

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA:
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO FINAL

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

**Qualidade nos cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta em Situação Crítica
Queimada na Sala de Emergência: Um protocolo de Intervenção**

Nome: Liliana Sofia Carvalho Marques, n.º 5210030

Orientador: Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA:
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO FINAL

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

**Qualidade nos cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta em Situação Crítica
Queimada na Sala de Emergência: Um protocolo de Intervenção**

Apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Nome: Liliana Sofia Carvalho Marques, n.º 5210030

Professor Supervisor: Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório

Responsável pela Unidade Curricular: Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte

Leiria, setembro de 2023

“Aprender a investigar implica atravessar uma experiência pessoal e profissional complexa, difícil e inquietante”

Vilelas (2022, p.15)

AGRADECIMENTOS

A mim própria, pela coragem de ter ingressado nesta aventura, pela força ao longo destes dois anos desafiadores e difíceis. Por conseguir transformar as dificuldades em oportunidades e terminar esta meta sabendo que não é um fim, mas sim o início de outra jornada.

Aos meus pais, José e Maria, por serem SEMPRE um exemplo, um referencial de vida, de princípios, de integridade e estarem presentes em todas as fases do meu crescimento, desde os meus primeiros passos até às conquistas nas várias fases da vida, apoiando, encorajando e acreditando nas minhas competências.

À minha mana Elisabete, por me inspirar a ser uma mulher consciente e tranquila, e por todas as reflexões que partilhamos.

Ao meu amigo, confidente, companheiro e marido por todas as conversas e debate de ideias que temos tido, no dia a dia, ao longo dos últimos 19 anos e por termos uma vida de casal estruturada e feliz.

Aos meus três filhotes, pelos ensinamentos e desafios que me proporcionam todos os dias e todas as noites. Por me ensinarem que é possível continuar a sonhar e ter imaginação, por me ajudarem a olhar a vida sob outras perspetivas e aceitar que não é preciso ser perfeita para se ser mãe.

Ao professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte, meu orientador, por todo o acompanhamento, disponibilidade, tranquilidade e conhecimentos transmitidos ao longo deste caminho. Aos incentivos nos momentos certos para conseguir atingir os objetivos.

A todas as pessoas que enquanto escrevo me estão a surgir em mente e que sempre que ler estes agradecimentos saberei quem são...

MUITO OBRIGADA

RESUMO

O presente Relatório Final de desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem, surge no âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

Com o propósito de descrever e evidenciar o desenvolvimento de competências, comuns e específicas, do enfermeiro especialista, foi utilizada uma metodologia crítico-reflexiva sobre as atividades realizadas, experiências vivenciadas e desafios encontrados ao longo dos ensinamentos clínicos, que foram desenvolvidos em três contextos da prática especializada: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos.

Para o desenvolvimento de competências na área da investigação, foi realizado um estudo de investigação-ação, acerca da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa adulta em situação crítica queimada na sala de emergência, com recurso à construção e validação de um protocolo de intervenção. A técnica de Delphi foi utilizada na metodologia de construção do protocolo através de um grupo de peritos na área dos queimados que avaliaram a pertinência das intervenções sugeridas. A pertinência deste estudo foi identificada como uma necessidade por parte da equipa de enfermagem do serviço de urgência médico-cirúrgica de um hospital da zona Centro do país e permitiu que se analisasse a influência de um protocolo de intervenção nos conhecimentos dos enfermeiros na prestação de cuidados à Pessoa Adulta em Situação Crítica Queimada na Sala de Emergência. Os resultados alcançados, evidenciaram que a existência de um protocolo nesta área, é considerado uma ferramenta adequada para padronizar intervenções, face às necessidades dos doentes vítimas de queimaduras, que acedem ao hospital pela sala de emergência e contribui para a segurança e qualidade dos cuidados prestados. O estudo termina com a indicação de algumas recomendações que se consideram pertinentes para a otimização da implementação deste protocolo de intervenção.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Especialização; Perfil de Competências de Enfermeiros; Queimaduras; Cuidados Críticos; Guia de Prática Clínica.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AMPLE	<i>Allergies, Medications, Past Medical History, Last Eaten, Events Leading</i>
BPS	<i>Behavioral Pain Scale</i>
CAM-ICU	<i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit</i>
CH	Centro Hospitalar
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CRE	<i>Enterobacteriaceae</i> Produtoras de Carbapenemases
DGS	Direção Geral da Saúde
DRE	Diário da República
EC	Ensino Clínico
EEMI	Equipa de Emergência Médica Intra hospitalar
E.P.E.	Entidade Pública Empresarial
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPSC	Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
GCL	Grupo de Coordenação Local
h	horas
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
ISBAR	Identificação, Situação Atual, <i>Background</i> , Avaliação, Recomendações
IVC	Índice de Validação de Conteúdo
IT	Instrução de Trabalho
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MC	Médico Cirúrgica
min	minutos
MRSA	<i>Staphylococcus Aureus</i> Resistente à Meticilina
n.º	número

NAS	<i>Nursing Activities Score</i>
NICE	<i>Tute for Health and Care Excellence</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
p.	página
PBCI	Precauções Básicas de Controlo de Infeção
PEUS	Plano de Emergência nas Unidades de Saúde
PNPVCV	Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida
pp.	páginas
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
PSC	Pessoa em Situação Crítica
RASS	<i>Richmond Agitation Sedation Scale</i>
RENDA	Registo Nacional de Não Dadores
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SABA	Solução Antissética de Base Alcoólica
SAMPLE	<i>Symptoms, Allergies, Medications, Past Medical History, Last Eaten, Events Leading</i>
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SAV	Suporte Avançado de Vida
SE	Sala de Emergência
SIADAP	Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SO	Sala de Observação
SONHO	Sistema Integrado de Informação Hospitalar
SU	Serviço de Urgência
SUB	Serviço de Urgência Básica
SUMC	Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

SUP	Serviço de Urgência Polivalente
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats</i>
TISS	<i>Therapeutic Intervention Scoring System</i>
UC	Unidade Curricular
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIC	Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos
UHICV	Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular
UNICEF	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>
VA	Via Aérea
VMPX	Vírus da <i>Monkeypox</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS.....	Xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	Xi
INTRODUÇÃO.....	12
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO	15
1.CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	16
1.1. ENSINO CLÍNICO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	16
1.2 ENSINO CLÍNICO II - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	20
1.3. ENSINO CLÍNICO III - LOCAL DE OPÇÃO	22
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	25
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	25
2.1.1 Responsabilidade Profissional Ética e Legal.....	25
2.1.2 Domínio da Melhoria da Qualidade.....	30
2.1.3 Domínio da Gestão dos Cuidados	34
2.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	39
2.2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	42
2.2.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	43
2.2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	49
2.2.3 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	51
CONCLUSÃO DA REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	64
1. QUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA ADULTA EM SITUAÇÃO CRÍTICA QUEIMADA NA SALA DE EMERGÊNCIA: UM PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO	65
1.1 RESUMO	65
1.2 INTRODUÇÃO.....	66
1.3 ENQUADRAMENTO.....	66
1.4 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	69
1.5 ASPETOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO	69
1.5.1 Objetivos do Estudo	69
1.5.2 Desenho do Estudo.....	70
1.5.3 Amostra.....	71
1.5.4 Procedimento de análise de dados.....	72
1.5.5 Considerações Formais e Éticas	72
1.6 RESULTADOS	72
1.7 DISCUSSÃO.....	77
1.8 CONCLUSÃO	81
2. VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO	83
2.1 SELEÇÃO DO PAINEL DE ESPECIALISTAS.....	83
2.2 FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO.....	84
2.3 RESULTADOS	85
2.4 DISCUSSÃO.....	89
2.5 CONCLUSÃO	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
APÊNDICES	
APÊNDICE I	Instrução de Trabalho acerca do Procedimento na Colheita e Acondicionamento de Espécimes para Pesquisa de Infecção pelo Vírus <i>Monkeypox</i> (VMPX)
APÊNDICE II	Instrução de Trabalho sobre Atuação em Situações de Violência Interpessoal em Adultos

APÊNDICE III	Análise SWOT da Metodologia de Trabalho de Enfermeiro de Referência na UCI
APÊNDICE IV	Formação: O doente com Trauma no Serviço de Medicina Intensiva
APÊNDICE V	Indicadores de Observação Pessoais
APÊNDICE VI	Diagrama de <i>Ishikawa</i>
APÊNDICE VII	Formação: O doente queimado na Sala de Emergência
APÊNDICE VIII	Questionário 1 – Intervenções de Enfermagem, na Prestação de Cuidados à Vítima Adulta Queimada na Sala de Emergência, antes da formação do protocolo de intervenção
APÊNDICE IX	Questionário 2 – Intervenções de Enfermagem, na Prestação de Cuidados à Vítima Adulta Queimada na Sala de Emergência, após formação do protocolo de intervenção
APÊNDICE X	Questionário 1 – Painel <i>Delphi</i>
APÊNDICE XI	Questionário 2 – Painel <i>Delphi</i>
APÊNDICE XII	Protocolo de Intervenção
APÊNDICE XIII	Algoritmo de Atuação

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tipos de dificuldades sentidas ao prestar cuidados a doentes queimados na sala de emergência	74
Gráfico 2: Sugestões dadas pelos enfermeiros acerca das necessidades sentidas	75
Gráfico 3: Distribuição de idades dos participantes no estudo.....	75

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Conhecimento dos enfermeiros acerca do tema queimados antes da formação do protocolo de intervenção	74
Tabela 2: Conhecimentos dos enfermeiros acerca de intervenções adequadas, durante a prestação de cuidados a doentes queimados, na sala de emergência, após formação do protocolo de intervenção	76
Tabela 3: Utilidade e aplicabilidade do instrumento de intervenção dos cuidados de enfermagem à pessoa adulta em situação crítica queimada na sala de emergência.....	76
Tabela 4: Respostas abertas do primeiro questionário feito ao Painel Delphi.....	88

INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EPSC) com Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em EPSC, da Escola Superior de Saúde de Leiria, sendo realizado sob a supervisão do Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte.

O trabalho desenvolvido ao longo dos 3 Ensinos Clínicos (EC), foram todos eles em ambiente hospitalar, sob orientação de enfermeiros especialistas e todo o percurso realizado permitiu atingir os objetivos da UC supracitada.

