenção do enfermeiro à pessoa grande queimada na Sala de Emergência foi, efetivamente, uma problemática reconhecida por estes intervenientes: primeiramente porque, não tendo o grande queimado uma elevada casuística no SUMC, as competências dos enfermeiros para intervir perante o mesmo estão subdesenvolvidas e, em segundo lugar, verifica-se a inexistência de um documento institucional que oriente e uniformize esta prática.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as queimaduras são um problema global de saúde pública, estando associadas a elevadas taxas de morbilidade e mortalidade, hospitalização prolongada, desfiguração e incapacidade, conduzindo, frequentemente, ao estigma e rejeição social (World Health Organization, 2018).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2019), define queimadura como uma ferida traumática em que ocorre:

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, stress, com risco de choque e com risco de vida, necrose dos tecidos, infeção da ferida, contraturas, escara hipotrófica com rigidez por espessamento em que o cliente fica profundamente desfigurado (...).

As queimaduras vão, portanto, muito para além da destruição parcial ou total da pele, envolvendo processos fisiológicos complexos que podem culminar em falência multiorgânica (Direção-Geral da Saúde, 2017). A pessoa gravemente queimada exige, assim, cuidados altamente especializados, baseados em evidência, que visem a redução da morbilidade, da mortalidade e das sequelas a longo prazo, permitindo ao indivíduo obter uma melhor qualidade de vida, com integração social, profissional e familiar (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

Ao longo das últimas décadas, estudos demonstram que o tratamento de pessoas queimadas realizado em centros dedicados (unidades de queimados) conduz a melhores resultados do que o realizado em centros não especializados (European Burns Association, 2017). Em Portugal, a norma da Direção-Geral de Saúde: Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto (2017), define claramente os critérios de referenciação para um centro de queimados, existindo, atualmente, no país cinco centros para o efeito: o Centro Hospitalar de São João, E. P. E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., o Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E. P. E., o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E., e o Hospital da Prelada (Ministério da Saúde, 2017). O Hospital de São José, pertencente ao Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. é o hospital de referência com unidade de queimados mais próximo do [REDACTED], distando do mesmo cerca de 300 quilómetros. Este distanciamento geográfico impõe que a referenciação esteja sempre associada a um transporte inter-hospitalar, mais ou menos moroso, em função do meio disponível. Transferir e transportar uma pessoa gravemente queimada, pressupõe que a mesma tenha sido adequadamente avaliada, reanimada e estabilizada à priori, seja em ambiente pré-hospitalar, seja nos serviços de urgência, pelo que as equipas destes contextos devem estar devidamente preparadas neste sentido.

Sendo um dos objetivos do Plano Estratégico de Enfermagem do [REDACTED] 2021/2022 o “Garantir Práticas Seguras” ([REDACTED], 2021), o desenvolvimento deste Projeto de Intervenção Profissional parece ter pertinência no contexto institucional e ser uma mais-valia para o serviço, em particular.

2. OBJETIVOS

Para o presente Projeto definiu-se como objetivo geral:

- Promover a segurança e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa grande queimada na Sala de Emergência do SUMC.

Como objetivos específicos definiram-se os seguintes:

- Realizar sessões de formação sobre as intervenções do enfermeiro à pessoa grande queimada na Sala de Emergência, destinada aos enfermeiros do SUMC;
- Uniformizar os procedimentos na abordagem à pessoa grande queimada na Sala de Emergência do SUMC;
- Criar um protocolo de atuação sobre a abordagem à pessoa grande queimada na Sala de Emergência do SUMC.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho desenvolver-se-á de acordo com a metodologia do projeto que, segundo Ruivo et al. (2010), envolve cinco etapas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação, e divulgação dos resultados. A metodologia do projeto centra-se “num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” (Ruivo et al., 2010), promovendo uma prática fundamentada e baseada em evidência, com o intuito de se obterem melhorias na qualidade dos cuidados prestados (Ruivo et al., 2010).

No sentido de se atingirem os objetivos já definidos, planeiam-se algumas atividades, das quais se destacam:

- Aplicação de um questionário aos enfermeiros do SUMC, de forma a obter-se uma caracterização sociodemográfica desta população-alvo e a sua opinião em relação à pertinência do presente Projeto (Apêndice 1);
- Revisão de bibliografia atual e pertinente relacionada com a temática em estudo, com recurso à elaboração de um artigo de revisão;
- Realização de sessões de formação, destinadas aos enfermeiros do SUMC, sobre a abordagem à pessoa grande queimada na Sala de Emergência;
- Elaboração de uma proposta de protocolo de atuação perante a pessoa grande queimada na Sala de Emergência do SUMC;
- Reunião com o enfermeiro-chefe do SUMC, com a enfermeira supervisora de estágio e com o diretor do Serviço de Medicina Intensiva 2 para validar e reformular o protocolo desenvolvido;
- Divulgação da proposta de protocolo de atuação à equipa de enfermagem do SUMC;
- Submissão da proposta de protocolo de atuação ao Conselho de Administração do [REDACTED], para aprovação.

Na Tabela 1 pode ser consultado o Cronograma desenvolvido para este Projeto de Intervenção Profissional.

Tabela 1 – Cronograma do Projeto de Intervenção Profissional.

Tempo Atividades	Ano	2021								2022					
	Mês	Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Janeiro		Fevereiro		Março	
	Quinzena	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
Entrevista com o enfermeiro-chefe do SUMC;															
Entrevista com a enfermeira supervisora de estágio;															
Definição da problemática e das necessidades;															
Revisão bibliográfica;															
Definição do objetivo geral;															
Definição dos objetivos específicos;															
Elaboração da Proposta de Projeto de Intervenção Profissional a submeter ao Centro de Formação, Investigação e Conhecimento do [REDACTED];															
Elaboração do questionário destinado aos enfermeiros do SUMC;															
Aplicação do questionário aos enfermeiros do SUMC;															
Tratamento dos dados obtidos através dos questionários;															
Realização de análise SWOT;															
Realização de uma revisão integrativa da literatura sobre o tema em estudo;															
Planeamento das sessões de formação;															
Divulgação das sessões de formação;															

Realização das sessões de formação;															
Elaboração de proposta de protocolo de atuação;															
Reunião com o enfermeiro chefe do SUMC, a enfermeira supervisora de estágio e o Diretor do Serviço de Medicina Intensiva 2 para validar e reformular a proposta de protocolo de atuação desenvolvido;															
Apresentação da proposta de protocolo de atuação à equipa de enfermagem do SUMC;															
Submissão da proposta de protocolo de atuação a aprovação do Conselho de Administração do [REDACTED];															
Reunião de tutoria com o docente orientador;															
Elaboração do Relatório de Mestrado, com exposição e avaliação dos resultados obtidos.															

Fonte: própria.

O presente Projeto de Intervenção tem, portanto, como população-alvo os enfermeiros do SUMC da Unidade Hospitalar de [REDACTED], e a amostra será constituída por aqueles que consentirem livremente, de forma informada e esclarecida, participar (Apêndice 1). Não são previstos custos acrescidos para a instituição, nem condicionamento do normal funcionamento do SUMC.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A participação no Projeto de Intervenção tem um caráter voluntário, pelo que será solicitado o consentimento informado, livre e esclarecido aos enfermeiros do SUMC (Apêndice 1). Salva-se o direito à privacidade e confidencialidade dos participantes, no cumprimento dos padrões ético-legais aplicáveis.

BIBLIOGRAFIA

American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th edition.). <https://doi.org/1037/0000165-000>

██████. (2021). *Orientação Estratégica de Enfermagem 2021/2022*. Manual Hospitalar – Manual de Enfermagem – Quadro de Referências.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019) *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma: Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto*. 1–29. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222012-de-26122012-png.aspx>

European Burns Association. (2017). European Practice Guidelines for Burn Care. *European Burns Association*. <http://euroburn.org/wp-content/uploads/2014/09/EBA-Guidelines-Version-4-2017-1.pdf>

Ministério da Saúde. (2017). Despacho n.º 9496/2017. *Diário Da República n.º 208/2017, Série II de 2017-10-27, 27–28*. <https://dre.pt/home/-/dre/114109523/details/maximized>

Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos, N.º 15* (Janeiro-Março), 1–38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

World Health Organization. (2018). *Burns*. https://www.who.int/violence_injury_prevention/burns/en/

Apêndice 1 - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido e Questionário destinado aos Enfermeiros do SUMC

Informação aos Participantes:

Eu, Ana Rita Cabral Gonçalves Martins, aluna do V Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, encontro-me a realizar o Estágio Final no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico da Unidade Hospitalar de [REDACTED], pertencente ao Centro Hospitalar [REDACTED].

No âmbito do presente Estágio, encontro-me a desenvolver um Projeto de Intervenção Profissional com o tema: Intervenções do Enfermeiro à Pessoa Grande Queimada na Sala de Emergência, sob supervisão da enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica [REDACTED] e a orientação do docente Adriano Pedro.

No sentido de obter uma caracterização sociodemográfica dos enfermeiros deste serviço, bem como a sua opinião em relação à pertinência do referido projeto, venho solicitar a sua colaboração através do preenchimento deste documento, que se divide em duas secções:

Secção 1 – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Secção 2 – Questionário destinado aos enfermeiros do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico.

São previstos 5 minutos para o seu preenchimento.

A participação neste estudo é voluntária. Pode recusar participar ou desistir em qualquer momento, sem justificação, não acarretando qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento. Os dados obtidos serão tratados em anonimato e confidencialidade. Qualquer esclarecimento, pode contactar-me através do endereço eletrónico: [REDACTED] ou através do número de telemóvel: [REDACTED].

SECÇÃO 1 - CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, enfermeiro/a do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me garantida a possibilidade de recusar participar neste estudo ou desistir em qualquer momento, sem justificação, não acarretando qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento. Neste sentido, aceito participar no questionário de forma voluntária e autorizo a utilização dos dados, única e exclusivamente, para os efeitos desta investigação, de acordo com as garantias de confidencialidade e anonimato que me são asseguradas pelo investigador.

- Sim
- Não

SECÇÃO 2 – QUESTIONÁRIO

2.1. Caracterização sociodemográfica

1. Género:

Masculino

Feminino

2. Idade:

20-30 anos

31 a 40 anos

41 a 50 anos

51 anos ou mais

3. Anos de experiência profissional:

0-3 anos

4-10 anos

11-20 anos

21 anos ou mais

4. Anos de experiência profissional no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico:

0-3 anos

4-10 anos

11-20 anos

21 anos ou mais

5. Habilitações Académicas:

Licenciatura

Pós-graduação

Especialização

Mestrado

Doutoramento

6. Se tem especialidade, em que área?

- Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
- Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica
- Sem especialidade

2.2. Pertinência do Projeto de Intervenção Profissional

1. Enquanto enfermeiro do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, quando é que abordou um grande queimado pela última vez?
 - Há menos de seis meses
 - Entre seis meses e um ano
 - Há mais de um ano
 - Nunca abordei um grande queimado

2. Sente-se seguro e confiante na prestação de cuidados ao grande queimado?
 - Concordo totalmente
 - Concordo
 - Discordo
 - Discordo totalmente

3. Considera pertinente o desenvolvimento de estratégias que promovam a segurança e a qualidade dos cuidados prestados à pessoa grande queimada admitida na Sala de Emergência?
 - Muito pertinente
 - Pertinente
 - Pouco Pertinente
 - Nada Pertinente

4. Considera pertinente a realização de formação sobre as intervenções do enfermeiro perante a pessoa grande queimada admitida na Sala de Emergência?
 - Muito pertinente
 - Pertinente
 - Pouco Pertinente
 - Nada Pertinente

5. Considera pertinente a elaboração de um documento orientador e uniformizador da abordagem à pessoa grande queimada admitida na Sala de Emergência?

Muito pertinente

Pertinente

Pouco Pertinente

Nada Pertinente

Apêndice III - Resumo da Revisão *Scoping*: Intervenções de Enfermagem ao Adulto Grande Queimado admitido na Sala de Emergência

Intervenções de Enfermagem ao Adulto Grande Queimado admitido na Sala de Emergência: uma Revisão *Scoping*

Ana Rita Martins ¹, Adriano Pedro ²

¹ Aluna do V Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, Universidade de Évora.

² PhD, Professor Coordenador na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

RESUMO

Introdução: O cuidado inicial ao grande queimado pode influenciar, significativamente, os seus resultados a longo prazo tornando-se imperativa uma prática baseada em evidência científica.

Objetivo: Identificar as intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa adulta grande queimada admitida na sala de emergência. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão *scoping* de acordo com o modelo do Instituto *Joanna Briggs*. Para a pesquisa utilizaram-se as plataformas EBSCOhost® e b-on®, com limitação temporal de estudos publicados entre os anos 2018 e 2021. A seleção baseou-se na aplicação de critérios de inclusão e exclusão, resultando num total de onze artigos.

Resultados: As intervenções de enfermagem identificadas remetem para a permeabilização da via aérea, a otimização da ventilação e das trocas gasosas, a otimização do status cardíaco e circulatório, o controlo do défice neurológico, os cuidados de exposição e controlo da temperatura, a realização de anamnese com identificação do mecanismo de lesão, o exame físico com classificação das queimaduras e cálculo da superfície corporal queimada, a gestão da fluidoterapia, o controlo da dor, o apoio emocional, o controlo da infeção, os cuidados às feridas e realização de pensos, e a referenciação para centros especializados. **Discussão:** Os achados deste estudo estão em concordância com literatura relevante produzida sobre a temática. Na fase emergente, as componentes físicas e clínicas do cuidado ganham particular destaque, pois impera a necessidade de se restaurarem funções vitais. A literatura não descarta também outras dimensões do cuidado, nomeadamente a dimensão psicossocial e ética, contudo, atribui-lhes maior destaque em estadios subsequentes. **Conclusão:** É pertinente desenvolverem-se mais estudos, com maiores níveis de evidência, que destaquem as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros perante a pessoa adulta grande queimada em contexto emergente, que possam contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da profissão.