Assim, pode-se afirmar que a elaboração deste relatório final se assume como um documento estratégico. Mais do que permitir a mera soma das partes e a simples junção de visões parcelares de um conjunto de 3 EC e de 3 relatórios, terá um olhar sistémico que aglutina o trabalho, as aprendizagens, responsabilidades, tomadas de decisão e as reflexões críticas sobre a prática dos cuidados prestados. Na sua construção, foram várias as preocupações, mas decidiu-se privilegiar uma metodologia simples e objetiva que une a prática à reflexão.

O primeiro EC decorreu num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), seguido do EC de opção numa Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC), com Unidade de Hemodinâmica e Intervenção Cardiovascular (UHICV), e por fim o EC numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Todos os EC foram integrados em Centros Hospitalares (CH) da região centro de Portugal, tendo sido a seleção realizada pela facilidade na deslocação e curta distância em termos geográficos relativamente à área de residência.

Foi tido em consideração que o processo formativo é definido no Regulamento n.º 366/2018 como a caminhada que é feita em termos de conhecimentos, intervenções e experiências adquiridas, de uma forma formal e informal, mas sempre importantes, em termos de construção da identidade profissional do enfermeiro [Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018]. É importante realçar que a base para a sustentação e fundamentação deste relatório assenta no Regulamento n.º 140/2019 que explana as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e no Regulamento n.º 429/2018 que descreve as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de EPSC, assim como em pesquisas científicas e orientações emanadas por diversos organismos quer a nível nacional como internacional que se assumem nas suas áreas de intervenção como referenciais na área da saúde.

Durante o século XXI, o setor da saúde, tem apresentado um crescimento evolutivo e exponencial nas suas diferentes dimensões, desde a prestação de cuidados diretos, a par das

atividades de ensino, passando pelo desenvolvimento da vertente de investigação (Simões & Fronteira, 2019). Neste âmbito, os EC são um período fundamental na formação dos enfermeiros especialistas, ao permitir nesta fase de aprendizagem, o desenvolvimento da capacidade reflexiva e crítica, tendo como ponto de partida os conhecimentos prévios e os que se adquire nas diversas componentes teóricas assim como as aptidões adquiridas no contacto direto com a pessoa em situação crítica.

Ao refletir, consegue-se perceber e avaliar que os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais uma realidade dos profissionais de saúde.

A OE apresenta, no Regulamento n.º 613/2022, que os enfermeiros constituem, na generalidade dos sistemas de saúde, o maior número de profissionais, assumindo a enfermagem uma crescente diferenciação e relevância enquanto profissão e disciplina. De facto, enquanto profissão tem evoluído no sentido de responder às necessidades de cuidados e dos diferentes contextos de atuação, assumindo uma complexificação crescente de conhecimentos, potenciando novos campos de atuação em intervenções autónomas do enfermeiro e do enfermeiro especialista enquanto elemento da equipa multiprofissional de saúde. Na sua prática, os enfermeiros adotam uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pela *legis artis*, pela deontologia e pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, responsabilizando-se pelas suas decisões, pelos cuidados que prestam e pelas tarefas que delegam. A enfermagem tem o seu exercício concretizado sem prejuízo da autonomia da tomada de decisão, realizadas no âmbito das qualificações profissionais legalmente exigidas, trabalhando em cooperação, articulação ou coordenando outros, cuja atuação seja funcionalmente interdependente ou complementar à sua (OE, 2022).

Apesar das especificidades de cada local de EC pode-se afirmar que todos eles têm como ponto de interseção a procura pela melhoria, qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente crítico, através de intervenções adequadas e da reflexão contínua das práticas. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem já evidenciam esta procura de melhoria dos cuidados e a necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

Nesta linha de pensamento, existem teóricas que robusteceram o exercício reflexivo e a estruturação do pensamento em enfermagem ao longo destes EC, são elas a teoria das necessidades humanas fundamentais de Virgínia Henderson e a teoria das transições de Afaf Meleis. Considerou-se também neste relatório como referência conceptual Patrícia Benner e o conceito de enfermagem avançada de Abel Paiva.

Assim, quanto à sua estrutura, a primeira parte do relatório, encontra-se dividido em 2 subcapítulos, sendo que ao longo do primeiro se faz a caracterização dos serviços e da sua organização onde decorreram os EC, para melhor compreensão da prestação de cuidados e aquisição de conhecimentos em cada um deles, contextualizando o leitor na temática abordada preparando para o segundo subcapítulo que está relacionado com as competências. Neste, procede-se à análise das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica, cujo objetivo pretende-se explicar os contributos destes EC para o crescimento como enfermeira especialista, conseguindo refletir sobre os mesmos. Já Benner (2001) refere como fundamental o exercício reflexivo, uma vez que a reflexão permite aos enfermeiros o estabelecimento de novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico.

A segunda parte do relatório, diz respeito a um estudo de investigação-ação, que obriga a disciplinar o pensamento, mas também a encontrar o equilíbrio entre as normas e a originalidade (Vilelas, 2022). Este estudo foi desenvolvido no contexto de um SUMC e consiste no Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. É composto por duas etapas, em que a primeira corresponde ao estudo realizado em formato de artigo, cujo título é “Qualidade nos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta em Situação Crítica Queimada na Sala de Emergência: um Protocolo de Intervenção”. A segunda etapa, diz respeito à construção e validação do protocolo de intervenção através da metodologia de um Painel de Delphi. Este projeto visa analisar os conhecimentos dos enfermeiros antes e após o desenvolvimento do protocolo de intervenção.

Este trabalho foi elaborado tendo por base o Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

Para além da visão agregada do setor da saúde, as especificidades dos hospitais, nomeadamente os SUMC, UCI e Serviço de Cardiologia, obrigam a uma caracterização mais detalhada. Neste sentido, vai-se enunciar as particularidades dos locais onde decorreram os 3 EC que compõem a parte prática do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica com especialização em EPSC.

Einarsen e Giske (2019) referem que é inegável que os cuidados de saúde estão a tornar-se mais complexos, exigindo um aumento de competências científicas. Neste âmbito a especialidade permite melhorar e fortalecer as capacidades. “A certificação constitui um reconhecimento formal atribuído àqueles que satisfazem os padrões predefinidos” [*World Health Organization* (WHO), 2019, p.43].

Contextualizando os 3 EC, pode-se afirmar que estes tiveram como objetivos transversais: refletir criticamente a prática vivenciada e desenvolvida nos serviços à luz das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica (PSC); demonstrar o processo de aquisição dessas mesmas competências diferenciadas; demonstrar a capacidade de mobilização da evidência científica consultada, autores e outras obras estudadas durante o trabalho autónomo inerente a estes EC; permitir a avaliação do trabalho desenvolvido e reconhecer a importância do conhecimento para a construção de uma experiência individual enriquecedora e integradora nos serviços.

1.1. ENSINO CLÍNICO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA

Em termos de enquadramento um SUMC trata-se de um serviço de atendimento à pessoa em situação crítica de segundo nível, sendo uma referência para os Serviços de Urgência Básica (SUB) e referenciando para os Serviços de Urgência Polivalente (SUP) [Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2001].

O SUMC selecionado encontra-se integrado num CH, que é constituído por 3 unidades hospitalares e detém uma área de influência de aproximadamente 300 mil pessoas.

É um serviço que tem por missão prestar cuidados de saúde com rigor e excelência técnica, científica e organizativa, pautadas pela ética profissional e justiça social, respeitando a Constituição da República Portuguesa e o compromisso do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Após este enquadramento, descreve-se o SUMC de modo a adequar a estrutura do raciocínio clínico e o pensamento reflexivo usado para construir este relatório, e para tornar mais robusta as tomadas de decisões em termos de intervenções.

Neste EC o turno realizado foi na sua totalidade o turno da manhã que compreende o horário das 8h00 minutos (min) às 16h30min, tendo sido orientado por 2 enfermeiras peritas e especialistas na área Médico-Cirúrgica.

Após reflexão e aproveitando esta experiência, pode-se verificar que perito é o profissional que é reconhecido pela equipa como uma referência em termos de trabalho técnico e habilidades demonstradas pela experiência, constata-se ainda que são chamados para aconselhamento e orientação de elementos mais novos e trabalham com “perícia”. Como Benner define (2001, p.61) “quando as peritas podem descrever situações clínicas onde a sua intervenção fez a diferença, uma parte dos conhecimentos decorrente da sua prática torna-se visível. E é com esta visibilidade que o realce e reconhecimento da perícia se tornam possíveis”.

Por sua vez, o enfermeiro especialista para além do conhecimento e competência que detêm legalmente, a sua opinião e trabalho não se baseia em opiniões ou avaliações subjetivas, mas refletem sim, um fundamento baseado em conhecimentos, tendo em conta as múltiplas dimensões, garantindo a flexibilidade frente às reais necessidades do doente, por meio de reflexão crítica contínua sobre as intervenções realizadas, ou seja, um saber especializado que se traduz num cuidado especializado.

O SUMC encontra-se estruturado nas seguintes áreas: área de admissão, situada à entrada do serviço, é o lugar onde é realizado a admissão do doente através de procedimentos administrativos. Contígua a esta zona está uma sala de espera para que o doente aguarde a chamada para o gabinete de triagem. Esta sala é ampla e encontra-se dividida em duas áreas, uma para os doentes a aguardar a chamada para a sala de triagem e outra zona onde aguardam os doentes já triados, que cumprem alguns critérios como o de serem autónomos e serem triados de pulseira verde ou azul.

Existem 2 gabinetes de triagem, onde se procede a uma avaliação inicial da situação do doente feita por um enfermeiro. Esta avaliação é feita tendo por base um protocolo com enquadramento científico, chamado protocolo de Triagem de Manchester. Este sistema de classificação estabelece a prioridade no atendimento dos doentes em função da maior ou menor gravidade da sua situação clínica, que se traduz por cores. Assim, as cores em que se traduz este protocolo são as seguintes: Vermelho: doentes emergentes. Os doentes com esta classificação necessitam de atendimento imediato. Laranja: doentes muito urgentes. O tempo

de espera é de até 10 min. Amarela: doentes urgentes. O tempo de espera é de até 60 min, ou seja, os doentes precisam de atendimento rápido, mas podem aguardar. Verde: doentes pouco urgentes. O tempo de espera é de até 120 min. Os doentes podem aguardar atendimento. Azul: doentes não urgentes. O tempo de espera é de até 240 min. Os doentes com esta cor podem igualmente aguardar atendimento (Despacho n.º 4835-A/2016, 2016).