Palavras-Chave: Queimaduras, Enfermagem em Emergência; Ressuscitação.

ABSTRACT

Introduction: The initial care provided to a major burn patient can significantly influence their long-term outcomes, so evidence-based practice becomes imperative. **Objective:** To identify nursing interventions provided to adults with major burns admitted in the emergency room.

Methodology: A scoping review was carried out in accordance with Joanna Briggs Institute model. The research was performed in EBSCOhost® and b-on® platforms, with temporal

limitation for sources published between 2018 and 2021. The selection was based on inclusion and exclusion criteria, resulting in a total of eleven studies. **Results:** The nursing interventions identified refer to airway clearance, optimization of ventilation and gas exchange, optimization of cardiac and circulatory status, control of neurological deficit, exposure and temperature control, anamnesis with identification of injury mechanism, physical examination with burn classification and estimation of total body surface area, fluid management, pain control, emotional support, infection control, wound care, and referral to specialized centers. **Discussion:** These findings are in line with relevant literature produced about this topic. In the emergency phase, physical and clinical components of care are particularly highlighted, as the need to restore vital functions prevails. The literature doesn't neglect other dimensions of care, namely the psychosocial and ethical dimensions, however, they have greater prominence in subsequent stages. **Conclusion:** It is pertinent to develop more studies, with higher levels of evidence, that highlight the nursing interventions to severely burned adults in emergency contexts, which can contribute to the development of the discipline and the profession.

Key Words: Burns; Emergency Nursing; Resuscitation.

RESUMEN

Introducción: La atención inicial a un gran quemado puede influir significativamente en sus resultados a largo plazo, por lo que la práctica basada en evidencia se vuelve imperativa.

Objetivo: Identificar las intervenciones de enfermería realizadas a adultos gran quemados ingresados en la sala de emergencias. **Metodología:** Se realizó una revisión *scoping* de acuerdo con el modelo del Instituto *Joanna Briggs*. La busca se realizó en las plataformas EBSCOhost® y b-on®, con limitación temporal para fuentes publicadas entre 2018 y 2021. La selección se basó en criterios de inclusión y exclusión, resultando en un total de once estudios. **Resultados:**

Las intervenciones de enfermería identificadas se refieren a la permeabilidad de la vía aérea, optimización de la ventilación e intercambio gaseoso, optimización del estado cardíaco y circulatorio, control del déficit neurológico, exposición y control de la temperatura, anamnesis con identificación del mecanismo de lesión, examen físico con clasificación de las quemaduras y estimación de la superficie corporal quemada, manejo de fluidos, control del dolor, apoyo emocional, control de infecciones, cuidado de heridas y derivación a centros especializados.

Discusión: Estos hallazgos están en línea con la literatura relevante producida sobre este tema. En la fase de emergencia, se destacan especialmente los componentes físicos y clínicos de la atención de enfermería, ya que prevalece la necesidad de restaurar las funciones vitales. La literatura no descuida otras dimensiones del cuidado, a saber, las dimensiones psicosocial y ética, sin embargo, tienen mayor protagonismo en etapas posteriores. **Conclusión:** Es relevante desarrollar más estudios, con mayores niveles de evidencia, que destaquen las intervenciones de enfermería a adultos gran quemados en contexto de emergencia, que puedan contribuir al desarrollo de la disciplina y la profesión.

Palabras Clave: Quemaduras; Enfermería de Urgencia; Resucitación.

Apêndice IV - Protocolo de Atuação: Abordagem ao Adulto Grande Queimado na Sala de Emergência

	PROTOCOLO DE ATUAÇÃO	Nº _/____-____ Data: Janeiro 2022	Página 1/20
ASSUNTO: ABORDAGEM AO ADULTO GRANDE QUEIMADO NA SALA DE EMERGÊNCIA UNIDADE HOSPITALAR _____ CENTRO HOSPITALAR _____		ELABORADO POR: Enf.ª Ana Rita Martins REVISTO POR: Enf.ª _____ VALIDADO POR: Dr. _____ Enf.ª _____ Enf.ª _____ Janeiro 2022	
DIVULGAÇÃO: Manual Hospitalar Quadro de Referências – Protocolos		APROVADO POR: Conselho de Administração do _____	
ENTRADA EM VIGOR: Imediata		Em: __/__/__	
SUBSTITUI: Sem antecedentes		A REVER EM:	
PALAVRAS-CHAVE: Queimaduras; Emergência		Janeiro 2025	

1. ENQUADRAMENTO

As queimaduras são um problema global de saúde pública. Ainda que os países desenvolvidos tenham feito progressos na redução das taxas de mortalidade associadas a esta problemática, através da combinação de estratégias preventivas e de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, as queimaduras permanecem associadas a elevadas taxas de morbilidade, mortalidade, hospitalização prolongada, desfiguração e incapacidade, conduzindo, frequentemente, a fenómenos de estigma e rejeição social (Organização Mundial de Saúde, 2018).

Ao longo das últimas décadas, há evidência de que o tratamento realizado em unidades de queimados conduz a melhores resultados do que o realizado em contextos não especializados (European Burns Association, 2017). Porém, em Portugal existem apenas cinco unidades destinadas para este efeito, localizadas no Centro Hospitalar de São João, no Hospital da Prelada, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, no Centro Hospitalar de Lisboa Norte e no Centro Hospitalar de Lisboa Central (Ministério da Saúde, 2017). O hospital de São José, pertencente, ao Centro Hospitalar de Lisboa Central, é o centro de referência mais próximo do Centro Hospitalar _____,

distando do mesmo quase 300 quilómetros. Esta regionalização origina, portanto, que os cuidados iniciais ao grande queimado sejam assegurados pelas equipas pré-hospitalares e dos serviços de urgência, até que se determinem as necessidades de transferência e se efetive o transporte.

Os cuidados iniciais prestados ao grande queimado vão influenciar, significativamente, os seus resultados a longo-prazo, portanto, impõe-se desde início a aplicação de protocolos baseados em evidência científica que ofereçam recomendações sistemáticas para a tomada de decisão dos profissionais e a gestão de circunstâncias clínicas específicas (Koyro et al., 2021).

2. DEFINIÇÕES

As queimaduras envolvem lesões da pele e dos tecidos subjacentes, sendo resultantes da exposição a agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos (ABA, 2018). De acordo com o agente que lhes dá origem, podem ser classificadas em:

Queimaduras térmicas: causadas por chama, contacto com líquidos/sólidos quentes ou vapores (ABA, 2018).

Queimaduras químicas: causadas por substâncias químicas que podem ser ácidos, bases ou outros compostos orgânicos. São queimaduras progressivas na medida em que estas substâncias continuarão a causar lesão na pele, até serem completamente removidas. Vão depender da composição do agente, da sua concentração, temperatura, volume e duração do contacto. As bases (por exemplo: soda cáustica, amoníaco, hipoclorito de sódio) têm a particularidade de penetrar mais rápida e profundamente nos tecidos do que os ácidos (por exemplo, ácido sulfúrico ou muriático) (ABA, 2018).

Queimaduras elétricas: resultam da passagem de corrente elétrica pelo corpo, que cria uma porta de entrada e uma porta de saída, causando lesão no seu trajeto pela conversão da eletricidade em energia térmica. Dependem da fonte e da intensidade da corrente, da duração do contacto e do trajeto da corrente no corpo, pelo que a sua gravidade não pode ser presumida apenas pelas lesões externas. Classificam-se em queimaduras de baixa voltagem (<1000V), geralmente associadas a acidentes com

utensílios domésticos, ou queimaduras de elevada voltagem (>1000V), frequentemente decorrentes de acidentes com equipamentos industriais ou de lesões por raio. As queimaduras elétricas têm elevado potencial de gerar outras complicações, nomeadamente alterações eletrolíticas, arritmias e rabdomiólise (ABA, 2018).

Queimaduras por radiação: resultam da exposição a radiação ionizante ou radiofrequência. São exemplos as queimaduras solares ou as queimaduras decorrentes de tratamentos por radioterapia (ABA, 2018; Stiles, 2018a).

Queimaduras por frio: resultam da exposição prolongada a baixas temperaturas, com formação de cristais de gelo que causam lesão e morte celular. São raras e têm uma abordagem distinta das anteriores, pelo que se excluem do âmbito do presente protocolo (ABA, 2018; Stiles, 2018a).

Para além da identificação do mecanismo de lesão subjacente, a avaliação de uma queimadura implica a caracterização da sua localização, profundidade e extensão.

Localização: face, mãos, pés, tórax, grandes articulações, genitais e períneo são consideradas zonas especiais, às quais se atribui maior gravidade devido ao elevado risco de sequelas estéticas e/ou funcionais (ABA, 2018).

Profundidade: atualmente, aplica-se um sistema de classificação por espessura, que substitui a tradicional classificação por graus (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2017).

Queimaduras epidérmicas: correspondem à antiga classificação de 1º grau. Envolvem lesões da epiderme, apresentando-se como eritemas com edema discreto, sem formação de flictenas. São dolorosas, mas evoluem espontaneamente com cicatrização em 4-5 dias, não produzindo cicatrizes (ABA, 2018; DGS, 2017; Stiles, 2018b).

Queimaduras superficiais parciais: inserem-se na antiga classificação de 2º grau. Envolvem a epiderme e camada superior da derme, apresentando-se como eritemas com edema ligeiro a moderado e formação de flictenas. São queimaduras dolorosas que,

habitualmente, cicatrizam ao fim de 14 dias com tratamento conservador e não produzem cicatrizes (ABA, 2018; DGS, 2017; Stiles, 2018b).

Queimaduras profundas parciais: inserem-se na antiga classificação de 2º grau. Envolvem a epiderme e camadas profundas da derme, apresentando-se como lesões exsudativas com edema acentuado, podendo apresentar ou não flictenas. A percepção dolorosa é variável. Podem cicatrizar com tratamento conservador ou, em casos mais complexos, necessitar de intervenção cirúrgica. Têm elevada probabilidade de produzirem cicatrizes (ABA, 2018; DGS, 2017; Stiles, 2018b).

Queimaduras profundas completas: correspondem à antiga classificação de 3º grau. Envolvem todas as camadas da pele (epiderme e derme) e tecido subcutâneo. Apresentam-se como lesões brancas e secas, com superfície endurecida e formação de escara. Habitualmente indolores, com necessidade de desbridamento e/ou enxerto para promover a cicatrização (ABA, 2018; DGS, 2017; Stiles, 2018b).

Queimaduras profundas completas +: correspondem à antiga classificação de 4º grau. Envolvem todas as camadas da pele e tecidos subjacentes, como tendões, músculos ou ossos. Apresentam-se como lesões com necrose extensa ou carbonização, com probabilidade de conduzirem a amputação de membros (ABA, 2018; DGS, 2017; Stiles, 2018b).

Extensão: a extensão de uma queimadura traduz-se em percentagem, através da superfície corporal queimada, podendo ser estimada através da Regra dos Nove (Figura 1) ou da Regra Palmar (Figura 2). Apenas queimaduras de espessura parcial ou completa são contabilizadas no cálculo da superfície corporal queimada (ABA, 2018).

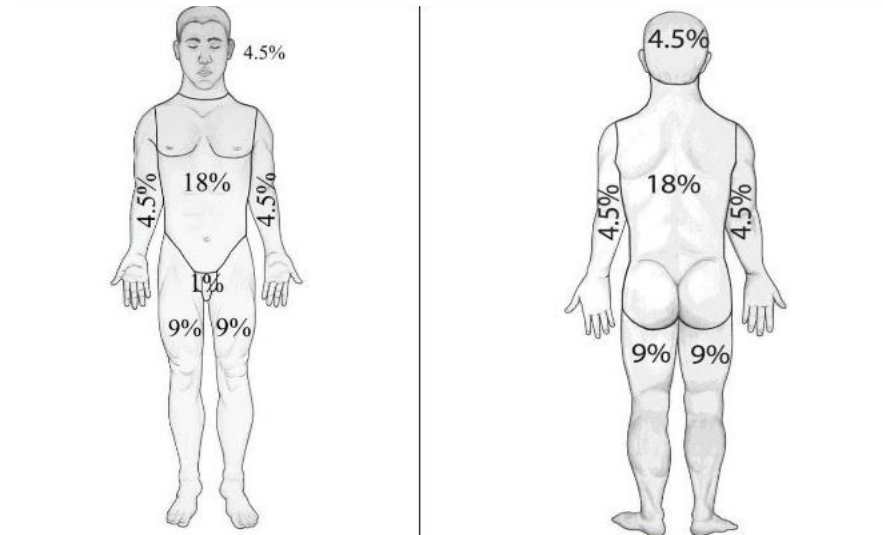


Figura 1 – Regra dos Nove: no adulto, regiões anatómicas distintas representam, aproximadamente, 9% ou múltiplos da sua superfície corporal. Fonte: ABA (2018).

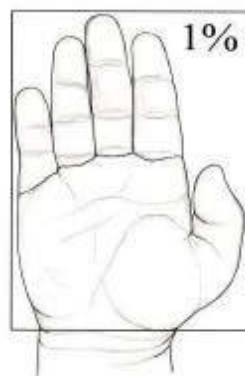


Figura 2 – Regra Palmar: o tamanho da mão do paciente corresponde a, aproximadamente, 1% da sua superfície corporal. Fonte: ABA (2018).

A **fisiopatologia das queimaduras** é complexa, tendo repercussões a nível local e sistémico.

A resposta local à queimadura é caracterizada pelo fenómeno de Jackson, envolvendo três zonas concêntricas com natureza progressiva:

Zona de coagulação: zona central, onde há maior tempo de contacto com o agente causal, caracterizada por necrose tecidual irreversível (ABA, 2018);

Zona de estase: zona circundante com baixa perfusão tecidual, podendo igualmente evoluir para necrose nas 24-72 horas seguintes, se não forem adotadas medidas adequadas (ABA, 2018);

Zona de hiperemia: zona periférica, caracterizada por aumento da perfusão tecidual e vasodilatação, com potencial de recuperação (ABA, 2018).