O atendimento médico é feito em 7 gabinetes distribuídos ao longo do serviço, um deles específico para as pequenas cirurgias, em ambiente asséptico e necessidade de anestésias loco-regionais ou anestesia local e outro para Ortopedia que inclui cada um deles uma marquesa.

Existe uma área para observação e atendimento dos doentes que se deslocam a pé e que permanecem em cadeirões que se localiza ao longo do corredor principal do serviço que tem a capacidade para cerca de 15 cadeirões. Uma área de macas para doentes que, dada a sua condição física e/ou clínica, necessitem de permanecer deitados com capacidade para alocar até 6 doentes. Os restantes doentes que necessitam de estar em macas estão distribuídos por 2 corredores do serviço e em 3 balcões com a capacidade cada um deles para receber até 3 doentes. Existe ainda uma sala de tratamentos para efetuar procedimentos e atos de terapêutica e/ou diagnóstico.

Perto da entrada principal do serviço encontra-se a Sala de Emergência (SE). Estrategicamente localizada ao lado da área de triagem e com fácil acesso à área dos balcões de tratamento. Esta sala está preparada para poder receber 4 doentes para avaliação, estabilização e prestação de cuidados mais diferenciados, ou seja, doentes críticos que apresentam geralmente risco de vida, com eminência e/ou compromisso de uma ou mais funções vitais, sendo necessário tratamento imediato. Esta sala, dispõe de equipamentos de monitorização, ventilação não invasiva e invasiva.

Neste SUMC encontra-se também uma área de observação designada de Sala de Observações (SO) que está provida de nove camas, um quarto de isolamento e uma sala de trabalho envidraçada, localizada na zona central, o que permite manter vigilância contínua dos doentes, pelos profissionais de saúde. Todas as camas possuem equipamento de monitorização de parâmetros vitais e mesa de cabeceira. Este espaço é reservado aos doentes internados que necessitem de estabilização e maior vigilância em termos hemodinâmicos.

Durante o EC este SUMC sofreu uma adaptação, por questões inerentes à situação pandémica do SARS-CoV2, sendo reorganizado o circuito respiratório e acrescentando-se

uma zona *open space* com lotação para vinte macas e 1 quarto de isolamento preparado para poder receber 1 doente.

Quanto aos recursos humanos e a sua organização, a equipa de enfermagem é composta por 1 enfermeiro gestor que partilha o gabinete e a gestão do serviço com uma enfermeira especialista na área MC, uma equipa de aproximadamente oitenta enfermeiros, dos quais 25% fazem parte da equipa de coordenadores e assumem o papel de coordenador de turno quando solicitado pela chefia na distribuição dos turnos.

No turno da manhã os enfermeiros são divididos da seguinte forma: 1 elemento de triagem e um segundo elemento de apoio à triagem, 1 elemento distribuído de balcões, 1 elemento de SE, 2 elementos de macas, 2 elementos de SO, 2 elementos de área dedicada ao doente respiratório e 1 enfermeiro coordenador.

No universo da equipa de enfermagem, 22% são especialistas, sendo que 18% têm a especialidade MC e 3% em reabilitação. Existe a preocupação de distribuir os enfermeiros especialistas na SE. Desta forma, o número total de postos de trabalho correspondentes à categoria de enfermeiro especialista surge como insuficiente para satisfazer as necessidades, de acordo com o recomendado pela norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (OE, 2019).

Para ser enfermeiro coordenador de equipa do SUMC deste CH foi traçado um perfil pelo enfermeiro gestor, que inclui determinados critérios: deve ter pelo menos dez anos de experiência profissional, e pelo menos 6 anos no serviço de urgência; preferencialmente ser detentor do título de enfermeiro especialista; demonstrar capacidade de liderança, sensatez, disponibilidade para o serviço, capacidade de diálogo e de gestão de conflitos com os pares e com as restantes classes profissionais; ter um papel ativo na dinâmica do serviço, incluindo os cuidados, os materiais e a formação em serviço.

De facto, o serviço de urgência deve ser construído numa lógica focada nas necessidades da população da área de residência que alberga, assim como com base em critérios de rácios de equipamentos e recursos humanos necessários para fazer face às necessidades encontradas.

O ganho obtido com este EC promoveu a aquisição de saberes e conhecimentos específicos que foram partilhados com a equipa multidisciplinar e proporcionaram mudanças positivas no serviço através de sessões de *brainstorming* acerca de temáticas de carácter relevante para o contexto encontrado, que permitiram debate de ideias e esclarecimento de dúvidas, que visam melhorar a prática dos cuidados, culminando na participação, conceção e dinamização de 2 instruções de trabalho (IT) (APÊNDICE I e II).

1.2 ENSINO CLÍNICO II - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A Direção Geral da Saúde (DGS) (2016) recomenda que as UCI podem incluir camas de nível II e III na mesma unidade, devendo ter no mínimo 8 camas. Deve ser promovida a criação de quartos de isolamento com possibilidade de pressões negativas e positivas e uma definição clara das áreas e dos fluxos de circulação de doentes, profissionais, visitas e familiares.

A UCI onde decorreu o EC conta atualmente com uma capacidade total de internamento de dez camas de nível III, sendo que 3 são quartos de isolamento de pressão alternada com antecâmara adjacente e 1 é quarto individual. As restantes 6 camas são unidades individuais separadas por cortinas numa zona *open space*.

O CH que inclui a UCI onde decorreu o EC II foi criado pelo Decreto-Lei nº 157/2013, de 13 de novembro, integrando 3 unidades hospitalares. Este CH procura tornar-se uma referência a nível regional, nacional e internacional, de inegável mérito no desempenho da sua missão, que assenta em prestar cuidados de saúde ao doente crítico com condições fisiopatológicas pretensamente reversíveis, mas cuja sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica; prestar cuidados de saúde especializados, qualificados e contínuos ao longo das 24h, ao doente em risco de vida imediato por falência orgânica ou multiorgânica; manter as funções básicas da vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades com a ajuda de tecnologia *“life saving”*.

Para poder responder de forma eficaz a estes objetivos a UCI está dotado de recursos humanos qualificados e meios tecnológicos sofisticados e diferenciados.

Neste EC os turnos realizados foram o turno da manhã que compreende o horário das 8h00 às 15h30min e o turno da tarde entre as 15h00 e as 23h30min. Numa primeira fase pretende-se observar e refletir acerca da organização da UCI, sobre a estrutura física, as condições ambientais, os recursos humanos existentes, assim como o perfil do enfermeiro desta Unidade.

Arquiteticamente, no seu interior, todas as unidades se dispõem, assumindo o formato em “O”, do local onde se situa a monitorização central dos parâmetros. Nesta zona central existe uma bancada de trabalho, rede de computadores, diverso material de uso clínico e *stock* de medicação.

As unidades de cada doente, estão apetrechadas com o diverso equipamento necessário para inúmeras situações, como ventilação invasiva, monitorização invasiva, cateterização venosa central, entre outros. A disposição do material em braços giratórios com fixação ao teto

permite uma melhor organização do espaço de modo que se possa circular à vontade sem limitações de movimentos.

Sendo uma UCI, a sua ocupação, em termos de patologias é multifacetada, sendo constituída por doentes do foro cirúrgico, assim como do foro médico. Silva et al. (2021) referem que este tipo de unidade é um ambiente onde se observa a prestação de cuidados altamente diferenciados e complexos a doentes em estado crítico, que necessitam de tecnologias de ponta para monitorização contínua e procedimentos invasivos.

Um outro aspeto que se identificou é que a localização deste serviço não é estratégica do ponto de vista de logística, uma vez que fica alocado num piso diferente do SUMC, de onde provêm a maior parte dos doentes internados na unidade, assim como diferente do piso do bloco operatório, da Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes e da imagiologia, sendo necessário proceder ao transporte dos doentes várias vezes ao longo do seu internamento, com afetação de recursos, gasto de tempo por vezes superior a 1 hora, retirando estes mesmos recursos humanos do serviço. Porém, também foi possível verificar que para colmatar esta questão existe 1 elevador, devidamente identificado como de uso exclusivo para profissionais da instituição e na prática quando necessidade de fazer uso do mesmo verifica-se disponibilidade prioritária.

A nível de recursos humanos e a sua organização, a UCI possui uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde própria e permanente. A equipa de enfermagem é constituída por aproximadamente trinta enfermeiros. Do universo destes elementos, 6% dos enfermeiros possuem especialização em enfermagem de reabilitação e 44% dos enfermeiros são especialistas em EMC.

Neste âmbito, garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados passa também pela ótica das dotações seguras. Esta classificação é ainda hoje adotada pela DGS em Portugal. Assim, para o cálculo da dotação de enfermeiros deve atender-se aos rácios de referência expressos na Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, que se encontra explanado no Regulamento n.º 743/2019, que recomenda os rácios mínimos de 1:2 em camas de nível III. Fazendo a ressalva de que o rácio enfermeiro/doente é flexível de acordo com os níveis de cuidados necessários a prestar aos doentes, de acordo com perfil e nível de qualificação dos enfermeiros e da carteira assistencial disponível (OE, 2019).

Nesta equipa verifica-se uma conformidade em termos do recomendado pela tutela, uma vez que 50% dos enfermeiros são enfermeiros especialistas, ainda que alguns não sejam na área de EMC e sim de reabilitação, conforme preconizado pela norma (OE, 2019).

Também é da responsabilidade da equipa da UCI a intervenção perante as emergências internas deste CH. Esta equipa é constituída por 1 enfermeiro e 1 médico ao serviço, que se encontram de prevenção e afetos à equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI), ativados através do número 2222 e que se deslocam ao serviço que solicitou ajuda, como preconizado pela DGS (DGS, 2010a). O que torna esta Unidade um dos campos de atuação fundamentais da Enfermagem e um desafio constante para estes profissionais (Pinho et al., 2020).

Neste âmbito, a UCI onde decorreu este EC apresenta uma dinâmica própria, no que diz respeito à interligação com outras valências e serviços, meios técnicos existentes, processo e registos em suporte informático usando o programa B-Simple®. Foi no contacto diário com o funcionamento, observação e prestação de cuidados, que se foi interiorizando e desenvolvendo as atividades diárias.

Este EC permitiu a aquisição de saberes e conhecimentos específicos que foram partilhados com a equipa multidisciplinar e proporcionaram debate de ideias e esclarecimento de dúvidas, que visam melhorar a prática dos cuidados, culminando na elaboração de uma análise SWOT da Metodologia de Trabalho de Enfermeiro de Referência na UCI (APÊNDICE III), numa formação em serviço intitulada: o doente com trauma no Serviço de Medicina Intensiva (APÊNDICE IV) e o trabalho com terminologia suportada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

1.3. ENSINO CLÍNICO III - LOCAL DE OPÇÃO

Os parâmetros que orientaram e foram decisivos no processo de tomada de decisão para realizar o EC III, e desenvolver as competências inerentes, como futura enfermeira especialista, num CH da região centro do país, mais concretamente na UHICV e na UCIC, foi para além da proximidade em termos geográficos, por ser uma área de interesse a nível profissional com a qual ainda não tinha tido a oportunidade de conhecer.

Neste EC, mais do que o serviço em termos de infraestruturas, importa considerar nesta visão o sector da saúde cardíaca no seu conjunto. Por outro lado, este EC representa uma oportunidade para uma transformação na visão sobre o doente crítico cardíaco, com particular impacto na qualidade dos cuidados prestados como futura enfermeira especialista. Pois na última década, tem-se assistido a um aumento do número de doentes críticos com necessidade de cuidados de saúde altamente especializados a nível cardíacos, com patologia cardiovascular progressivamente mais complexa, muitas vezes complicada por

comorbilidades, com impacto na abordagem e prognóstico destes doentes (Monteiro et al., 2020).

Após este enquadramento, descreve-se o serviço de Cardiologia/ UHICV/ UCIC de modo a adequar e integrar a estrutura física à estrutura do raciocínio clínico e o pensamento reflexivo usado para construir este relatório, e para tornar mais robusta as tomadas de decisões em termos de intervenções.

O serviço de Cardiologia tem como missão o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doentes com doença cardíaca suspeita ou confirmada. É um serviço vocacionado para o doente cardíaco agudo, em particular para a abordagem das situações que envolvem a doença cardíaca isquémica e a insuficiência cardíaca aguda. Para além dos doentes do serviço colabora com todo o hospital na realização de meios complementares de diagnóstico, bem como na observação de doentes de foro cardíaco. Como áreas de atividade assistencial o serviço inclui: o internamento, onde são admitidos doentes provenientes do SUMC, doentes programados referenciados pela consulta externa, referenciados por cardiologistas privados que trabalham na área de influência do centro hospitalar, para realização de procedimentos invasivos como é o exemplo de cateterismo cardíaco. No internamento a lotação é de onze camas.

A UHICV é uma sala de intervenção onde são realizados procedimentos de intervenção diagnóstica e terapêutica (cateterismos cardíacos, carotídeos e periféricos) assim como implantação de geradores de estimulação elétrica (pacemaker provisórios e definitivos) e Cardioversor Desfibrilhador Implantável. Esta unidade está totalmente equipada para poder receber 1 doente e o turno contemplado é de 10 horas, que se inicia às 8h00 e termina pelas 18h00. Para além deste horário existe sempre um enfermeiro escalado de prevenção para poder dar uma resposta célere no caso de ativação da via verde coronária, durante o restante horário do dia.

A UCIC dispõe de 5 camas e recebe doentes agudos do foro cardiológico, que pela sua situação clínica requerem monitorização contínua e intervenções terapêuticas avançadas, como angioplastia coronária.

Baseado nos objetivos inicialmente formulados no projeto deste EC houve a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem nestas 2 áreas do serviço de Cardiologia.

Os turnos realizados foram na sua maioria o turno da manhã que compreende o horário das 8h00 às 15h30min, na UCIC, sendo este orientado por 2 enfermeiros especialistas. Houve também, a oportunidade de realizar alguns turnos na UHICV, tendo estes a duração de 10

horas. No turno da manhã, na UCIC estão escalados 2 enfermeiros, rácio este que se mantém no turno da tarde e da noite.

Quanto aos recursos humanos e a sua organização, a equipa de enfermagem do serviço de Cardiologia é composta por aproximadamente 30 enfermeiros. Do universo de elementos, 26% são enfermeiros especialistas, sendo que 7% são de reabilitação e os outros 19% têm especialização em MC. Na UHICV a equipa de enfermagem é constituída por 4 enfermeiros sendo apenas 1 com o título de especialista na área MC.

Neste EC houve ainda a oportunidade de desenvolver um trabalho com terminologia CIPE® tendo como base uma situação na prática de cuidados e proporcionou a aquisição de saberes e conhecimentos específicos na área da Cardiologia, partilhados com a equipa multidisciplinar. Tem havido, de fato um investimento nesta área de forma a alavancar o seu desenvolvimento contínuo, mas também sustentável, assegurando cuidados de elevada diferenciação e que culminam na melhoria do prognóstico destes doentes (Monteiro et al., 2020).

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Regulamento n.º 366/2018 define a atribuição de competência como o “processo de qualificação orientado para potenciar o exercício profissional do Enfermeiro e do Enfermeiro Especialista e que permite reconhecer, validar e certificar competências adquiridas, através de processos de aprendizagem ao longo da vida, em diferentes domínios do exercício profissional” (OE, 2018, p.16657). Baseia-se na tomada de decisão, alicerçado na evidência científica, no juízo clínico devidamente fundamentado nas necessidades de cuidados dos doentes e nas intervenções de enfermagem, privilegiando sempre a segurança e a qualidade dos cuidados (Cantante et al., 2020).

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Estatuto da OE acompanha a exigência do mundo moderno, em que os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma importância crescente, aliada a uma maior complexidade técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade.

Neste sentido, a atribuição de título de enfermeiro especialista é sinónimo daquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem. A atribuição deste título pressupõe, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem as designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, explanadas no Regulamento n.º 140/2019, e que envolvem as dimensões da educação dos doentes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente. Por outro lado, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (OE, 2019).

2.1.1 Responsabilidade Profissional Ética e Legal

Os Direitos fundamentais das pessoas estão explanados em vários documentos, tais como na Declaração Universal dos Direitos do Ser Humano, na Convenção para a proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais, na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, na Constituição da República Portuguesa, na Lei n.º15/2014 de 21 de março atualizada na Lei n.º 110/2019, de 09 de setembro, que consolida a legislação em matéria dos direitos e deveres dos doentes dos serviços de saúde e define os termos a que deve obedecer

a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS, designada por Carta dos Direitos de Acesso (Nunes, 2022).

Para a WHO (2019, p.8) “todas as pessoas têm direito ao mais alto padrão de saúde possível”. Pode-se aferir que enquadrado no sistema de saúde moderno não se deve querer conquistar a igualdade de cuidados, mas sim a equidade. A equidade em saúde pode ser definida como a ausência de diferenças na acessibilidade dos cuidados entre grupos populacionais. Estes 3 EC, nos seus diferentes contextos de doente crítico, fizeram com que tomasse consciência de que se deve fazer um apelo e trabalhar diariamente tendo em conta a noção de justiça e reconhecimento dos direitos de cada um, doente e profissional, criando as mesmas oportunidades de cuidados em que a qualidade e a segurança são fundamentais face às necessidades clínicas e contextos individuais.

Fazendo uma análise dos EC e dos direitos das pessoas, emergem alguns que se considera pertinente referir e refletir: o direito à privacidade; o direito à vida e à qualidade de vida; o direito à informação; o direito à liberdade e segurança dos cuidados; e o direito à proteção da saúde e qualidade dos cuidados.

Os 3 locais de EC dispõem, cada um com as suas particularidades, de áreas de cuidados comuns que têm o inconveniente de não assegurar o necessário resguardo e privacidade dos doentes. Porém, durante o processo de tomada de decisão, foi importante saber fazer uso dos dispositivos disponíveis, como por exemplo, biombos amovíveis, cortinas, deslocação para salas mais resguardadas para responder a esta questão da privacidade durante a prestação de cuidados. Direito este que está salvaguardado no artigo 12º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (*United Nations International Children's Emergency Fund* [UNICEF], 1948).

Pode-se afirmar que quando se fala em doente crítico encontramos doentes vulneráveis e frágeis. As mudanças na saúde e na doença dos indivíduos criam um processo de transição, e os doentes em transição tendem a ser mais vulneráveis a riscos que, por sua vez, podem afetar a sua saúde (Meleis, 2010). Quando se fala em direitos do ser humano, fala-se em dignidade e a privacidade é uma necessidade e um direito do Homem, sendo indispensável para a manutenção da sua individualidade.

Nestes diferentes contextos, sempre com o doente crítico, verificou-se que a palavra compromisso, que se materializa nas intervenções realizadas com responsabilidade é uma constante diária dos enfermeiros. “A ética é um pensamento sobre o agir, uma modalidade do refletir sobre a conduta que é sempre singular, única, imprevisível e irrepetível. Não podemos

ser como os outros, porque não há modelos em ética. Ninguém pode fazer o caminho de ninguém, podemos “estar com” mas não “no lugar de” (Nunes, 2022, p.14).

O permanente avanço técnico-científico na área da saúde exige do profissional de enfermagem, a consciencialização da necessidade de especialização, atualização e aquisição de conhecimentos e competências, essenciais para uma prestação e cuidados de excelência. O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) é um dos referenciais normativos do exercício profissional dos Enfermeiros, que emerge da necessidade sentida de regular a nossa profissão. Com a criação da OE, o Estado reconhece a autonomia da profissão, devolvendo o poder para se autorregular (OE, 1998).