Quando severas, as queimaduras são também acompanhadas por respostas sistêmicas, que incluem:

Compromisso da via aérea e da ventilação: a via aérea pode ser ameaçada pela formação de edema generalizado ou por lesão direta, como ocorre nas **lesões por inalação**. Estas lesões envolvem a aspiração e/ou inalação de vapores muito quentes, fumos ou substâncias químicas voláteis e podem produzir alterações em qualquer nível da via aérea ou gerar alterações sistêmicas pela toxicidade dos gases inalados. As intoxicações por monóxido de carbono e cianeto de hidrogénio são as mais frequentes em contexto clínico, estando associadas a compromisso da oxigenação tecidual. A libertação de mediadores inflamatórios capazes de provocar broncoconstrição potencia ainda o desenvolvimento de insuficiência respiratória. Queimaduras circunferenciais ou quase-circunferenciais do pescoço e do tórax, podem igualmente comprometer a expansão torácica e, conseqüentemente, a ventilação. (ABA, 2018; Paniagua & Gutiérrez, 2020).

Alterações cardiovasculares: a libertação de citoquinas e outros mediadores inflamatórios provoca aumento da permeabilidade capilar e extravasamento de fluídos do espaço intravascular para o interstício. Estes fenómenos originam hipotensão e hipoperfusão, culminando em choque distributivo. O intercâmbio de fluídos pode resultar igualmente em alterações iónicas, capazes de gerar distúrbios na atividade elétrica cardíaca. Queimaduras circunferenciais ou semi-circunferenciais podem ainda comprometer a circulação e perfusão de membros, pelo desenvolvimento de síndrome compartimental. As escarotomias raramente são indicadas previamente à transferência para um centro de queimados, pois a acumulação de fluídos e o aumento da pressão no

membro envolvido demoram algumas horas a instalarem-se. (ABA, 2018; Jeschke et al., 2020).

Alterações imunológicas: instalação de quadro de desregulação imunitária e imunossupressão, aumentando a predisposição para infeção e sépsis (Jeschke et al., 2020).

Alterações metabólicas: desenvolvimento de um estado de hipercatabolismo (Jeschke et al., 2020).

O grande queimado necessita, portanto, de cuidados multissistémicos, na medida em que as consequências das queimaduras vão muito para além da destruição da espessura da pele. A definição de **grande queimado** não é consensual na literatura. Alguns autores, consideram que esta classificação decorre de uma extensão igual ou superior a 25% de superfície corporal queimada, pois será a partir deste nível que a destruição tecidual se faz acompanhar por aumento da permeabilidade capilar e libertação de mediadores inflamatórios, que resultam em hipovolémia e choque, se não forem dirigidas intervenções adequadas (Hettiaratchy & Papini, 2004). Contudo, a atual evidência sugere que não só a extensão concorre nesta classificação, mas também fatores relacionados com o mecanismo de lesão, a região anatómica envolvida e as características da vítima, sendo que o grande queimado será aquele que reúne os critérios para ser referenciado para um centro ou unidade de queimados (ABA, 2018; Koyro et al., 2021).

Em Portugal, os **critérios de referência** estão definidos na norma da DGS n.º 022/2012, atualizada em 2017, destacando-se, pela sua pertinência para o adulto em contexto de sala de emergência, os seguintes:

- Idade superior a 65 anos;
- Queimaduras em mais de 10% da superfície corporal;
- Queimaduras profundas de espessura parcial (antigo 3º grau) em mais de 2% de superfície corporal;
- Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, mãos e pés;

- Queimaduras circulares do tórax e/ou membros;
- Queimaduras 3º grau em qualquer grupo etário;
- Queimaduras elétricas;
- Queimaduras químicas;
- Queimados com carboxihemoglobina > 10%;
- Queimaduras com lesões associadas: inalação de fumo e/ou substâncias tóxicas; traumatismo crânio-encefálico ou traumatismo músculo-esquelético;
- Queimaduras com doenças associadas: Diabetes mellitus, doença hepática, renal, cardíaca, psiquiátrica e/ou neurológica, neoplasias e situações de imunodepressão;
- Suspeita de lesão por maus-tratos;
- Necrose epidermólise tóxica (síndrome de Lyell);
- Queimaduras em pessoas que requeiram intervenção social, emocional ou de reabilitação (DGS, 2017).

3. OBJETIVOS

São objetivos do presente protocolo:

- Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados ao grande queimado na sala de emergência;
- Uniformizar os cuidados prestados ao grande queimado na sala de emergência;
- Promover a referenciação adequada e atempada para unidades de queimados;
- Promover a continuidade dos cuidados.

4. INFORMAÇÕES GERAIS

A - Quem executa

- O médico da sala de emergência;
- O enfermeiro da sala de emergência.

B - Horário

- De acordo com a orientação do presente protocolo;
- Segundo prescrição médica.

C - Considerações Gerais

Definem-se como critérios de atendimento de grande queimado na sala de emergência da Unidade Hospitalar de Portimão as seguintes situações:

- Queimaduras em mais de 10% de superfície corporal;
- Queimaduras completas em mais de 2% de superfície corporal;
- Queimaduras da face, pescoço, tórax, genitais e/ou períneo;
- Queimaduras elétricas;
- Queimaduras químicas;
- Lesões por inalação;
- Queimaduras circunferenciais;
- Queimaduras associadas a trauma major;
- Qualquer queimado com instabilidade hemodinâmica, ventilatória e/ou neurológica instalada ou previsível.

A admissão de um grande queimado na sala de emergência implica:

- Implementação de medidas de segurança e controlo de infeção;
- Realização de Exame Primário:
 - A (*Airway*)- Manutenção da via aérea com controlo da coluna cervical;
 - B (*Breathing*) - Ventilação;
 - C (*Circulation*) - Status cardíaco, circulatório e controlo de hemorragia;
 - D (*Disability*) - Avaliação de défice neurológico;
 - E (*Exposure*) - Exposição e controlo da temperatura.
- Realização de Exame Secundário:

- Monitorização hemodinâmica;
 - Gestão da dor;
 - Colheita de história clínica e circunstâncias do evento;
 - Exame físico e avaliação da queimadura;
 - Gestão de fluídos à superfície corporal queimada;
 - Exames complementares de diagnóstico;
 - Apoio emocional;
 - Cuidados/tratamento às feridas.
- Referenciação e preparação para a transferência.

5. EXECUÇÃO

ETAPA	INTERVENÇÕES	JUSTIFICAÇÃO
Medidas de Segurança e Controlo de Infeção	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar equipamento de proteção individual: <ul style="list-style-type: none"> - Bata descartável; - Luvas; - Proteção ocular; - Proteção respiratória; - Touca. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a segurança da equipa prestadora de cuidados; - Proteger o grande queimado do risco de infeção cruzada.
Exame Primário	<p>A - Manutenção da via aérea com controlo da coluna cervical</p> <ul style="list-style-type: none"> - Imobilizar a coluna cervical se suspeita de lesão, particularmente em eventos de elevada cinemática, vítima inconsciente ou mecanismo de lesão desconhecido; - Avaliar sons respiratórios; - Visualizar estruturas da via aérea superior e pescoço; 	<ul style="list-style-type: none"> - Proteger a coluna cervical; - Identificar precocemente lesões por inalação; - Permeabilizar a via aérea; - Promover a intubação endotraqueal precoce em vítimas com risco acrescido de compromisso da via aérea.

<p>Exame Primário</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar sinais e sintomas de lesão por inalação: edema na via aérea, queimaduras na boca, pêlos faciais queimados, rouquidão, estridor, tosse, broncorreia, expectoração carbonácea, dispneia, agitação e/ou confusão; - Remover corpos estranhos da via aérea; - Aplicar manobras de permeabilização da via aérea: elevação do queixo ou sub-luxação da mandíbula; - Aspirar secreções, vômito ou sangue da via aérea; - Aplicar adjuvantes básicos de permeabilização da via aérea; - Elevar a cabeceira a 30-45°, na ausência de suspeita de lesão da coluna (prevenção do edema); - Antecipar a necessidade de intubação endotraqueal nas seguintes situações: <ul style="list-style-type: none"> - Pessoa inconsciente; - Queimaduras envolvendo mais de 35% de superfície corporal; - Índice de Clark > 2 (ver Anexo 1); - Inalação ou intoxicação por monóxido de carbono; - Queimaduras circunferenciais do pescoço e do tórax. 	
	<p>B – Ventilação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expor o tórax; - Verificar a presença de queimaduras no pescoço e/ou região torácica; - Avaliar padrão respiratório: frequência, amplitude, ritmo, simetria; - Monitorizar saturação periférica de oxigênio (ter em consideração que queimados com intoxicação por monóxido de carbono podem apresentar valores falsamente elevados); - Inspeccionar, palpar e percudir a parede torácica; - Auscultar o tórax bilateralmente; - Administrar oxigênio em alta concentração (15L/min) com recurso a máscara de Hudson; - Colher gasimetria arterial; 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar alterações no padrão respiratório; - Identificar complicações concomitantes de trauma; - Otimizar a oxigenação.

	<ul style="list-style-type: none"> - Antecipar a necessidade de intubação endotraqueal, nas seguintes situações: <ul style="list-style-type: none"> - Persistência de hipoxemia e/ou saturação periférica de oxigênio inferior a 90%, apesar da oxigenoterapia suplementar; - Insuficiência respiratória; - Administrar, empiricamente, 5 mg de hidroxocobalamina EV se suspeita de intoxicação por cianeto de hidrogênio (queimados provenientes de espaços fechados com combustão, que apresentem hipoxémia refratária). 	
<p>Exame Primário</p>	<p>C - Status cardíaco, circulatório e controlo de hemorragia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar fontes de hemorragia externa e controlá-la com compressão direta ou aplicação de torniquete (ter em consideração que as queimaduras não são feridas exsanguinantes; se há hemorragia ativa há lesão traumática concomitante); - Avaliar pulso: frequência e amplitude; - Monitorizar traçado cardíaco e tensão arterial; - Avaliar perfusão de pele não queimada: cor, temperatura, humidade, tempo de preenchimento capilar; - Avaliar sinais de compromisso neuro-circulatório em membros com queimaduras circunferenciais ou semi-circunferenciais: cor, temperatura, sensibilidade, pulsos periféricos e dor; - Identificar fontes potenciais de hemorragia oculta decorrentes de trauma concomitante (tórax, abdómen, pélvis e ossos longos); - Assegurar dois acessos venosos periféricos de grande calibre (16G ou 18G), preferencialmente em área não queimada; - Colher sangue para estudo de hemograma, bioquímica e coagulação; - Em grandes queimados com sinais de hipotensão e hipoperfusão, iniciar fluidoterapia com Lactato de Ringer (500mL/h, se superfície corporal queimada ainda não estimada); 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar e controlar focos hemorrágicos concomitantes de trauma; - Otimizar a circulação e perfusão de órgãos.

Exame Primário	<ul style="list-style-type: none"> - Elevar os membros com queimaduras circunferenciais ou semi-circunferenciais. 	
	<p>D – Avaliação de déficit neurológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o nível de consciência através da Escala de Comas de Glasgow; - Avaliar as pupilas: tamanho, simetria e resposta à luz; - Avaliar resposta motora e sensitiva nos 4 membros; - Avaliar glicémia capilar, se alteração do estado de consciência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Despistar lesão neurológica.
	<p>E – Exposição e controlo de temperatura</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expor totalmente a vítima: remover roupas, jóias e adornos; - Em queimaduras químicas causadas por compostos secos (ex: cal-viva, cimento), remover primeiramente os compostos a seco, com técnica de varrimento (com escova ou compressas); - Arrefecer as queimaduras através de irrigação com água à temperatura ambiente, por 5-10 minutos; - Após irrigação, manter a vítima seca e envolvida em lençol esterilizado; - Manter temperatura corporal > 35°C, através do recurso a manta térmica, aquecedor externo ou administração de soros aquecidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar rapidamente lesões significativas; - Evitar complicações decorrentes da formação de edema e otimizar a circulação; - Interromper o processo de queimadura; - Prevenir a hipotermia.
Exame Secundário	<p>- Monitorização hemodinâmica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manter monitorização dos seguintes parâmetros: <ul style="list-style-type: none"> - Débito urinário e características da urina; - Frequência cardíaca; - Estado de consciência; - Saturação de oxigénio; - Tensão arterial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar precocemente alterações hemodinâmicas, ventilatórias e neurológicas; - Prevenir complicações.
	<p>- Gestão da dor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a dor; 	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir a dor; - Promover o conforto; - Reduzir a ansiedade.

Exame Secundário	<ul style="list-style-type: none"> - Administrar analgesia, conforme prescrição médica (preferencialmente por via endovenosa); - Instituir medidas não farmacológicas de controlo da dor: arrefecimento das lesões, posicionamento e elevação de membros queimados, manobras de distração, toque terapêutico. 	
	<p>- História clínica e circunstâncias do evento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obter informações clínicas de acordo com a mnemónica: <ul style="list-style-type: none"> A (<i>allergies</i>) - alergias; M (<i>medication</i>) - medicação habitual; P (<i>past medical history</i>) - antecedentes de saúde; L (<i>last meal</i>) - última refeição; E (<i>events</i>) - circunstâncias da queimadura. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidar informação clínica sobre a pessoa e a circunstância da queimadura, que permitam orientar o cuidado subsequente.
	<p>- Exame físico e avaliação da queimadura</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar exame físico completo, da cabeça-aos-pés; - Avaliar queimaduras: <ul style="list-style-type: none"> - Localização; - Profundidade; - Extensão/superfície corporal queimada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar sistematicamente as queimaduras e outras lesões concomitantes de trauma; - Definir critérios de gravidade e referenciação; - Calcular superfície corporal queimada para gerir ressuscitação volémica.
	<p>- Gestão de fluídos à superfície corporal queimada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se superfície corporal queimada > 20%, aplicar fórmula de Parkland: <p style="margin-left: 20px;">Volume a administrar nas 24h (mL) = 4 x peso (kg) x superfície corporal queimada (%)</p> - Administrar fluídos da seguinte forma: <ul style="list-style-type: none"> - 50% do volume calculado nas primeiras 8 horas; - Restantes 50% nas 16 horas subsequentes; - Vigiar o débito urinário (alvo: 0,5mL/kg/h). 	<ul style="list-style-type: none"> - Otimizar a circulação e perfusão; - Prevenir o choque.