Uma dificuldade sentida e que foi transversal aos 3 EC foi o ponto de partida, uma vez que apesar de decorrerem em meio hospitalar, que é comum ao local de trabalho habitual, desconhecia cerca de 90% da equipa multiprofissional. Porém, isso não foi um fator impeditivo de evolução, mas sim estimulador para o desenvolvimento de competências relacionais e profissionais. O Parecer Do Conselho de Enfermagem n.º 07/2020 defende que os enfermeiros devem reconhecer a especificidade dos outros profissionais de saúde, conseguindo trabalhar em articulação com os mesmos respeitando os limites impostos pela área de competência de cada um (OE, 2020).

Na globalidade dos 3 EC, foi possível constatar que o trabalho em equipa multiprofissional é uma necessidade uma vez que permite alcançar um maior nível de eficiência e eficácia em termos de cuidados ao doente crítico e conseqüentemente melhores resultados na recuperação da saúde. Nunes (2022) afirma que é fundamental na conquista do projeto de saúde de cada doente os cuidados prestados pela equipa multiprofissional em que se inclui os cuidados de Enfermagem.

Em articulação, pode-se comprovar que a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efetuada a identificação da problemática dos doentes, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (OE, 2001).

Também importante para o desenvolvimento como futura enfermeira especialista é ter a capacidade de refletir criticamente e conseguir identificar os *stakeholders* dos serviços. Com base nas relações de parceria e dinâmicas, a par da construção numa perspetiva de criação de valor e eficiência, foi visível, durante os turnos, quem eram os líderes, aqueles que quando

era necessário fazer tomadas de decisão eram chamados a dar o seu parecer, tendo impacto pelas suas ações e conseguindo influenciar o grupo. Assim identificou-se como *stakeholders* do SUMC e UCI os enfermeiros gestores e 2 enfermeiros especialistas de cada serviço. Esta identificação do enfermeiro gestor prende-se com o fato deste cumulativamente deter o poder legitimado pela sua posição hierárquica e também por ser considerado um líder. Os outros 2 enfermeiros conseguem criar valor dentro da equipa multidisciplinar também devido ao poder de especialista que é baseado no conhecimento adquirido pela especialidade e que sobressai em relação aos peritos do serviço. “Os líderes são aqueles que têm o poder de atuarem como reais agentes da mudança organizacional” (Bergamini, 1994, p.114).

Nos 3 EC, houve a oportunidade de promover diversas intervenções que estimularam o pensamento crítico e reflexivo, tão importante para o desenvolvimento do desempenho profissional futuro com enfermeira especialista. A prestação de cuidados a uma população muito diversa quer em termos culturais, como sociais, em termos de linguagem, tradições, religião, costumes, política e até mesmo outros sistemas de saúde, são uma constante no dia a dia dos enfermeiros sobretudo nestes locais onde decorreram os EC, em que a rotatividade é muito significativa. Na Deontologia Profissional do Enfermeiro existem deveres subjacentes e ancorados na promoção dos direitos das pessoas. No artigo 81.º na alínea a) reforça que o enfermeiro deve cuidar da pessoa sem qualquer tipo de discriminação, nomeadamente económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa (OE, 2015a).

O Regulamento 140/2019 define no artigo 5.º que a prática profissional do enfermeiro deve ter como pilar basilar a responsabilidade, ética e deontológica promovendo um ambiente seguro e terapêutico (DRE, 2019).

A ética e a lei andam de mãos dadas numa caminhada cada vez mais acidentada na era moderna, e o enfermeiro no desempenho das suas funções tem de cumprir a lei e em simultâneo agir de forma ética. Neste âmbito, o consentimento presumido e as diretivas antecipadas de vontade são um exemplo onde encontramos esta complexidade envolvida. Não obstante, na deontologia Profissional do Enfermeiro no artigo 87.º do respeito pela pessoa em situação de fim de vida; 89.º da humanização dos cuidados em que o dever do enfermeiro de dar atenção à pessoa como uma totalidade única, conferindo-lhe respeito e dignidade (OE, 2015a). Uma conquista da ciência da saúde no último século tem sido a doação e transplantação de órgãos e tecidos. No dia a dia são milhares as pessoas que precisam de um transplante de órgãos ou tecidos no sentido de continuar a viver ou melhorar a sua qualidade de vida. De acordo com a legislação portuguesa (Lei n.º 99/2017 de 25 de agosto), em Portugal vigora o consentimento presumido, isto é, todas as pessoas são consideradas potenciais dadores até ao momento em que se inscrevem no Registo Nacional

de Não Dadores (RENNDA). Na UCI houve a oportunidade de acompanhar o processo de morte cerebral de um doente potencial dador, com todas as questões éticas, legais e de confidencialidade que surgiram e que envolvem o doente, a família e os profissionais de saúde. Havendo a consciência que o acesso à informação é também um direito.

E perante esta tríade de pessoas: doente, família, profissionais de saúde pode-se introduzir a questão da comunicação e da informação.

A comunicação é uma ferramenta usada no dia a dia dos enfermeiros, em todos os contextos de trabalho, e após reflexão consegue-se perceber que as falhas mais comuns decorrentes da transmissão de cuidados, quer durante a prestação de cuidados, quer na passagem de turno ou quando os doentes são transferidos para outro serviço, estão intimamente relacionadas com omissões de informação, falta de precisão e falta de priorização das atividades.

A autoridade de saúde portuguesa, clarifica que a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde deve ser normalizada usando a mnemónica ISBAR, reconhecendo esta ferramenta como fundamental para promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados (DGS, 2017). De fato, nos 3 locais de EC houve sempre a preocupação de usar este instrumento.

Os doentes têm direitos e também têm deveres, cabe aos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, conseguir estabelecer uma comunicação eficaz. E quando se fala em comunicação eficaz inclui transmitir uma mensagem com clareza, de modo a evitar constrangimentos, como são as reclamações.

No SUMC verificou-se que a maioria das reclamações formais feitas pelos doentes utilizadores deste serviço referem-se principalmente aos constrangimentos sentidos em relação ao elevado tempo de espera, à incapacidade de o hospital responder a casos urgentes, ao mau atendimento, à falta de condições em termos de infraestruturas para receber os doentes e a ausência de acompanhantes. Fazendo uma leitura da Lei n.º 15/2014 com as alterações na lei n.º 110/2019, de 09 de setembro, podemos enunciar os artigos 4º, 7º e 31º que elencam respetivamente o direito ao atendimento e adequação da prestação dos cuidados de saúde; o direito à informação e a adaptação dos serviços de urgência do SNS para poderem contemplar o direito de acompanhamento.

Após o término destes EC, pode-se afirmar que um enfermeiro especialista detém para além de um saber teórico suportado em evidência científica, um *know how* que lhe permite ter iniciativa, agir com autonomia, com responsabilidade, segurança, assim como mobilizar e transpor os conhecimentos para situações novas e resolvê-las com inovação, tomar decisões

adequadas, usar as capacidades e características pessoais em proveito dos melhores resultados, capitalizando a sua experiência de vida pessoal, social e profissional. Em termos de dificuldades/desafios, neste domínio pode-se destacar o cuidar na multiculturalidade sobretudo sentida no SUMC. Que nos remete para a reflexão das necessidades específicas dos imigrantes enquanto consumidores de cuidados de saúde. Encontrar o equilíbrio entre as leis, a ética e as necessidades de cada um individualmente, nem sempre foi fácil e exigiu o reconhecimento rápido das diferenças culturais, dando como exemplo a cultura muçulmana.

2.1.2 Domínio da Melhoria da Qualidade

No domínio da melhoria da qualidade, pode-se começar por dizer que a segurança é um dos pilares do modelo de governação clínica e a sua operacionalização concretiza-se numa política de gestão do risco.

Debate-se muito, atualmente, que a sobrelotação no serviço de urgência, afeta negativamente os profissionais de saúde, diminui a satisfação dos doentes e pode reduzir a qualidade do atendimento com tempos de espera excessivos ou tratamentos tardios. Examinando esta cascata de acontecimentos, percebe-se que a estruturação de um serviço resulta de um construir e desconstruir, que implica um trabalho de recolha, análise, discussão constante e interativa integrando conceitos como princípios ético-legais, prática segura, empoderamento pela relação terapêutica e linguagem classificada que conduzem a melhores resultados em termos de cuidados de saúde nos quais se incluem os cuidados de enfermagem.

Esta complexidade que envolve o setor da saúde não é recente. A generalidade dos estudos indicia que, independentemente da pressão crescente com a gestão dos custos face às necessidades de recursos quer materiais quer humanos, necessários para a prestação de cuidados, o setor da saúde continua a ser dinâmico em termos de conhecimentos, tecnologia, investigação e requer uma colaboração e cooperação estratégica inteligente, tendo sempre presente o interesse comum – a saúde das pessoas.

Assim, as estratégias das organizações de saúde e dos serviços devem estar alicerçadas numa lógica de formalização, integração e clareza. “Entende-se que uma organização hospitalar é considerada eficaz e eficiente quando possui qualidade de excelência e um bom desempenho de seu capital humano” (Soares, 2019, p.4).

A WHO (2020) defende que os cuidados de saúde de qualidade apesar de poderem assumir várias definições, envolvem alguns conceitos que têm sido partilhados pela comunidade da saúde a nível mundial sendo eles: a eficácia, a segurança e centralidade nas pessoas.

Dos 3 EC, dois foram desenvolvidos em CH acreditados pela *Joint Commission International* (JCI) e um não está envolvido neste processo de acreditação. Fazendo uma reflexão crítica, consegue-se identificar diferenças entre as duas posições destas organizações de saúde. O Hospital acreditado ao ser avaliado em relação a padrões previamente estabelecidos e bem definidos, teve de se adaptar em termos de instalações, serviços e métodos de gestão, aos critérios e padrões reconhecidos internacionalmente como indutor da qualidade. Por outro lado, percebe-se que este processo de acreditação hospitalar não tem um carácter fiscal, mas assume um perfil de programa de educação contínua, que é reavaliada periodicamente de 3 em 3 anos para incentivar a melhoria contínua. De facto, os benefícios que advêm deste processo é melhorar e garantir a qualidade e segurança no atendimento e prestação de cuidados, quer em relação aos doentes utilizadores da carteira de serviços que o Hospital oferece, quer para os profissionais que trabalham na organização de saúde.

A JCI aposta numa abordagem centrada no compromisso para melhorar os cuidados de saúde e a proteção dos doentes e funcionários durante o atendimento nas instituições de saúde. Por outro lado, procura encorajar e recomendar métodos proativos de qualidade e segurança do doente de forma a aumentar a responsabilidade, a confiança e o conhecimento. “Uma forte cultura de segurança é um componente essencial de um sistema de segurança do paciente bem-sucedido e é um ponto de partida crucial para as organizações que se esforçam para se tornar organizações de aprendizagem.” (JCI, 2021, p.6).

Conseguir identificar os indicadores de qualidade dos serviços assume-se como um aspeto que favorece o ambiente terapêutico seguro. Neste âmbito, a avaliação a que os enfermeiros estão vinculados é o Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP). Este tipo de avaliação é feito por biénio, o que pressupõe a contratualização dos parâmetros de avaliação com a equipa de enfermagem, sendo 3 dos indicadores transversais que englobam aspetos como: o domínio da qualidade, a realização e aperfeiçoamento e no domínio do desenvolvimento pessoal. Nos 3 serviços onde se realizou os EC, esta avaliação inclui como indicadores: 40 horas de formação, dupla identificação dos doentes, privacidade dos doentes, higienização das mãos, avaliação da dor. Pode-se constatar que em nenhum dos casos, existe nenhum parâmetro de avaliação específico para ser desenvolvido pelos enfermeiros especialistas, o que se considera que seria muito pertinente e consistiria numa melhoria da qualidade dos cuidados a promover no serviço.

Ao iniciar a caminhada dos EC decidiu-se elaborar também indicadores de observação pessoais para o SUMC, distribuídos pelos 4 domínios das competências comuns do enfermeiro especialista e pelos 3 domínios das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica, que permitiram “mapear” o caminho a seguir

para alcançar os objetivos definidos, realizar ações mais efetivas e que contribuíram na gestão do EC (APÊNDICE V). A WHO (2015, p.10) refere que os indicadores são um meio e não um fim e “costumam ser utilizados para diferentes fins, incluindo a gestão de programas, a alocação de recursos, o monitoramento do progresso pelos países”.

Ao assumir uma posição de integração na equipa durante o EC e contribuir para o desenvolvimento de um ambiente terapêutico seguro, houve espaço para assumir o compromisso de dinamizar e melhorar as intervenções realizadas aos doentes, após a identificação das necessidades do serviço. Assim no SUMC desenvolveu-se 2 IT: a primeira sobre o procedimento na colheita e acondicionamento de espécimes para pesquisa de Infeção pelo vírus *Monkeypox* (VMPX). Esta IT surgiu após se identificar atitudes díspares perante 2 situações sinalizadas como prováveis casos de infeção por VMPX. Ao desenvolver esta IT foi visível a diferença em relação ao conhecimento das intervenções e sistematização perante um caso suspeito desta infeção que ocorreu à posterior. A Organização Mundial da Saúde (OMS) emitiu um alerta em 2022 e a DGS atenta publicou a orientação 004/2022, de 31 de maio, relativa à Abordagem de casos de infeção humana por VMPX (DGS, 2022a).

A segunda IT recaiu sobre a atuação em Situações de Violência Interpessoal em Adultos, após se identificar como necessária em sessões de *brainstorming* e por ser uma lacuna do serviço. No âmbito da DGS, é criado em 2019, o Despacho n.º 9494/2019, de 21 de outubro, do Gabinete da Secretária de Estado da Saúde, que contempla o Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (PNPVCV) cujo principal objetivo é o de reforçar, nos serviços de saúde, os mecanismos de prevenção, diagnóstico e intervenção no que se refere à violência interpessoal (DRE, 2019).

Ao longo dos EC tomou-se conhecimento e agiu-se sempre de acordo com os vários protocolos dos serviços. Fazendo uma análise, pode-se inferir que os protocolos são importantes meios que dão consistência metodológica a um conjunto de ações, com o objetivo de padronizar intervenções e consequentemente aumentar a capacidade de resolução de problemas de uma forma célere e segura, com base em evidência científica. Para que sejam prestados cuidados de qualidade, a segurança é um aspeto absolutamente imprescindível. Qualidade e segurança não são sinónimos, mas sim complementam-se para se atingir cuidados de excelência (DGS, 2021a).

No EC da UCI, houve a oportunidade de participar em intervenções seguindo alguns protocolos e, em relação a um protocolo específico identificou-se algumas intervenções díspares relativamente à prática, o que suscitou, em equipa multidisciplinar, a realização de um *debriefing* acerca do tema e pôde-se confirmar que, o protocolo em questão, já não se encontrava atualizado, necessitando de revisão. Esta situação evidencia a importância de

comunicar e debater ideias. Por outro lado, houve também a oportunidade de observar e acompanhar a implementação de um novo protocolo, onde se conseguiu descrever alguns constrangimentos na sua correta aplicação, como dúvidas por parte da equipa de enfermagem. Ao analisar e refletir sobre o assunto conseguiu-se perceber o porquê desta problemática. O protocolo foi elaborado apenas por elementos da equipa médica, mas as intervenções são realizadas pela equipa de enfermagem. Decerto estes constrangimentos eram minimizados se, no grupo de trabalho deste protocolo, estivessem incluídos elementos da equipa de enfermagem, promovendo o trabalho em equipa multidisciplinar para o bem maior que é o doente e a prestação de cuidados de excelência com segurança e qualidade. A OE (2012) destaca a importância da tomada de decisão feita pelo enfermeiro após a correta identificação da problemática do doente, por forma a evitar incidentes e erros.

O que se pode constatar após reflexão é que são várias as situações em que se assiste a uma separação de trabalho entre equipas de profissionais, como por exemplo, médicos e enfermeiros, surgindo constrangimentos que acabam por prejudicar ainda que inadvertidamente o doente, atrasando todo o processo assistencial.

Durante o EC na UCI conseguiu-se realizar e dinamizar uma formação em serviço com apresentação em *power point* para a equipa de enfermagem sobre uma temática importante que emergiu após várias pessoas fazerem sugestões, e que foi o doente com trauma. Assim como elaborou-se também 1 análise SWOT. Segundo Whittington et al. (2020) a utilização de uma matriz SWOT no processo de discussão e definição estratégica, é benéfico de forma a facilitar a construção e organização da informação.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem constituem um instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua dos cuidados, onde os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros explicitam a natureza e englobam os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Estes apontam para que o enfermeiro persiga os mais elevados níveis de qualidade e garantia da segurança da prestação dos cuidados de saúde (OE, 2001).

No final do EC do SUMC fez-se a apresentação de um caso clínico segundo o Ciclo de Gibbs, que foi importante para ter consciência que um doente triado segundo o modelo de triagem de Manchester com prioridade amarela, pode não ser indicativo que esta prioridade se mantenha até ao final do seu processo de atendimento no SUMC. Realçando assim a importância de estar atenta às necessidades das pessoas e à comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar, isto pelos ganhos obtidos na prestação de cuidados de qualidade aos doentes.

Mediante o exposto, pode-se afirmar que a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde, devem ser uma prioridade na preocupação dos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros e dos gestores das instituições de saúde, premissa esta que é sustentada na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, 2019).

“A motivação dos profissionais é decisiva em qualquer organização de saúde, devendo nos Hospitais do SNS, ser considerada como uma dimensão chave para o sucesso ou insucesso” (Alves et al., 2019, p.10).

Ser enfermeiro especialista implica iniciativa, reflexão, eficiência e responsabilidade. Um dos desafios identificado neste domínio foi ter a noção que mais recursos disponíveis no hospital implica ter mais fatores de risco associados. O que se traduz na necessidade de adaptação continua, mudança e flexibilidade por parte dos diferentes intervenientes.

2.1.3 Domínio da Gestão dos Cuidados

A WHO (2020) define como meta na saúde, quando todas as pessoas puderem usufruir dos serviços de saúde, nas suas diferentes vertentes, de acordo com as suas necessidades, com a qualidade suficiente para serem serviços eficazes.

Ao longo do curso de mestrado decidiu-se assumir um compromisso na esfera da gestão dos cuidados e isso foi visível nos 3 EC, onde foi demonstrado interesse em evoluir, tendo a oportunidade de acompanhar os enfermeiros coordenadores e os enfermeiros gestores. Pode-se afirmar nesta fase, que se conquistou valiosos *insights* nesta competência, ficando alerta para temas como eficiência operacional, mapeamento de processos, gestão de recursos humanos e materiais, tecnologia e gestão da qualidade dos cuidados que parecia desconhecida, mas afinal já tinha começado o seu desenvolvimento ainda que identificada com outra nomenclatura. Como enfermeira responsável, experiente e que assume um compromisso com o serviço, já estava envolvida na área da gestão dos recursos materiais e na gestão da organização dos cuidados. Contudo, atualmente conquistou-se uma visão mais abrangente e aprofundada do significado de uma gestão eficaz, confirmando que resulta numa melhoria significativa na qualidade do atendimento aos doentes. O artigo 9.º do REPE menciona que “os enfermeiros contribuem para a melhoria e desenvolvimento da prestação de cuidados de Enfermagem, no exercício da sua atividade nas áreas de gestão” (OE, 1998, p.5).

Quanto à gestão da organização dos recursos humanos pode-se constatar que nos serviços onde decorreram os EC, existe para além do enfermeiro gestor um segundo enfermeiro na área de gestão do serviço, que para além de colaborar nas dinâmicas no dia a dia substitui o

chefe na sua ausência. Existe também, uma equipa de coordenadores que assumem o papel de coordenador de turno solicitado pela chefia na distribuição, e que assumem um papel de orientadores e gestores das dinâmicas de cuidados.

Transversal aos 3 EC foi visível a preocupação que o enfermeiro gestor de cada serviço tem em relação à tentativa de adequação diária dos rácios de enfermeiros nas áreas de trabalho, tendo em conta as necessidades de cuidados e o número de doentes.

No SUMC, para ser enfermeiro coordenador de equipa é traçado um perfil, em que se valorizam vários aspetos, a referir: experiência profissional; preferencialmente detentor do título de enfermeiro especialista; capacidades emocionais e de liderança; com características relevantes de sensatez e disponibilidade para o serviço; com capacidade de comunicação e de gestão de conflitos; que demonstre interesse em ter um papel ativo na gestão do serviço e dos cuidados, na gestão dos recursos humanos e materiais e na formação em serviço.