Exame Secundário	<p>- Exames complementares de diagnóstico</p> <p>- Promover a realização de exames complementares de diagnóstico: análises, gasimetria arterial, ECG e outros exames imagiológicos que se justifiquem pela clínica do doente.</p>	<p>- Identificar e despistar complicações.</p>
	<p>- Apoio emocional</p> <p>- Explicar os procedimentos; - Realizar escuta ativa; - Facilitar a presença dos familiares e pessoas significativas, se possível e desejado.</p>	<p>- Reduzir a ansiedade e o medo; - Envolver a família na prestação de cuidados.</p>
	<p>- Cuidados/tratamento às feridas;</p> <p>- Se grande queimado com transferência previsível, após breve lavagem, cobrir as lesões com compressas estéreis e fixar com ligaduras (baixo nível de contenção), adesivo, ou campo esterilizado.</p> <p>- Se o queimado não apresentar critérios para transferência ou se esta se previr atrasada por questões logísticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavar feridas com água/soro e gluconato de clorhexidina; - Remover mecanicamente o tecido desvitalizado e drenar as flictenas em assepsia; - Aplicar trolamina em queimaduras superficiais; - Aplicar sulfadiazina de prata (exceto em lesões peri-orbitais) em queimaduras parciais ou completas; - Aplicar gaze parafinada para evitar a adesão do material de penso ao leito da ferida; - Utilizar compressas como penso secundário; - Fixar com ligadura (baixo nível de contenção) ou adesivo. - Irrigar abundantemente queimaduras oculares com soro fisiológico e referenciar a vítima para Oftalmologia. 	<p>- Prevenir a infeção; - Prevenir a perda de calor e hipotermia; - Promover o conforto; - Promover a cicatrização.</p>

<p>Referenciação e Transferência</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contactar centro de tratamento de queimados, se vítima cumprir com os critérios de referenciação; - Após confirmada a transferência: <ul style="list-style-type: none"> - Assegurar acesso venoso, sempre que possível; - Colocar sonda gástrica, se queimado com intubação endotraqueal; - Realizar restrição da via oral; - Realizar registos dos cuidados prestados no aplicativo Alert[®]; - Reunir dados do processo clínico (resultados de exames complementares de diagnóstico e terapêutica, notas médicas e de enfermagem); - Transmitir informação relevante à equipa de transporte, de acordo com a metodologia ISBAR: <ul style="list-style-type: none"> I: Identificação; S: Situação; B: Background/antecedentes pessoais; A: Avaliação; R: Recomendações. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a segurança durante o transporte; - Garantir a continuidade de cuidados; - Promover um tratamento definitivo adequado.
---	---	---

6. MONITORIZAÇÃO

Exceções ao presente protocolo devem ser registadas e fundamentadas em processo clínico.

O procedimento será monitorizado, semestralmente, por observação dos parâmetros identificados no Apêndice 1, obtendo-se a Taxa de Conformidade de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de Conformidade (\%)} = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Número de ítems aplicáveis}} \times 100$$

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carey, M. G., Valcin, E. K., Lent, D., & White, M. (2021). Nursing Care for the Initial Resuscitation of Burn Patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 33(3). <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2021.05.004>

Costa, I. B., Aiquoc, K. M., Nascimento, J. C. P., Rocha, R. R. A., Dantas, R. A. N., &

- Dantas, D. V. (2020). Assistência de enfermagem a queimados em hospital do nordeste brasileiro: estudo seccional. *Enfermagem Brasil*, 19. <https://doi.org/10.33233/eb.v19i4.419>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma: Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222012-de-26122012-png.aspx>
- European Burns Association. (2017). European Practice Guidelines for Burn Care. *European Burns Association*. <http://euroburn.org/wp-content/uploads/2014/09/EBA-Guidelines-Version-4-2017-1.pdf>
- Ministério da Saúde. (2017). Despacho n.º 9496/2017. *Diário Da República n.º 208/2017, Série II de 2017-10-27, 27–28*. <https://dre.pt/home/-/dre/114109523/details/maximized>
- Hettiaratchy, S., & Papini, R. (2004). Initial management of a major burn: I—overview. *BMJ*, 328. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7455.1555>
- Hoffmann, S., Parikh, P., & Bohnenberger, K. (2020). Dermal Hydrofluoric Acid Toxicity Case Review: Looks Can Be Deceiving. *Journal of Emergency Nursing*, 47(1). <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.08.005>
- Jeschke, M. G., van Baar, M. E., Choudhry, M. A., Chung, K. K., Gibran, N. S., & Logsetty, S. (2020). Burn injury. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1). <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0145-5>
- Koyro, K. I., Bingoel, A. S., Bucher, F., & Vogt, P. M. (2021). Burn Guidelines — An International Comparison. *European Burn Journal*, 2. <https://www.mdpi.com/2673-1991/2/3/10/pdf>
- McCague, Y. (2018). Ocular Chemical Burns Secondary to Accidental Administration of e-Cigarette Liquid. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 40(2). <https://doi.org/10.1097/TME.000000000000183>
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *Burns*. https://www.who.int/violence_injury_prevention/burns/en/

- Paniagua, M. B., & Gutiérrez, R. M. (2020). Cuidado urgente del paciente con quemaduras por inhalación: una revisión bibliográfica. *Nure Investigation*, 17(106).
<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1879>
- Podsiadło, P., Kosiński, S., Darocha, T., Derkowski, T., Krajewski, A., & Gałązkowski, R. (2019). Severe Post-Traumatic Hypothermia in a Burned Patient. *Journal of Emergency Nursing*, 45(1). <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.06.002>
- Souza, F., Santos, N., Valle, N., & Souza, I. (2019). Abordagem de Enfermagem ao Paciente Vítima De Queimaduras: uma Revisão Integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 27(2).
https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190704_103523.pdf
- Stiles, K. (2018a). Emergency management of burns: Part 1. *Emergency Nurse*, 26(1).
<https://doi.org/10.7748/EN.2018.E1623>
- Stiles, K. (2018b). Emergency management of burns: Part 2. *Emergency Nurse*, 26(2).
<https://doi.org/10.7748/en2018.e1815>
- Xu, B., Weng, Y., & Bai, S. (2021). Comprehensive treatment, including topical care, for severe facial burn. *WCET Journal*, 41(1). <https://doi.org/10.33235/wcet.41.1.16-20>

ANEXO 1

Critério	Pontuação
Espaço Fechado	1
Dispneia	1
Alteração de Consciência	1
Rouquidão	1
Queimadura Facial	1
Expetoração Carbonácea	1
Fervores/ Alt. Auscultação	1
Total	7

Tabela 1 - Índice de Clark: score > 2 presume lesão inalatória. Fonte: DGS (2017).

APÊNDICE 1

Critério	S	N	NA	Observações
1. A abordagem ao grande queimado realizou-se com equipamento de proteção individual adequado?				
2. O grande queimado foi submetido a um exame primário, que incluiu:				
2.1. Avaliação e manutenção da via aérea com controlo da coluna cervical?				
2.2. Avaliação e otimização da ventilação?				
2.3. Avaliação e otimização do status cardíaco e circulatório, com controlo de hemorragia?				
2.4. Avaliação de défice neurológico?				
2.5. Cuidados de exposição e controlo da temperatura?				
3. O grande queimado foi submetido a um exame secundário, que incluiu:				
3.1. Monitorização hemodinâmica?				
3.2. Avaliação e gestão da dor através de medidas farmacológicas e/ou não-farmacológicas?				
3.3. Colheita de história clínica e circunstâncias do evento?				
3.4. Exame físico e avaliação da queimadura, tendo em consideração a sua localização, profundidade e extensão?				
3.5. Gestão de fluídos à superfície corporal queimada, de acordo com a fórmula de Parkland?				
3.6. Exames complementares de diagnóstico relevantes?				
3.7. Apoio emocional?				
3.8. Cuidados às feridas e realização de pensos de acordo com o presente protocolo?				
4. O grande queimado foi referenciado e transferido para unidade de queimados, tendo em consideração os critérios do presente protocolo?				
Total				

Tabela 2 – Grelha de observação da abordagem ao grande queimado na sala de emergência. Legenda: S- Sim, N – Não, NA – Não aplicável.

ABORDAGEM DO ADULTO GRANDE QUEIMADO NA SALA DE EMERGÊNCIA

1. SEGURANÇA E CONTROLO DE INFEÇÃO

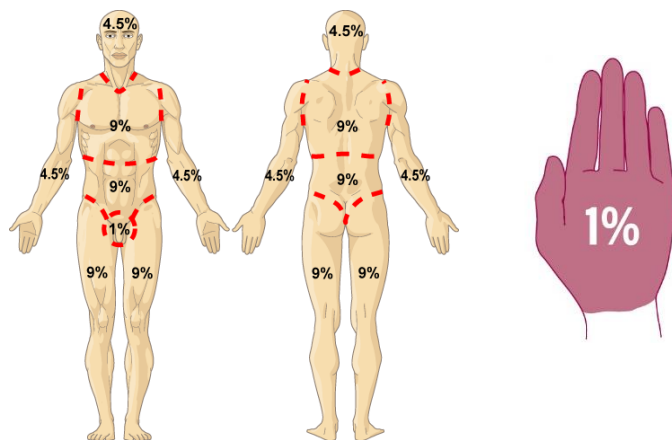
2. EXAME PRIMÁRIO

- A: Manutenção da via aérea com controlo da coluna cervical
- B: Ventilação
- C: Status cardíaco, circulatório e controlo de hemorragia
- D: Avaliação de défice neurológico
- E: Exposição e controlo ambiental.

3. EXAME SECUNDÁRIO

- a) Monitorização hemodinâmica
- b) História clínica e circunstâncias do evento (AMPLE);
- c) Exame físico e avaliação da queimadura
- d) Gestão de fluídos à superfície corporal queimada
- e) Exames complementares de diagnóstico
- f) Gestão da dor
- g) Apoio emocional
- h) Cuidados/ tratamento às feridas

Superfície Corporal Queimada (SCQ)



Fórmula de Parkland

$4 \times \text{peso (kg)} \times \text{SCQ (\%)}$

50%: primeiras 8 horas
50%: 16 horas seguintes

4. REFERENCIAÇÃO E TRANSFERÊNCIA

- 1) Critérios de Referenciação
- 2) Contacto com Unidade de Queimados
- 3) Registos
- 4) Processo clínico completo
- 5) Transmissão de informação (ISBAR)

Apêndice V - Plano da Sessão de Formação em Serviço: Abordagem ao Adulto Grande Queimado na Sala de Emergência.

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Tema: Abordagem ao Adulto Grande Queimado na Sala de Emergência

Formador: Ana Rita Cabral G. Martins

N.º estudante: m48010

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, Unidade Hospitalar de [REDACTED]

Local: Formato híbrido: presencial, no Auditório da Unidade Hospitalar de [REDACTED] e online, através da plataforma Microsoft Teams

Data: 28.01.2022

Hora: 16:30h

Duração prevista: 60 min

Objetivos

Objetivo Geral:

- Contribuir para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados ao adulto grande queimado na Sala de Emergência.

Objetivos Específicos:

- Divulgar o Projeto de Intervenção Profissional desenvolvido;
- Apresentar a proposta de Protocolo de Atuação: “Abordagem ao Adulto Grande Queimado na Sala de Emergência”;
- Promover a reflexão sobre o papel do enfermeiro no seio da equipa multidisciplinar.

Conteúdos

**Tempo
Previsto**

1. Introdução:

1.1. Apresentação do formador;

1.2. Objetivos da sessão;

1.3. Contextualização da problemática.....

5 min.

<p>2. Desenvolvimento:</p> <p>2.1. Apresentação da Proposta de Protocolo de Atuação: Abordagem ao Adulto Grande Queimado na Sala de Emergência:</p> <p>2.1.1. Definição de queimadura;</p> <p>2.1.2. Tipos de queimaduras;</p> <p>2.1.3. Avaliação: localização, profundidade e extensão;</p> <p>2.1.4. Definição de grande queimado;</p> <p>2.1.5. Critérios de referenciação;</p> <p>2.1.6. Critérios de atendimento em sala de emergência;</p> <p>2.1.7. Objetivos do Protocolo;</p> <p>2.1.8. Execução:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medidas de Segurança e Controlo de Infeção; - Exame Primário: A - Manutenção da via aérea com controlo da coluna cervical, B – Ventilação, C - Status cardíaco, circulatório e controlo de hemorragia, D - Avaliação de défice neurológico, E - Exposição e controlo ambiental; - Exame Secundário: monitorização hemodinâmica, gestão da dor, colheita de história clínica e circunstâncias do evento, exame físico e avaliação da queimadura, gestão de fluídos à superfície corporal queimada, exames complementares de diagnóstico, apoio emocional, cuidados/tratamento às feridas; - Referenciação e Transferência. <p>2.1.9. Monitorização.....</p> <p>3. Discussão e Conclusões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importância da prática baseada em evidência; 	<p>45 min.</p>
--	----------------

<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão sobre a importância do enfermeiro no seio da equipa multidisciplinar; - Esclarecimento de dúvidas; - Debate em equipa..... 	10 min.
Metodologia e Recursos	
<p>Metodologia: Método expositivo-participativo</p> <p>Recursos: Apresentação Power-Point®</p>	
Avaliação da Sessão	
Aplicação de questionários de avaliação da sessão de formação e do protocolo desenvolvido.	

Apêndice VI - Material de Apoio à Sessão de Formação em Serviço:
Abordagem ao Adulto Grande Queimado na Sala de Emergência.

Abordagem ao Adulto Grande Queimado na Sala de Emergência

Mestrado em Enfermagem em Associação, Universidade de Évora
Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica
Estágio Final - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

Aluna: Ana Rita Martins | Enf.ª Orientadora: [Redacted] | Docente: Prof. Dr. Adriano Pedro

28 Janeiro 2022



1

SUMÁRIO

1. Objetivos da Sessão
2. Contextualização da Problemática
3. Apresentação da Proposta de Protocolo de Atuação
4. Discussão e Conclusões
5. Bibliografia

2

1. Objetivos da Sessão

1.1. Objetivo Geral:


- Contribuir para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados ao adulto grande queimado na sala de emergência.

1.2. Objetivos Específicos:

- Divulgar o Projeto de Intervenção Profissional desenvolvido;
- Apresentar a proposta de Protocolo de Atuação: "Abordagem ao Adulto Grande Queimado na Sala de Emergência";
- Promover a reflexão sobre o papel do enfermeiro no seio da equipa multidisciplinar.

3

2. Contextualização da Problemática

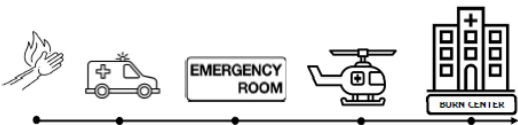


- Porque a temática do cuidado ao grande queimado?

- É uma temática pertinente?

4

2. Contextualização da Problemática




Os cuidados iniciais prestados ao grande queimado vão influenciar, significativamente, os seus resultados a longo-prazo.

(American Burn Association (ABA), 2016)

5

2. Contextualização da Problemática

- Apresentações infrequentes deste tipo de doentes nos serviços de urgência, associadas a um déficite de formação e treino, originam um desempenho subótimo por parte dos profissionais (Chapp et al., 2008).
- Não é invulgar os enfermeiros possuírem conhecimentos insuficientes sobre o cuidado emergente à pessoa queimada, sendo fundamental investir em programas educacionais (Lain et al., 2016).




Qual a nossa realidade?

6

2. Contextualização da Problemática

Questionário à equipa de enfermeiros do SUMC (25 respostas):

- 45% não abordam um grande queimado há mais de um ano;
- 25% nunca abordaram um grande queimado;
- 52% não se sentem seguros ou confiantes na prestação de cuidados ao grande queimado;
- 100% consideram pertinente o desenvolvimento de estratégias para promover a segurança e a qualidade dos cuidados prestados ao grande queimado na sala de emergência (8% pertinente - 92% muito pertinente);
- 100% considera pertinente a realização de formação sobre a temática (4% pertinente - 96% muito pertinente);
- 100% considera pertinente a elaboração de um documento orientador e uniformizador da prática (4% pertinente - 96% muito pertinente).



7

2. Contextualização da Problemática



Guidelines
Recomendações Nacionais

Revisão da Literatura
Adequação ao Contexto

Protocolo de Atuação

8

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

PROTÓCOLO DE ATUAÇÃO		NO. 1234	DATA 12/01/2012
ABORDAGEM AO ADULTO GRANDE QUEIMADO NA SALA DE EMERGÊNCIA UNIDADE HOSPITALAR CENTRO HOSPITALAR		PROFESSOR(A)	DATA 12/01/2012
ELABORAÇÃO: Nome: [Redacted] Cargo: [Redacted] - Professor	APROVAÇÃO: Cargo: [Redacted] - [Redacted]		
REVISÃO EM [Redacted]			
REVISÃO EM [Redacted]			
REVISÃO EM [Redacted]			

9

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

3.1. Objetivos:

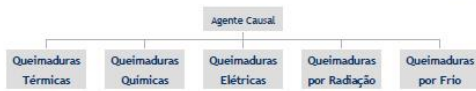
- Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados ao grande queimado na sala de emergência;
- Uniformizar os cuidados prestados ao grande queimado na sala de emergência;
- Promover a referenciação adequada e atempada para unidades de queimados;
- Promover a continuidade dos cuidados prestados ao adulto grande queimado.

10

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

3.2. Definições:

As queimaduras envolvem lesões da pele e dos tecidos subjacentes, sendo resultantes da exposição a agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos. (ABA, 2016).



11

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

A avaliação de uma queimadura implica a caracterização da sua localização, profundidade e extensão.

Localização: face, mãos, pés, tórax, grandes articulações, genitais e perineo são consideradas zonas especiais, às quais se atribui maior gravidade pelo elevado risco de sequelas estéticas ou funcionais (ABA, 2016).



12

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

Profundidade: atualmente, aplica-se um sistema de classificação por espessura, que substitui a tradicional classificação por graus (ASA, 2016).

Graus	Espessura	Envolvimento
1º	Epidérmicas	Epidérme
	Superficiais Parciais	Epidérme e camada superior da derme
2º	Profundas Parciais	Epidérme e camadas profundas da derme
	Profundas Completas	Todas as camadas da pele e tecido subcutâneo
4º	Profundas Completas +	Todas as camadas da pele e tecidos subjacentes, como músculos, tendões ou ossos

13

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação



Queimadura Epidérmica

Queimadura Superficial Parcial

14

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação



Queimadura Profunda Parcial (I)
Queimadura Profunda Completa (II)

Queimadura Profunda Completa

15

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação



Queimadura Profunda Completa +

16

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

Extensão: traduz-se em percentagem, na superfície corporal queimada (SCQ) e pode ser estimada através da Regra dos Nove ou da Regra Palmar. Apenas queimaduras parciais ou completas são contabilizadas no cálculo da SCQ.

Regra dos Nove

Regra Palmar

17

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

Fisiopatologia das Queimaduras:

A fisiopatologia das queimaduras é complexa, tendo repercussões a nível local e sistémico (Leitch et al., 2020).

Resposta Local

O fenómeno de Jackson caracteriza a natureza progressiva das queimaduras (ABA, 2018).

18

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

Resposta Sistémica

Compromisso da Via Aérea e da Ventilação

- Edema generalizado;
- Lesão por inalação;
- Broncoconstrição;
- Queimaduras circunferenciais ou semi-circunferenciais do tórax e pescoço.

(Leitch et al., 2020)

19

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

Resposta Sistémica

Alterações Cardiovasculares:

- Libertação de mediadores inflamatórios:
 - > ↑ Permeabilidade capilar;
 - > ↓ Fluidos no espaço intravascular;
 - > Hipoperfusão/Choque;
- Alterações iónicas:
 - > Alterações na atividade elétrica cardíaca;
- Queimaduras circunferenciais ou semi-circunferenciais:
 - > síndrome de compartimento.

(Leitch et al., 2020)

20

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

Resposta Sistémica

Alterações Imunológicas:

- Desregulação imunitária/imunosupressão:
 - > ↑ Risco de infeção e sépsis.

Alterações metabólicas:

- Instalação de quadro de hipermetabolismo.

(Leitch et al., 2020)

21

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

Qual é a definição de grande queimado?

22

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

A definição de grande queimado não é consensual na literatura.

> 25% superfície corporal queimada (Hesterwacht & Peperl, 2004)

Mecanismo de lesão
Região anatómica envolvida
Características da vítima (Petro et al., 2021)

Critérios de Referência para Unidades de Queimados

23

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

Critérios de Referência para Unidades de Queimados

- Variam ligeiramente consoante a entidade emissora da guideline (American Burn Association [ABA], European Burns Association [EBA], International Society for Burn Injuries [ISBI], ...) (Agope et al., 2021).
- Em Portugal, estes critérios foram definidos na norma n.º 022/2012, atualizada em 2017, da Direção-geral de Saúde [DGS].

24

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação



NORMA

NÚMERO: 022/2012
 DATA: 26/12/2012
 ATUALIZAÇÃO: 13/07/2017

ASSUNTO: Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica no Adulto
 PALAVRAS-CHAVE: Queimaduras
 PMPA: Médicos do Sistema de Saúde
 CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqa@dgs.mns-saude.pt)

Francisco Pinheiro
 Maura George

25

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

Crítérios de Referenciação para Unidades de Queimados (DGS, 2017):

- Idade superior a 65 anos;
- Queimaduras em mais de 10% da superfície corporal;
- Queimaduras profundas de espessura parcial (antigo 3º grau) em mais de 2% de superfície corporal;
- Queimaduras da face, pescoço, tórax, perineo, mãos e pés;
- Queimaduras circulares do tórax e/ou membros;
- Queimaduras profundas completas em qualquer grupo etário;
- Queimaduras elétricas;
- Queimaduras químicas;
- Carboxihemoglobina > 10%;

26

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

Crítérios de Referenciação para Unidades de Queimados (DGS, 2017):

- Queimaduras com lesões associadas: inalação de fumo e/ou substâncias tóxicas; traumatismo crânio-encefalico; traumatismo músculo-esquelético;
- Queimaduras com doenças associadas: Diabetes mellitus, doença hepática, renal, cardíaca, psiquiátrica e/ou neurológica, neoplasias e situações de imunodepressão;
- Suspeita de lesão por maus-tratos;
- Neurose epidérmica tóxica (síndrome de Lyell);
- Queimaduras em pessoas que requerem intervenção social, emocional ou de reabilitação.

27

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

Crítérios de atendimento de grande queimado na sala de emergência da Unidade Hospitalar de Portimão:


- Queimaduras em mais de 10% de superfície corporal;
- Queimaduras completas (antigo 3º ou 4º grau) em mais de 2% de superfície corporal;
- Queimaduras da face, pescoço, tórax, genitais e/ou perineo;
- Queimaduras elétricas;
- Queimaduras químicas;
- Lesões por inalação;
- Queimaduras circunferenciais do tórax e/ou membros;
- Queimaduras associadas a trauma maior;
- Qualquer queimado com instabilidade hemodinâmica, ventilatória e/ou neurológica instalada ou prevista.

28

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

3.3. Execução:

A admissão de grande queimado na sala de emergência implica:



29

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

1. Medidas de Segurança e Controlo de Infecção

- Colocar equipamento de proteção individual:
- Bata descartável;
- Luvas;
- Proteção ocular;
- Proteção respiratória;
- Touca.



30

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

2. Exame Primário


- A - Manutenção da via aérea com controlo da coluna cervical
- B - Ventilação
- C - Status cardíaco, circulatório e controlo de hemorragia
- D - Avaliação de défice neurológico
- E - Exposição e controlo ambiental

31

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

A - Manutenção da via aérea com controlo da coluna cervical

- Imobilizar a coluna cervical;
- Avaliar a via aérea e manter a sua permeabilidade;
- Elevar a cabeceira a 30-45°;
- Identificar precocemente sinais e sintomas de lesão por inalação: edema na via aérea, queimaduras na boca, pelos faciais queimados, mucosidade, estridor, tosse, broncoarritmia, expectoração carbonácea, dispneia, agitação e/ou confusão;
- Antecipar intubação endotraqueal nas seguintes situações:
 - Pessoa inconsciente;
 - Queimaduras envolvendo mais de 25% de superfície corporal;
 - Índice de Clark > 2;
 - Inalação ou intoxicação por monóxido de carbono;
 - Queimaduras circunferenciais do pescoço e do tórax.



32

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

A - Manutenção da via aérea com controlo da coluna cervical

Critério	Pontuação
Espazo Fechado	1
Difoneia	1
Alteração de Consciência	1
Respiatório	1
Queimadura Facial	1
Expiração Carbónica	1
Femores/Alt. Auscultado	1
Total	7

Índice de Clark: score > 2 presume lesão inalatória (pqs, 2019).



33

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

B - Ventilação

- Avaliar padrão respiratório;
- Despitstar e tratar lesões concomitantes de trauma;
- Administrar oxigênio em alta concentração, por máscara de Hudson (15 L/min);
- Antecipar intubação endotraqueal nas seguintes situações:
 - Persistência de hipoxemia e/ou saturação periférica de oxigênio inferior a 90%, apesar da oxigenoterapia suplementar;
 - Insuficiência respiratória;
- Administrar 5mg de hidroocobalamina EV em casos de suspeita de intoxicação por cianeto de hidrogênio (queimados provenientes de ambientes com combustão em meios fechados, com hipoxemia refratária).




34

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

C - Status cardíaco, circulatório e controlo de hemorragia

- Identificar e controlar fontes de hemorragia decorrentes de trauma;
- Avaliar status cardíaco e circulatório;
- Avaliar sinais de compromisso neuro-circulatório em membros com queimaduras circunferenciais ou semi-circunferenciais;
- Assegurar dois acessos venosos periféricos de grande calibre (16G ou 18G), preferencialmente em área não queimada;
- Colher sangue para estudo de hemograma, bioquímica e coagulação;
- Em grandes queimados com sinais de hipotensão e hipoperfusão, iniciar fluidoterapia com Lactato de Ringer (500mL/h, se superfície corporal queimada ainda não estimada);
- Elevar membros com queimaduras circunferenciais ou semi-circunferenciais.




35

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

D - Avaliação de déficit neurológico

- Avaliar o nível de consciência através da Escala de Comas de Glasgow;
- Avaliar as pupilas;
- Avaliar resposta motora e sensitiva nos 4 membros;
- Avaliar gliosemia capilar, se alteração do estado de consciência.



36

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

E - Exposição e controlo da temperatura

- Expor a vítima;
- Em queimaduras químicas causadas por compostos secos (ex: cal-viva, cimento), remover primeiramente os compostos a seco (com escova ou compressas);
- Arrefecer as queimaduras através de irrigação com água à temperatura ambiente, por 5-10 minutos;
- Após irrigação, manter a vítima seca e envolvida em lençol esterilizado;
- Manter temperatura corporal > 35°C, através do recurso a manta térmica, aquecedor externo ou administração de soro aquecidos.