O fato de ter tido a oportunidade nesse EC, de uma das orientadoras ser enfermeira coordenadora, proporcionou uma experiência única de ligação à equipa multidisciplinar e doentes a qual permitiu perceber, desde muito cedo, as enormes vantagens resultantes de um forte compromisso entre todos os elementos da equipa multiprofissional.

Ainda relacionado com os recursos humanos, conseguiu identificar-se que a UCI é o serviço que em termos percentuais apresenta o maior número de enfermeiros especialistas para o universo da equipa de enfermagem, 50% sendo superior aos 22% do SUMC e dos 26% da UHICV/UCIC. A UCI pelo fato de ser um serviço altamente especializado tem cativado os enfermeiros especialistas, pois estes referem que conseguem prestar cuidados diferenciados e especializados de acordo com o core de conhecimentos que adquiriram na sua área de especialização. Deste modo, garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados passa também pela ótica das dotações seguras. Esta classificação é ainda hoje adotada pela DGS em Portugal, em que para o cálculo da dotação de enfermeiros, deve atender-se aos rácios de referência expressos na Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, que se encontra explanado no Regulamento n.º 743/2019. Este regulamento recomenda os rácios mínimos de enfermeiro/doente, fazendo a ressalva de que este número é flexível de acordo com os níveis de cuidados necessários a prestar aos doentes, de acordo com perfil e nível de qualificação dos enfermeiros, e a carteira assistencial disponível (OE, 2019).

É evidente que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros especialistas têm responsabilidades diferentes, assim como valorização e motivação diferentes, de acordo com a visão das organizações e gestão. “A autonomia de uma profissão pode ser limitada ou dificultada, por exemplo, pelos modelos da organização da instituição” (Nunes, 2022, p.110).

A gestão dos recursos humanos também implica ter uma estratégia que envolve áreas como a motivação e os conflitos. No SUMC foi de salientar a dinâmica imprimida pelo enfermeiro gestor do serviço que conseguiu motivar e cativar toda uma equipa, conseguindo gerir os conflitos, o que se traduziu na sua coesão e envolvimento no serviço. Pensando numa linha hierárquica, esta capacidade de ser uma referência a nível da equipa e assumir o trabalho do serviço com espírito de responsabilidade, está interligado com a liderança. Reis (2020) identifica um líder como um agente de mudança, que integra 4 elementos: o grupo, a influência, a motivação e os objetivos a alcançar.

Após reflexão pode-se assumir, que muitas vezes, os hospitais não aproveitam e não criam motivação para a formação dos recursos humanos que dispõe. Colidindo com as leis vigentes à data atual como é o exemplo do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto nos artigos 14º e 15º que consagra que são as instituições de saúde que compete adequar os recursos humanos e criar as condições necessárias para subsidiar e valorizar o exercício profissional dos enfermeiros baseada no seu mérito e competências (DRE, 2022). Uma estratégia de melhoria seria os gestores da instituição, preverem que o papel dos profissionais de saúde diferenciados, nomeadamente dos enfermeiros especialistas possa evoluir ao longo do tempo, em paralelo com as alterações legais adotando uma estratégia que valorize e reconheça estes profissionais.

Um outro aspeto importante relacionado com a gestão na organização de trabalho, é a metodologia adotada para a prestação de cuidados. Nos 3 locais de EC os enfermeiros organizam o seu trabalho segundo o método individual de enfermeiro responsável, sendo responsáveis pelos respetivos doentes das áreas às quais estão distribuídos durante o turno. Ao refletir, percebe-se e avalia-se que os enfermeiros utilizam muito do seu tempo clínico a cuidar de indivíduos e famílias, que lidam com a multiplicidade de mudanças nas suas vidas a nível físico, geográfico, espacial, emocional e/ou mental que afetam a sua saúde (Meleis, 2010). Os enfermeiros como responsáveis pelo planeamento e execução dos cuidados devem adotar uma abordagem sistémica integrada, tendo em conta as capacidades do serviço de saúde e as necessidades da população (WHO, 2019).

Ao abordar o tema das intervenções realizadas de acordo com as necessidades dos doentes, observou-se que estes são distribuídos de uma forma informal não havendo um instrumento que sirva de base para haver um equilíbrio na quantificação da carga de trabalho com cada doente. O que se verifica é que há enfermeiros com doentes atribuídos que requerem diversas intervenções complexas e alargadas no espaço temporal e outros com mais disponibilidade. Apesar de verificar uma cooperação entre pares, existem instrumentos para o efeito e que se encontram traduzidos e validados para o nosso país, como por exemplo, o *Therapeutic*

Intervention Scoring System (TISS), TISS-28 e o *Nursing Activities Score (NAS)* (Ferreira et al., 2017).

Considera-se que a adoção de uma ferramenta de gestão desta natureza, permite realizar um dimensionamento adequado da equipa com base numa estimativa das horas de cuidados, para que se possa cumprir a missão de promoção, defesa e melhoria da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes admitidos no serviço.

O processo de gestão de um serviço está adaptado ao ambiente interno da organização, que é uma sequência de funções que não podem ser analisadas individualmente porque são interdependentes e influenciam-se, estando em constante adaptação (Reis, 2020). Deste modo a gestão da informação, é uma área fundamental para a preservação da documentação produzida em contexto de cuidados. Assim torna-se fundamental incentivar os enfermeiros para utilizarem os sistemas de informação de forma correta, pertinente e eficaz, que seja revelador das reais necessidades de cuidados dos doentes. Nos EC existem para os dados administrativos o SONHO®, para os dados clínicos no SUMC o S-Clínico® e na UHICV/UCIC e UCI, o B-Simple®. “Possuir um conjunto de competências que permita pesquisar e avaliar criticamente as fontes de informação disponíveis, identificar, selecionar e aceder à informação mais relevante e credível é fundamental” (Andrade, 2022, p.36).

Tendo em conta que todas as atividades dentro de um serviço, implica comunicação, seja ela verbal ou não, a sua gestão assume um papel importante para criar uma imagem positiva e capaz de aumentar a eficiência dos cuidados. A comunicação nas organizações tem como objetivo melhorar o clima organizacional e envolve todo o fluxo de informações administrativas e entre colaboradores (Reis, 2020). Na UCI no turno da manhã existe uma reunião diária em que se discute o atendimento e as necessidades dos doentes, em termos multiprofissionais estando presentes nessa reunião a equipa médica e 2 elementos da equipa de enfermagem. Houve a oportunidade de também poder participar e verificar a dinâmica imprimida nestes encontros, o que acabou por ser um momento de partilha e debate que aumenta a qualidade e segurança dos cuidados para além de mostrar a capacidade dos canais de comunicação onde se conseguiu transmitir a informação de uma forma eficaz e eficiente.

Por outro lado, para uma análise mais segura, no âmbito da gestão da qualidade dos cuidados e da organização, a tomada de decisão tem de ser analisada e realizada de forma correta e eficaz, com recurso muitas vezes a auditorias.

Nos serviços onde se desenvolveram os EC efetuam-se auditorias internas, que não são dirigidas à individualidade de cada um ou ao seu desempenho pessoal, mas sim dirigidas a processos a auditar, sistemas de informação, relacionados com Programa de Prevenção e

Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). A nível da gestão dos serviços, foi visível a preocupação em que estas não fossem vistas com carácter de avaliação pessoal, mas como oportunidades de melhoria e com o fim último de criação de valor para o próprio serviço e para a melhoria dos cuidados prestados.

Toga (2014, p.44) considera que “o sucesso da atividade de auditoria interna depende sempre da competência dos seus recursos”, sendo uma ferramenta de apoio à gestão que auxilia a tomada de decisão. Nas instituições de saúde a sua finalidade não passa pela procura de erros ou más práticas, mas pela avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

Paralelamente, o enfermeiro especialista ao fazer a gestão dos cuidados deve ter a capacidade para desempenhar uma série de funções de apoio que sejam eficazes e capazes de minimizar o erro, sendo uma referência para os pares e para outros elementos da equipa multidisciplinar (WHO, 2019). Após reflexão pode-se afirmar que na tentativa de conhecer o material e recursos do serviço, a manipulação de equipamento técnico e a realização de técnicas invasivas, também constituíram uma base para o aperfeiçoamento de conhecimentos. Conseguindo fazer-se de forma gradual, mas consistente a sua gestão adequada e responsável ao longo dos EC.

Nesta competência termina-se com a ideia de que a gestão de um serviço é crucial para criar uma dinâmica sustentável e saudável nas equipas multidisciplinares e em última instância para o foco dos cuidados que é o doente. O capital humano é sem dúvida a base da organização e o que impulsiona a que haja qualidade. Serviços de saúde de qualidade implica realizar os cuidados certos nos momentos certos, minimizando os incidentes e os riscos, assim como o desperdício de recursos. Ao ter a consciência desta premissa aumenta a probabilidade de se obter os resultados de saúde esperados e consistentes com eficácia e segurança. Depois de refletir durante os 3 EC considera-se que o maior desafio em termos de gestão de serviço é sem dúvida no SUMC, por toda a dinâmica que envolve numa dimensão muito ampliada em relação aos outros 2 serviços.

2.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais quero destacar a caminhada que houve em termos de aprendizagem do autoconhecimento e responsabilidade aos longos destes 2 anos e realçar a importância da formação contínua.

Às vezes não refletimos, por julgar que não faz sentido colocar em questão o que se faz, por não saber por onde começar, por falta de tempo ou pela ideia errónea de autopreservação. Por vezes, as exigências do quotidiano são cansativas, consomem muito do nosso tempo e

energia. Neste contexto, ter tempo para “pensar” parece um luxo. Num olhar apressado, tudo parece óbvio e fácil, mas afinal, conhecermo-nos a nós próprios é ter consciência de quem somos, quem queremos ser, como queremos trabalhar.

De facto, o autoconhecimento engloba tudo isto, mas implica dar um passo além: a reflexão sobre todas estas informações. Ao longo destes EC foi-se construindo a enfermeira especialista, entre medos, incertezas, desafios, insónias, aprendizagens, muitas aprendizagens.