37

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

3. Exame Secundário

1. Monitorização hemodinâmica
2. Gestão da dor
3. Colheita de história clínica e circunstâncias do evento
4. Exame físico e avaliação da queimadura
5. Gestão de fluidos à superfície corporal queimada
6. Exames complementares de diagnóstico
7. Apoio emocional
8. Cuidados/tratamento às feridas

38

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

1. Monitorização hemodinâmica

- Débito urinário e características da urina;
- Frequência cardíaca;
- Estado de consciência;
- Saturação de oxigênio;
- Tensão arterial.

2. Gestão da dor

- Avaliar a dor através de escala adequada à pessoa;
- Gerir a dor através da administração de analgésicos (via endovenosa preferencial) e/ou estratégias não farmacológicas.



39

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

3. História clínica e circunstâncias do evento

- A (allergies) - alergias;
- M (medication) - medicação habitual;
- P (past medical history) - antecedentes de saúde;
- L (last meal) - última refeição;
- E (events) - circunstâncias da queimadura.

4. Exame físico e avaliação da queimadura

- Localização;
- Profundidade;
- Extensão.



40

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

5. Gestão de fluidos à superfície corporal queimada

- Se SCQ > 20% aplicar fórmula de Parkland:
 - Volume 24h (mL) = 4 x peso (kg) x SCQ (%)
 - 50% - primeiras 8 horas
 - 50% - 16 horas subsequentes.
- Débito urinário alvo: 0,5 mL/kg/h

6. Exames complementares de diagnóstico

- Análises;
- Gacimetria;
- ECG;
- Exames imagiológicos.



41

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

7. Apoio emocional

- Comunicação;
- Presença de familiares.

8. Cuidados/tratamento às feridas

- Se transferência prevista: lavar brevemente e cobrir de forma estéril;
- Se transferência não prevista ou atrasada:
 - Lavar com soro/água e gluconato de clorhexidina;
 - Desbridamento e drenagem de fístulas em acetopia;
 - Tratamento: trolamina, sulfadiazina de prata, gases parafinados, penso secundário.



42

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

4. Referenciação e Transferência

- Se reunidos critérios de referenciação, o médico referencia a vítima para unidade de queimados;
- Preparar a transferência:
 - Acesso venoso, sempre que possível;
 - Sonda gástrica, se intubação endotraqueal;
 - Realizar restrição da via oral;
 - Registos;
 - Reunir processo clínico, que acompanha a vítima;
- Transmitir informação relevante à equipa de transporte (ISBAR).



43

3. Apresentação de Proposta de Protocolo de Atuação

3.3. Monitorização:

- Exceções ao presente protocolo devem ser registadas e fundamentadas em processo clínico;
- Auditorias semestrais, com cálculo de taxa de conformidade de acordo com os itens listados no presente protocolo.



44

4. Discussão e Conclusões

- A criação de um protocolo alicerçado em evidência científica orienta a tomada de decisão dos profissionais e possibilita a gestão de circunstâncias clínicas específicas.
- O cuidado inicial contribui para a sobrevivência do grande queimado, visando um menor número de sequelas e o alcance de uma qualidade de vida com níveis satisfatórios de integração social, profissional e familiar.
- Os enfermeiros desempenham um papel ativo e dinâmico, em articulação com outros grupos profissionais, desenvolvendo intervenções qualificadas de vigilância, monitorização e terapêutica, possibilitando a manutenção de funções vitais e prevenindo complicações.

45

5. Bibliografia

- 1- American Burn Association. (2016). Advanced Burn Life Support Course. American Burn Association, 30, 1-60. <http://www.burns.org/burns-education/2016/08/2016-advanced-burn-life-support-course.pdf>
- 2- Clapp, E., Wallin, J., Garcia, D. F., & Holbrook, N. S. (2008). A 1-year study of burn injuries in a British Emergency Department. Burns, 34(4), 516-522. <https://doi.org/10.1054/burn.2007.271474>
- 3- Ordem Geral de Saúde. (2017). Alerte: Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idosos Adultos e no Adulto. 1-24. <https://www.dgs.gov.pt/Ordem-Geral-de-Saude-ec630a6c-744c-11e7-8339-000000000000>
- 4- European Burn Association. (2017). European Practice Guidelines for Burn Care. European Burn Association, 1-147. <http://www.eburna.org/wp-content/uploads/2016/09/EBA-Guidelines-2017-1.pdf>
- 5- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2017). Despacho n.º 146/2017. Diário da República n.º 269/2017, Série II de 2017-10-27, 27-38. <http://www.dgs.gov.pt/Ordem-Geral-de-Saude-ec630a6c-744c-11e7-8339-000000000000>
- 6- Hedgeschick, S., & Pajonk, R. (2016). Initial management of a major burn. In: Burns, 42(1), 155-157. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2015.07.001>
- 7- Jendrya, M. G., van Baer, A. E., Choudhry, M. A., Chang, K. K., Oliver, M. S., & Lapierre, S. (2018). Burn Injury. Nature Reviews Disease Primers, 4(1), 1-25. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.1>
- 8- Harzi, R. L., Elmaghr, A. S., Barber, F., & Yagci, P. H. (2017). Burn Guidelines – An International Comparison. European Burn Journal, 2, 125-138. <https://www.eburna.org/wp-content/uploads/2017/01/EBJ-Vol2-Issue2.pdf>
- 9- Liao, H. K., Wang, H. T. J., & Tsai, C. A. (2016). Nurse knowledge of emergency management for burn and mass burn injuries. Annals of Burns and Fire Disasters, 31(3), 246-250. <https://doi.org/10.1016/j.afd.2016.06.001>
- 10- Patrício, M. B., & Galvão, R. M. (2020). Cálculo urgente del paciente con quemaduras por intoxicación: una revisión bibliográfica. Anales Investigaciones, 17(18), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ain.2020.03.001>
- 11- Oliver, K. (2016). Emergency management of burns: Part 1. Emergency Nurse, 24(1), 17-40. <https://doi.org/10.17105/EN.2016.24.17>
- 12- Oliver, K. (2016). Emergency management of burns: Part 2. Emergency Nurse, 24(2), 17-40. <https://doi.org/10.17105/EN.2016.24.17>
- 13- World Health Organization. (2018). Burne. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

46

DÚVIDAS?

QUESTÕES?

SUGESTÕES?

OBRIGADA!



47

Apêndice VII - Questionário de Avaliação da Sessão de Formação e do Protocolo de Atuação.

Estimado formando:

Solicito a sua colaboração no preenchimento do presente questionário, para efeitos de avaliação da sessão de formação e do protocolo de atuação, intitulados “Abordagem ao Adulto Grande Queimado na Sala de Emergência. A confidencialidade das respostas é assegurada e os dados recolhidos serão codificados apenas como objeto de tratamento estatístico.

Relativamente à sessão de formação, classifique de 1 a 5 os seguintes parâmetros sendo 5 – Excelente, 4 – Satisfaz muito, 3 – Satisfaz, 2 – Satisfaz pouco e 1 – Não satisfaz.

Parâmetro	1	2	3	4	5
1. Adequação às suas expectativas					
2. Duração da sessão					
3. Meio audiovisuais utilizados					
4. Pertinência do conteúdo apresentado					
5. Satisfação em relação ao formador					

Relativamente ao protocolo de atuação, classifique de 1 a 5 os seguintes parâmetros sendo 5 – Excelente, 4 – Satisfaz muito, 3 – Satisfaz, 2 – Satisfaz pouco e 1 – Não satisfaz.

Parâmetro	1	2	3	4	5
1. Clareza					
2. Adequação do conteúdo científico					
3. Adequação ao contexto de trabalho					
4. Exequibilidade					
5. Apreciação global					

6. Sugestões:

Obrigada pela sua colaboração.

Ana Rita Martins,

Aluna do V Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica.

Apêndice VIII - Projeto de Estágio Final.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



V Mestrado em Enfermagem em Associação

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente Orientador: Prof. Dr. Adriano Pedro

Projeto de Estágio Final

Discente:

Ana Rita Cabral Gonçalves Martins, m48010

30 de setembro de 2021

V Mestrado em Enfermagem em Associação

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente Orientador: Prof. Dr. Adriano Pedro

PROJETO DE ESTÁGIO FINAL

Discente:

Ana Rita Cabral Gonçalves Martins, m48010

30 de setembro de 2021

ABREVIATURAS

Km – quilómetro

n.º - número

p. - página

ACRÓNIMOS E SIGLAS

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

█ – █

SUB – Serviço de Urgência Básico

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	1
1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	3
1.1 Centro Hospitalar [REDACTED]	3
1.2. Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico da Unidade Hospitalar de [REDACTED] ..	5
2. PLANEAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	11
2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	11
2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica	15
2.3 Competências de Mestre em Enfermagem	19
CONCLUSÃO	21
BIBLIOGRAFIA	22

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das unidades de saúde do [REDACTED] na região do [REDACTED].....	3
Figura 2 - Número (n.º) de atendimentos de urgência no [REDACTED], no ano de 2020, de acordo com a sua tipologia.	6
Figura 3 - Distribuição do n.º de atendimentos no [REDACTED], por nível de Urgência, no ano 2020.	6
Figura 4 - Distribuição do n.º de atendimentos de urgência de acordo com a triagem de Manchester no [REDACTED], no ano 2020.	7
Figura 5 - Caracterização dos enfermeiros do SUMC de acordo com a sua área de formação.	10

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros pelos postos de trabalho no SUMC.	9
Tabela 2 - Planeamento do Desenvolvimento de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista.	12
Tabela 3 – Planeamento do Desenvolvimento de Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica.	16

INTRODUÇÃO

O presente Projeto de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular: Estágio Final, parte integrante do plano de estudos do V Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialidade Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, lecionado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, no ano letivo 2021/2022, sob orientação do Professor Doutor Adriano Pedro.

O Estágio Final constitui-se como um momento de articulação e integração dos conteúdos programáticos das diferentes unidades curriculares que o precedem, pretendendo-se que o estudante mobilize um conjunto de conhecimentos e saberes na prática clínica, desenvolvida em contexto real de cuidados à pessoa/família em situação crítica, numa lógica de coerência com aquelas que são as competências, comuns e específicas, do enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem. Pretende-se, portanto, a evidência de uma profunda capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica, a fundamentação da tomada de decisão com base na teorização e na evidência científica, a promoção da melhoria dos cuidados de saúde, a contribuição para a governação clínica e para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

O presente Estágio decorrerá no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) da Unidade Hospitalar [REDACTED], pertencente ao Centro Hospitalar [REDACTED] ([REDACTED]), sob supervisão da enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, [REDACTED] [REDACTED]. Será realizado no período compreendido entre 13 de setembro de 2021 e 28 de janeiro de 2022, com interrupção letiva compreendida entre 23 de dezembro de 2021 e 02 de janeiro de 2022, perfazendo um total de 18 semanas. Estão previstas 388 horas de contato, das quais 336 horas referem-se a horas de estágio, 14 horas de orientação tutorial e 38 horas destinadas a outras atividades de interesse formativo.

O presente Projeto de Estágio surge, então, no sentido de estimular a construção de uma linha orientadora que defina, *a priori*, os objetivos e as atividades a desenvolver ao longo deste percurso. Estruturalmente, este documento organiza-se em dois capítulos. No primeiro,

faz-se uma breve Caracterização do Local de Estágio, partindo do plano geral institucional do [REDACTED], até ao SUMC da Unidade Hospitalar de [REDACTED]. O segundo capítulo é destinado ao Planeamento do Desenvolvimento de Competências: Comuns de Enfermeiro Especialista, Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem. O documento finaliza-se com a Conclusão e a Bibliografia, tendo sido redigido de acordo com as regras de elaboração, citação e referenciação da sétima edição da *American Psychological Association*.

1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

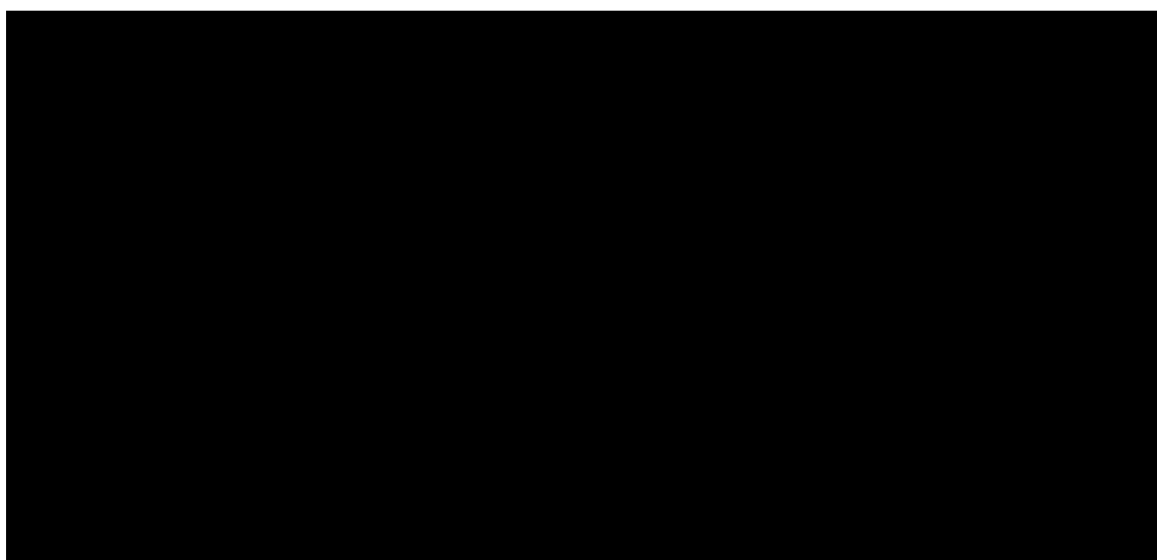
O Estágio Final será desenvolvido no SUMC da Unidade Hospitalar de [REDACTED], pertencente ao [REDACTED]. Neste capítulo pretende-se caracterizar, ainda que de forma breve, a instituição e o serviço onde o estudante irá desenvolver a sua atividade formativa.

1.1. Centro Hospitalar [REDACTED]

O [REDACTED] foi criado pelo decreto-lei [REDACTED] e integra o sector empresarial do estado, respondendo, no quadro do Serviço Nacional de Saúde, às necessidades de cuidados de saúde hospitalar da população residente na região [REDACTED] e, nalgumas valências, ao [REDACTED] ([REDACTED], 2021a).

O [REDACTED] é composto por três Unidades Hospitalares: [REDACTED] e [REDACTED], e pelo [REDACTED], localizado em [REDACTED]. A estas unidades, acrescentam-se quatro Serviços de Urgência Básica (SUB), sediados em [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], e [REDACTED], distribuindo-se, portanto, por toda a região do [REDACTED] por forma a garantir a cobertura do seu território ([REDACTED], 2021b).

Figura 1 - Distribuição das unidades de saúde do [REDACTED] na [REDACTED]



Fonte: [REDACTED], 2021c.

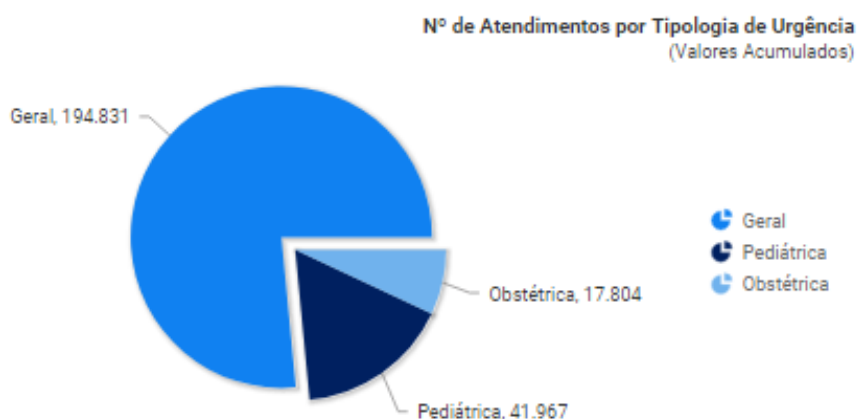
O [REDACTED] serve uma população residente de cerca de 580.000 habitantes, número que cresce substancialmente no pico sazonal turístico [REDACTED], 2021b). A sua missão incide na prestação de cuidados de saúde hospitalar diferenciados e cuidados especializados de medicina física e reabilitação, a formação pré e pós graduada contínua e a investigação em saúde ([REDACTED], 2021a).

Como se constata através da Figura 1, o [REDACTED] serve um extenso território, distando a Unidade Hospitalar de [REDACTED] cerca de 140 quilómetros (km) do SUB de [REDACTED] e este dista 60 km da sede do respetivo polo hospitalar. As duas unidades hospitalares principais – [REDACTED] - distam quase 70 km entre si e esta dispersão coloca enormes desafios, nomeadamente a alocação de recursos humanos e materiais, acarretando um esforço financeiro acrescido quando comparado com outras realidades do país. Além disso, as unidades do [REDACTED] são as que mais distam, em todo o território continental, dos hospitais que lhe servem de referência, localizados em Lisboa, a cerca de 300 km de distância. Esta realidade associada às dificuldades da região em assegurar e dotar profissionais, e a desadequação do parque tecnológico originam, por exemplo, tempos de resposta, equidade no acesso e preço dos serviços subcontratados menos eficientes, quando comparado com hospitais similares ([REDACTED], 2021a).

Apesar destes constrangimentos, a visão do [REDACTED] é ser um exemplo na prestação de cuidados de saúde, evoluindo num sentido de crescimento sustentável, compromisso, sentido de mudança e diferenciação, ambicionando a criação de valor para todos os seus utentes, tornando-se uma marca de referência no setor da saúde ([REDACTED], 2021b). No que respeita ao seu posicionamento estratégico, a instituição tem definidos como valores: humanização, dedicação e empenho; competência, excelência e rigor; contextos de trabalho saudáveis; motivação e satisfação dos profissionais; trabalho em equipa com ênfase na multidisciplinaridade; respeito pelos princípios éticos, dignidade humana, direitos dos utentes e por elevados padrões de segurança e qualidade assistencial; equidade no acesso aos cuidados que disponibiliza; criação de valor em saúde; cultura de serviço público, centrado

Segundo dados da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), no ano de 2020, existiu um total de 254 602 atendimentos de urgência no [REDACTED], que se distribuem de acordo com a sua topologia, como demonstra a Figura 2.

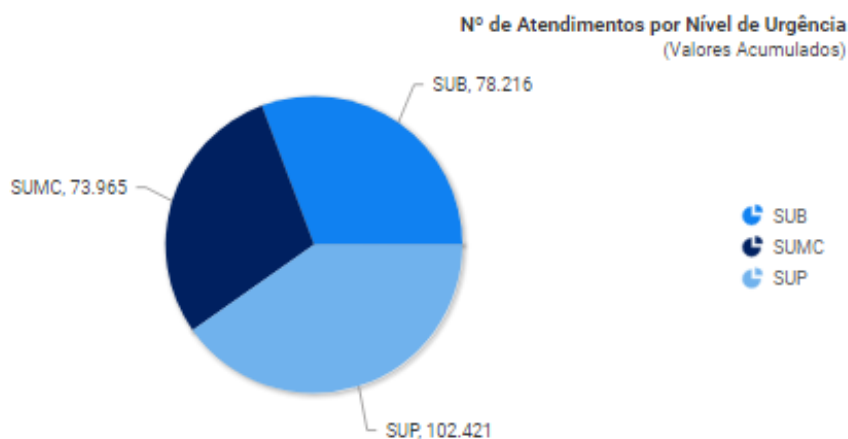
Figura 2 - Número (n.º) de atendimentos de urgência [REDACTED], no ano de 2020, de acordo com a sua tipologia.



Fonte: ACSS, 2021.

Deste total, cerca de 29% (73 965) foram realizados no SUMC da Unidade Hospitalar de [REDACTED], tal como demonstra a Figura 3. Estes valores conduzem a uma média de, aproximadamente, 202 atendimentos por dia neste serviço.

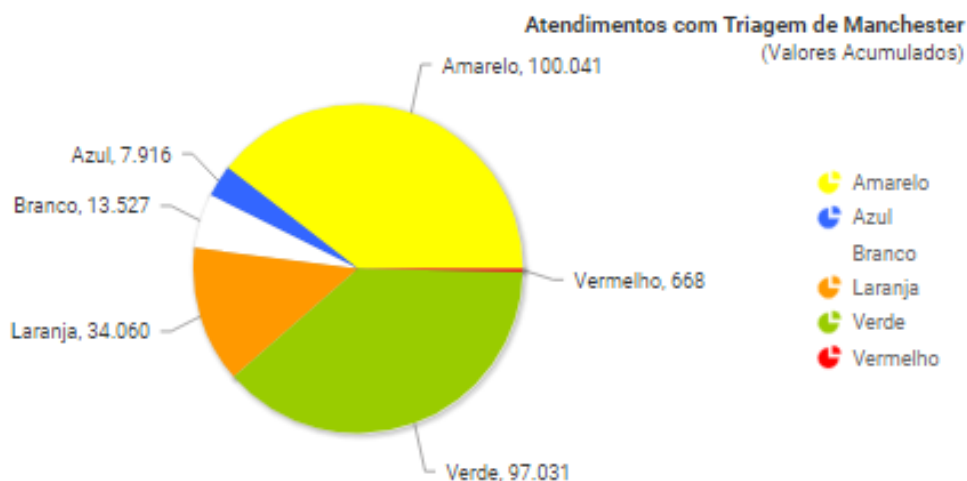
Figura 3 - Distribuição do n.º de atendimentos [REDACTED], por nível de urgência, no ano 2020.



Fonte: ACSS, 2021.

No que respeita à caracterização qualitativa do atendimento de acordo com a Triagem de Manchester, não sendo os dados isolados para o SUMC, mas sim transversais aos serviços de urgência do [REDACTED], verifica-se a distribuição de acordo com a Figura 4.

Figura 4 - Distribuição do n.º de atendimentos de urgência de acordo com a Triagem de Manchester [REDACTED], no ano 2020.



Fonte: ACSS, 2021.

Pela análise da Figura 4, constata-se que um importante volume de atendimentos diz respeito a triagens de Manchester classificados como amarelo, laranja e vermelho, correspondendo a um total de 53,2% dos mesmos. Desta forma, e tendo em consideração que esta classificação se refere a doentes urgentes, muito urgentes e emergentes respetivamente, o local de estágio selecionado parece constituir-se como um campo de exploração interessante para o desenvolvimento de competências no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica.

No que respeita à organização estrutural e funcional do SUMC, atualmente, ele constitui-se por vários postos, que servem dois circuitos de doentes: o circuito respiratório, instituído no contexto pandémico da Covid-19, e o circuito geral. A pessoa que recorre ao SUMC é orientada para o circuito respiratório ou para o circuito geral no posto de pré-triagem, e, após a admissão, ela é triada de acordo com o Protocolo de Triagem de Manchester. Existem várias zonas destinadas à prestação de cuidados: a área dedicada a doentes

respiratórios, a área de decisão clínica, a zona de atendimento de adultos e duas salas de reanimação.

A área dedicada a doentes respiratórios tem uma lotação de 10 cadeirões ou macas e é destinado a utentes com confirmação ou suspeita de SARS-COV-2 positivo. Na presença de teste rápido negativo, o utente é encaminhado para as áreas do circuito geral. Em caso de teste positivo, o utente permanece neste espaço até ter alta ou até ser encaminhado para um dos serviços de internamento.

A área de decisão clínica, pertencente ao circuito geral, é o local para onde são encaminhados os utentes que necessitam de aguardar em maca pela observação médica, por meios complementares de diagnóstico e terapêutica e onde lhes são prestados cuidados de enfermagem. Ficam também neste espaço os utentes que necessitam de maior nível de monitorização hemodinâmica e utentes que estão em processo de internamento, a aguardar vaga nos respetivos serviços. A zona de atendimento de adultos, também inserida no circuito geral, é destinada a utentes que não necessitam de estar em maca ou de monitorização do estado hemodinâmico e divide-se em várias áreas de prestação de cuidados, nomeadamente a sala de ortopedia, sala de pequena cirurgia, balcões, sala de espera de doentes triados a amarelo e laranja, e sala de espera de doentes triados a azul e verde. As salas de reanimação destinam-se à prestação de cuidados de enfermagem e intervenções médicas diferenciadas ao doente crítico, existindo uma sala para cada circuito.

No que respeita aos recursos humanos, o SUMC conta com a colaboração direta ou indireta de várias equipas profissionais: enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, assistentes técnicos administrativos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, entre outros.

No que concerne à equipa de enfermagem, ela é constituída pelo enfermeiro-chefe, um enfermeiro de substituição de coordenação e 88 enfermeiros organizados em 4 equipas. Cada equipa conta com o seu respetivo chefe-de-equipa, cargo assumido por um enfermeiro especialista, que lidera, gere e otimiza a resposta da mesma. No SUMC, a metodologia de trabalho utilizada é preferencialmente o método individual, mas frequentemente, por

necessidade de otimização de recursos, é utilizado um método misto, onde se encontram também traços do método de equipa e do método funcional (Costa, 2004). A distribuição dos enfermeiros pelos diferentes postos não implica dedicação exclusiva, sendo que frequentemente há redistribuição de recursos humanos consoante as necessidades. Os vários setores são distribuídos de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros pelos postos de trabalho no SUMC.

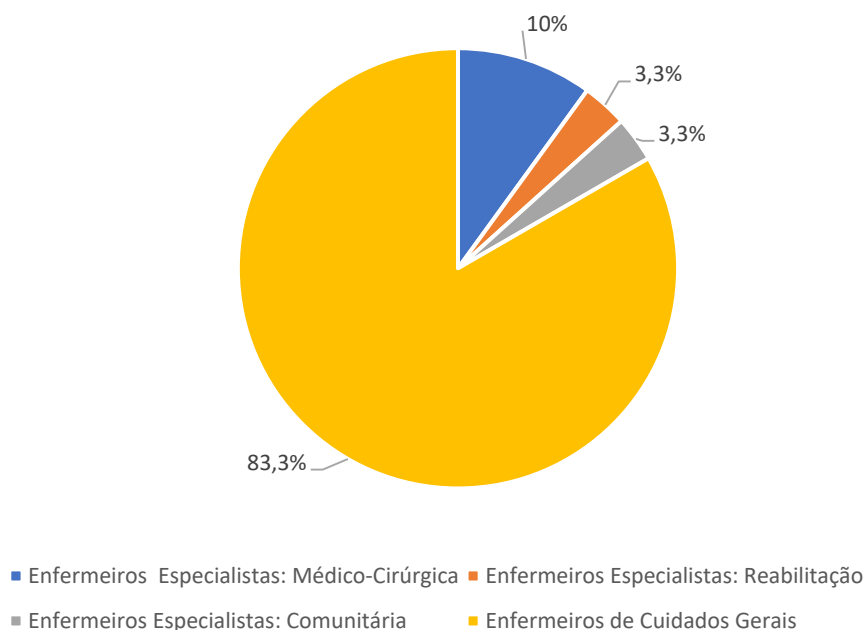
Setor		N.º enfermeiros no turno da manhã (08:00-20:30)	N.º de enfermeiros no turno da noite (20:00-08:30)
Chefia de equipa		Enfermeiro-chefe	Enfermeiro chefe-de-equipa
Pré-triagem		1 enfermeiro	1 enfermeiro
Triagem		1 enfermeiro	1 enfermeiro
Reanimação		1 enfermeiro	1 enfermeiro
Apoio à Reanimação		2 enfermeiros (dos quais um chefe de equipa, que assume a chefia às 16:00)	1 enfermeiro
Balcões		2 enfermeiros	2 enfermeiros
Decisão Clínica		2 enfermeiros	2 enfermeiros
Internados / Pequena Cirurgia / Ortopedia		3 enfermeiros	2 enfermeiros
Área Dedicada a Doentes Respiratórios		2 enfermeiros	2 enfermeiros
Via Verde Coronária		1 enfermeiro	1 enfermeiro
Transferências	Primeiras	1 enfermeiro destacado dos Balcões	1 enfermeiro destacado dos Balcões
	Segundas	1 enfermeiro destacado da Decisão Clínica	1 enfermeiro destacado da Decisão Clínica

Fonte: própria.

Dos 90 enfermeiros que compõe a equipa de enfermagem do SUMC, 15 são enfermeiros especialistas, que constituem uma percentagem aproximada de 16,6%. A maior parcela diz respeito a enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (10%),

seguindo-se a especialidade de Reabilitação (3,3%) e de Comunitária (3,3%), tal como se verifica na Figura 5.

Figura 5 - Caracterização dos enfermeiros do SUMC de acordo com a sua área de formação.



Fonte: própria.

Esta realidade está ainda distante daquilo que é preconizado pelo Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, que recomenda que 50% dos enfermeiros em Serviços de Urgência sejam especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Contudo, é importante referir que vários enfermeiros neste serviço se encontram, atualmente, em processo de formação para aquisição deste título.

O SUMC articula-se frequentemente com o serviço onde desempenho funções, a Unidade de Cuidados Intensivos da mesma Unidade Hospitalar; contudo, cada serviço possui uma dinâmica muito particular. Assim, neste Estágio pretendo fugir daquela que é a minha área de conforto, no sentido de complementar conhecimentos e competências científicas, técnicas e humanas na abordagem à pessoa em situação crítica, desenvolver um olhar mais

amplo e reflexivo sobre o circuito desta pessoa na instituição e sobre a continuidade de cuidados que lhe são prestados.

2. PLANEAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente Estágio Final almeja que se desenvolvam competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, na área Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, bem com competências de mestre em Enfermagem. Numa primeira análise, concetualizar estas competências é fundamental para que se possam traçar objetivos e planejar atividades em conformidade com as mesmas.

2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista define que competências comuns são:

(...) as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p. 4745)

De acordo com o disposto no Regulamento supracitado, e tendo em conta os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, definiram-se objetivos e planearam-se atividades para o presente Estágio, conforme o descrito na Tabela 2.

Tabela 2 - Planejamento do Desenvolvimento de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista.

Domínio de Competência	Objetivos	Atividades
A - Responsabilidade profissional, ética e legal;	<p>1 - Desenvolver uma prática profissional e ética na prestação de cuidados;</p> <p>2 - Promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão dos conteúdos programáticos da unidade curricular: Ética, Epistemologia e Direito em Enfermagem; - Revisão de bibliografia relevante: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Código Deontológico do Enfermeiro, Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes, Lei de Bases da Saúde entre outros; - Demonstração de uma prática profissional baseada no respeito pelos direitos humanos, assegurando, entre outros, a confidencialidade, a segurança, a privacidade, o respeito pelas crenças e valores, a autodeterminação e a autonomia da pessoa. - Participação na construção da tomada de decisão em equipa; - Envolvimento da pessoa/família nos processos de tomada de decisão; - Reflexão sobre os processos de tomada de decisão; - Reflexão sobre os problemas e/ou dilemas éticos que possam surgir no decurso da prática clínica; - Promoção do exercício profissional de acordo com a ética e a deontologia profissional no seio da equipa.
B - Melhoria contínua da qualidade;	<p>1 – Colaborar em iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>2 - Colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>3 - Promover um ambiente terapêutico e seguro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão dos conteúdos programáticos das unidades curriculares: Gestão em Saúde e Governação Clínica, e Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde; - Revisão de bibliografia relevante: recomendações, protocolos e normas de orientação clínica, na área da qualidade e da melhoria contínua; - Consulta de protocolos, normas e projetos em vigor na instituição e no serviço; - Identificação de oportunidades de melhoria; - Elaboração de um projeto de intervenção para melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa queimada na Sala de Reanimação;

		<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração com processos de auditoria, se possível; - Reforço de práticas seguras, de forma a reduzir a probabilidade de erro humano; - Colaboração na identificação de riscos potenciais ou reais, para o doente e/ou equipa; - Identificação do sistema utilizado para participação de riscos e incidentes adversos.
C - Gestão dos cuidados;	<p>1 - Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>2 - Otimizar a qualidade dos cuidados através da liderança e gestão de recursos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão dos conteúdos programáticos da unidade curricular: Gestão em Saúde e Governação Clínica; - Revisão de bibliografia relevante: legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados; - Caracterização da instituição e do serviço no que respeita aos seus recursos humanos e materiais, organização estrutural, funcional, e acessibilidade, através da observação, consulta de documentação disponível e informação partilhada pelos diversos elementos da equipa; - Participação nas decisões da equipa multiprofissional; - Reconhecimento de situações em que haja necessidade de referenciação para outros profissionais; - Disponibilização de assessoria aos enfermeiros e restantes elementos da equipa; - Reflexão sobre estratégias de liderança, através da observação do papel do enfermeiro-chefe e dos enfermeiros chefes de equipa; - Orientação, supervisão e avaliação das tarefas delegadas, por forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados; - Utilização eficiente dos recursos disponíveis; - Promoção de um ambiente positivo e favorável à prática.
D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.	<p>1 - Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>2 – Desenvolver uma prática clínica fundamentada em sólidos padrões de conhecimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão sobre os limites profissionais e pessoais; - Desenvolvimento da capacidade de gestão das características pessoais na construção da relação de ajuda; - Otimização da resposta em situações potenciadoras de stress e conflito; - Identificação de necessidades formativas no seio da equipa;

		<ul style="list-style-type: none"> - Realização de sessões de formação que vão de encontro a necessidades identificadas; - Revisão dos conteúdos programáticos da unidade curricular: Formação e Supervisão em Enfermagem; - Participação em ações formativas que contribuam para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas; - Mobilização de conhecimentos na fundamentação da prática clínica especializada, segura e competente; - Revisão dos conteúdos programáticos da unidade curricular: Investigação em Enfermagem; - Revisão bibliográfica contínua, fidedigna e atualizada, assegurando uma prática clínica baseada na evidência; - Elaboração de um artigo científico; - Colaboração em outros estudos de investigação e projetos em curso ou a desenvolver.
--	--	--

Fonte: própria.

2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica

As competências específicas do enfermeiro especialista definem-se como aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e 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.” (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p.4745).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica caracteriza os cuidados de enfermagem nesta área de intervenção como cuidados altamente qualificados, destinados à pessoa em situação crítica, visando manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

De acordo com o disposto no Regulamento supracitado, e tendo em conta aquelas que são as competências do enfermeiro especialista nesta área de intervenção, definiram-se objetivos e planearam-se atividades para o presente Estágio, conforme o descrito na Tabela 3.

Tabela 3 – Planejamento do Desenvolvimento de Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica.

Competências	Objetivos	Atividades
<p>A - Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;</p>	<p>1 - Prestar cuidados à pessoa em situação emergente; 2 - Antecipar focos de instabilidade e risco de falência orgânica; 3 - Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos; 4 - Gerir a dor e o bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; 5 - Gerir a comunicação interpessoal com a pessoa/família; 6 - Gerir o estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa/família; 7 - Assistir a pessoa/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão dos conteúdos programáticos das unidades curriculares: Enfermagem Médico-Cirúrgica 1, Enfermagem Médico-Cirúrgica 2, Enfermagem Médico-Cirúrgica 4 e Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada; - Revisão de bibliografia relevante: normas, orientações, <i>guidelines</i> dedicadas à abordagem à pessoa em situação crítica; - Desenvolvimento da capacidade de identificação e diagnóstico de focos de instabilidade; - Desenvolvimento de uma resposta pronta e antecipada aos focos de instabilidade; - Prestação de cuidados de alta complexidade orientados para a pessoa em situação crítica e com disfunção orgânica; - Mobilização de conhecimentos e competências adquiridos nos cursos de Suporte Avançado de Vida e <i>International Trauma Life Support</i>; - Cooperação no transporte do doente crítico; - Avaliação dos cuidados prestados e reformulação do plano de cuidados, em função das necessidades identificadas; - Desenvolvimento de uma prática focada no bem-estar físico, psico-social e espiritual da pessoa e família em situação crítica; - Gestão diferenciada da dor, através de estratégias farmacológicas e/ou não farmacológicas; - Aplicação de estratégias de comunicação com a pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença;

		<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento de relações terapêuticas com a pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença; - Desenvolvimento de estratégias facilitadoras da dignificação da morte e dos processos de luto; - Sistematização da abordagem ao doente queimado na Sala de Reanimação.
B - Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe; 2 - Colaborar na conceção de planos de emergência e catástrofe; 3 - Colaborar no planeamento de resposta a situações de catástrofe; 4 - Gerir os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe; 5 - Prestar cuidados de enfermagem à vítima, preservando os vestígios de indícios de prática de crime. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão dos conteúdos programáticos das unidades curriculares: Enfermagem Médico-Cirúrgica 3 e Enfermagem Médico-Cirúrgica 4; - Revisão de bibliografia relevante, como o Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil, Plano Municipal de Proteção Civil de ██████████, entre outros; - Realização de estágio de observação no Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro de ██████████; - Conhecimento dos planos de emergência interna e externa da instituição e do serviço; - Participação em eventos e/ou ações de formação sobre situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, se possível; - Participação em atividades de treino ou simulacros de resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, caso ocorram exercícios deste tipo durante o período de estágio; - Diagnóstico precoce de indícios de prática de crime; - Encaminhamento das vítimas de suspeita de crime para as entidades competentes.
C - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Colaborar na conceção de planos de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos no contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão dos conteúdos programáticos da unidade curricular: Enfermagem Médico-Cirúrgica 5; - Revisão de bibliografia relevante na área, como o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, entre outros;

<p>complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.</p>	<p>2 - Colaborar com o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento dos planos de prevenção, intervenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos desenvolvidos a nível institucional; - Prestação de cuidados ao doente crítico, cumprindo com as medidas de prevenção e controlo de infeção da instituição/serviço; - Identificação de necessidades do serviço em termos de prevenção e controlo de infeção; - Promoção da adesão da pessoa e família na prevenção e controlo da infeção hospitalar; - Realização de estágio de observação no Gabinete de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos; - Sistematização de cuidados de prevenção e o controlo da infeção na abordagem ao doente queimado.
---	--	---

Fonte: própria.

2.3. Competências de Mestre em Enfermagem

As competências de mestre estão salvaguardadas no Decreto-Lei n.º 74/2006, que regula os regimes jurídicos dos graus académicos no Ensino Superior. No que concerne ao mestre em Enfermagem, o pedido de acreditação do novo ciclo de estudos à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior da Universidade de Évora define que:

O Mestre em Enfermagem:

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.(Universidade de Évora, 2015,p.26)

Tendo em conta as competências supracitadas e atendendo a que o presente Estágio visa não só o desenvolvimento de competências clínicas, mas também o desenvolvimento de competências de investigação, para além dos objetivos e atividades apresentadas nos subcapítulos anteriores, esta etapa do processo formativo contempla também a elaboração de um artigo científico, que possa servir de sustentação ao Projeto de Intervenção no campo de estágio.

Além disso, e ainda no que respeita ao desenvolvimento das competências de mestre em Enfermagem, é importante fazer referência à elaboração do Relatório que, sendo uma Unidade Curricular independente, encontra-se intimamente articulada com o presente Estágio, na medida em que os resultados obtidos e as competências desenvolvidas nesta etapa irão contribuir para a posterior construção do mesmo.

CONCLUSÃO

Com a elaboração do presente Projeto de Estágio foi possível delinear objetivos e planejar atividades tendo em vista o desenvolvimento e a apropriação de competências especializadas em Enfermagem, comuns e específicas à área da Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, e de mestre em Enfermagem. Contudo, e tendo em consideração que este documento é elaborado numa fase inicial do Estágio, é importante ressaltar que este processo pode sofrer alterações no seu decurso: ou seja, poderão ser identificadas novas necessidades ou contempladas outras atividades que respondam aos objetivos propostos.

Como ficou evidente, os resultados e as competências adquiridas neste Estágio Final serão, posteriormente, materializados no Relatório de Mestrado, com consequente discussão em provas públicas. O Projeto de Intervenção a desenvolver neste Estágio, bem como o Artigo Científico, serão desenvolvidos em documentos próprios e integrarão também o Relatório supracitado.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7thedition.). <https://doi.org/1037/0000165-000>
- ACSS. (2021). *Monitorização Mensal de Hospitais - Produção e Rácios de Eficiência - Urgências*. https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard
- ██████████ (2021a). *Plano de Atividades e Orçamento: 2020*. <http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2021/02/PAO-2020.pdf>
- ██████████. (2021b). *Relatorio Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saude: 2020*. <http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2021/06/Relatorio-Anual-sobre-o-Acesso-a-Cuidados-de-Saude.pdf>
- ██████████. (2021c). *Relatório de Gestão e Contas: 2020*. <http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2021/09/CHUA-RGC-2020.pdf>
- Costa, J. (2004). *Métodos de prestação de cuidados*. Millenium. [https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/560/1/Métodos de prestação de cuidados.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/560/1/Métodos%20de%20prestação%20de%20cuidados.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 : Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário Da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16*, 19359–19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário Da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25*, 128–155. <https://dre.pt/home/-/dre/124981040/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06*, 4744–4750.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Universidade de Évora. (2015). *NCE/14/01772 — Apresentação do pedido corrigido - Novo ciclo de estudos*. <http://gdoc.uevora.pt/384829>