Após esta análise, pode-se inferir que o enfermeiro precisa de ter conhecimentos acerca das emoções, sentimentos e motivações do ser humano, incluindo-se a si próprio, em que a autoconsciência é um processo imprescindível para o desenvolvimento humano por envolver a compreensão e a aceitação de si mesmo, permitindo assim ao cuidador reconhecer as diferenças e a singularidade daquele que é cuidado.

Na literatura encontramos várias formas de definir Enfermagem, Lacerda (1998, p.214) apresenta um bom conceito “enfermagem é ser, estar, pensar, fazer, acontecer, transformar. Envolve a existência do homem e está inserida no mundo em transformação. A enfermagem pode ser profissão, disciplina, ciência, arte”. De facto, o enfermeiro ocupa uma posição privilegiada na prestação de cuidados aos doentes. Cuidados estes que requerem conhecimentos e competências (humanas, técnicas, relacionais, éticas e legais) com o objetivo de prestar cuidados de qualidade.

Os EC são um ótimo método de aprendizagem e imprescindível quando o objetivo é a aquisição de competências. Ao aproveitar todos os momentos e situações ocorreu o aperfeiçoamento contínuo do desenvolvimento profissional. “Não se nasce responsável, vamo-nos tornando responsáveis. Antes de mais, a responsabilidade é uma questão de formação” (Nunes, 2022, p.87).

Analisando o que significa as aprendizagens profissionais, pode-se ver diferenças entre os enfermeiros generalistas e os especialistas. As equipas de enfermagem ao terem elementos especialistas verificou-se que o impacto é um aumento da competitividade. Colocando-se a questão de seguida: O aumento da pressão competitiva resultará numa afetação de recursos mais eficiente? A resposta é sim. Neste momento, o facto de haver especialistas nos serviços verifica-se uma maior motivação para prestar cuidados com base em evidência científica robusta, em fazer formação e investigação. As tomadas de decisão são céleres e adequadas, sendo vistas como de valor pelas equipas multidisciplinares. Houve assim uma oportunidade para dar-se uma transformação na visão sobre o impacto dos cuidados prestados como enfermeira especialista, em particular na qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico.

Assumindo a visão de uma enfermeira especialista, fazer uma reflexão crítica é ir muito além do que se lê, se ouve ou se vê. Consiste em ter consciência de algo, é analisar as razões de alguma coisa, é fazer uma reflexão abrangente, questionadora e autónoma. É procurar diferentes perspetivas, não aceitando as situações, os valores, os comportamentos como óbvios e evidentes. Nesta competência desenvolveu-se também a capacidade de priorizar. Quando falamos em priorizar falamos de cuidados que necessitam de intervenções e tomadas de decisão rápidas e eficazes, em relação ao doente crítico em diferentes contextos, mantendo uma postura ética e de responsabilidade (Soares, 2019), assim como também falamos de priorizar intervenções em relação à equipa multiprofissional.

Neste domínio, não se pode deixar de identificar também 3 referenciais teóricos que promovem a construção de um conhecimento mais sólido e mais reflexivo, valorizando ainda mais, a prática clínica ao longo destes 2 anos de especialização: Virgínia Henderson, Patrícia Benner e Afaf Meleis. Ao fazer um paralelismo, Benner (2001, p.14) refere como fundamental para esta construção o exercício reflexivo, uma vez que “a reflexão permite aos enfermeiros clínicos que identifiquem as preocupações que organizam a história; que identifiquem as noções do que é correto que estão presentes na história; que identifiquem as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração”.

Por outro lado, durante o percurso, destes EC, foi possível perceber que perante problemas complexos e desafios de grande dimensão se consegue ultrapassar a partir de um rumo estratégico bem definido e um método de prestação de cuidados a estes doentes de forma consistente, de qualidade e segurança. Como nos diz Henderson (2007) a avaliação das necessidades centrada no doente exige sensibilidade, conhecimento, julgamento e um elevado grau de competência. Além de que enquanto se prestam cuidados, a enfermeira qualificada tem uma oportunidade construir uma relação terapêutica.

A atuação e a postura assumida ao longo dos 3 EC também foi ao encontro do que Meleis (2010) teoriza, uma vez que ela refere, que as mudanças exigem a atenção e o cuidado do enfermeiro que tem a capacidade para antecipar, responder e prestar cuidados de enfermagem às pessoas que estão em transição. Reforçando que o que torna a transição uma preocupação de enfermagem é o risco potencial que a experiência transitória pode trazer. Prevenir esses riscos e melhorar os resultados são objetivos das intervenções de enfermagem.

Por outro lado, considera-se fundamental que os enfermeiros tenham conhecimento da estrutura legislativa que lhes permite moldar o corpo legal da prática de cuidados de enfermagem.

Aos olhos do REPE, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98, que define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros pode mencionar-se o artigo 8º e 9º que diz respetivamente que “os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia” e “as intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes” (OE, 1998, p.4).

Por outro lado, a OE (2012) destaca que o enfermeiro na tomada de decisão, identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo, fazendo uma correta identificação da problemática do doente, as intervenções são prescritas, tendo a consciência dos riscos. Além disso, a “enfermagem alicerça o seu conhecimento específico tendo como base a fundamentação científica da disciplina e, ainda, através da interseção de várias áreas do saber, como a ética, a moral e os textos legislativos que regulamentam a profissão” (OE, 2015, p.11).

Durante o desenvolvimento dos EC, houve a oportunidade de realizar alguns trabalhos que contribuíram para o desenvolvimento enquanto futura enfermeira especialista, incluindo indicadores de observação pessoais, análise SWOT, IT, estudo de caso, formação em serviço e trabalhos com terminologia CIPE®.

Ao refletir, consegue-se perceber e avaliar que os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais uma realidade que abrange os profissionais de saúde.

Neste âmbito, a organização dos cuidados de enfermagem foca-se na eficiência e eficácia dos cuidados prestados sendo fulcral a existência de um quadro de referências e um sistema de qualidade para o exercício profissional e de registos que incorpore a sistematização da informação implícita no processo de enfermagem; uma dotação segura de cuidado e metodologias de trabalho; uma política de formação contínua e uma avaliação da satisfação dos enfermeiros em função da qualidade do exercício profissional (Cantante, 2020).

Aproveitou-se as oportunidades de aprendizagem que iam surgindo ao longo dos 3 EC, e ao ser proativa e mostrar disponibilidade em aprender e participar nas intervenções, verificou-se na equipa uma receptividade saudável. “Embora o caminho para a cobertura universal de saúde seja específico do país, sabemos que a existência de pessoal de saúde competente, motivado e bem apoiado é a pedra angular de qualquer sistema de saúde. Sem profissionais de saúde, não pode haver saúde” (WHO, 2019, p.8).

Tudo o que fazemos é uma forma de comunicação. Contextualizando e refletindo à luz dos referenciais de comunicação, desde o princípio dos tempos, a comunicação foi de importância vital, sendo uma ferramenta de integração, instrução, de troca mútua e desenvolvimento, aumentando o *empowerment* nas situações difíceis de comunicação como o stress.

Não obstante, para estabelecer uma comunicação terapêutica eficiente com o doente, respeitando as suas capacidades e valorizando o seu papel, é preciso que o enfermeiro desenvolva algumas capacidades fundamentais, tais como: postura empática e compreensiva, aceitação desprovida de julgamentos, autenticidade, autoconfiança, flexibilidade, comprometimento, tolerância e interesse. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o doente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde.

Assim usou-se o estilo de comunicação assertiva para criar uma relação de ajuda, estilo participativo/ empático, que se fundamenta numa relação de ajuda facilitadora e orientada para a pessoa. O uso da comunicação reduz a prevalência dos erros em saúde e melhora a qualidade dos cuidados incluindo a adesão terapêutica (Reis, 2022).

Esta evolução no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, levou à necessidade de um enquadramento legal com a criação do conjunto de competências do enfermeiro especialista definido pela OE. Assim, no Regulamento do perfil de competências específicas do enfermeiro especialista n.º 429/2018, as competências que aqui se regulam, envolvem vários domínios que permitem avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem, nomeadamente “previne complicações, reconhecendo a complexidade das situações de saúde vivenciadas pela pessoa; adequa estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas, de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto; prioriza as intervenções especializadas” (OE, 2018, p.19361).

A dificuldade/desafio neste domínio foi, de facto, conseguir em tempo célere, criar uma vinculação aos 3 contextos da prática clínica, para perceber as dinâmicas específicas, e depois poder dar também o meu contributo enquanto futura enfermeira especialista.

2.2 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

“A pessoa em situação crítica é aquela 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” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362). Os

cuidados de enfermagem necessários para dar resposta nesta situação crítica são considerados, também neste regulamento, como sendo altamente qualificados, contínuos e fundamentais para se conseguir dar resposta às necessidades identificadas de modo a promover uma recuperação total.

2.2.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Nesta era de complexidade crescente, prestar cuidados a doentes críticos é um desafio diário. Os processos de saúde-doença que marcam o tempo atual a par da acelerada construção do conhecimento influenciam os cuidados prestados à população, nomeadamente em relação ao doente crítico.

Segundo Paiva (2007), a enfermagem avançada é centrada nas respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e famílias ao longo do ciclo vital usando para isso o conhecimento gerado pela investigação e teoria de enfermagem. O autor destaca que a enfermagem nos últimos sessenta anos evoluiu muito, e se por um lado, o exercício profissional da enfermagem se desenvolveu a par de uma complexidade crescente. Por outro lado, o pensamento crítico é essencial para refletir sobre as práticas, construindo uma identidade pessoal, capaz de dar resposta eficaz e segura para os problemas do doente que interessa resolver utilizando o conhecimento científico e promovendo a prática de uma enfermagem avançada com base na evidência.

Durante estes EC, que revelaram ser muito ricos em termos de experiências para desenvolver esta competência, houve a oportunidade de prestar cuidados complexos à PSC, respeitando as dinâmicas das equipas multiprofissionais. Houve um envolvimento ativo nos cuidados fazendo a ponte entre os conhecimentos teóricos adquiridos durante o mestrado e a *praxis*, conseguindo estabelecer-se prioridades e gradualmente assumir, um papel ativo e dinâmico, na abordagem ao doente crítico.

Particularizando, durante o EC I houve a oportunidade de prestar cuidados à PSC nas diversas áreas do SUMC, mas mais frequentemente na SE. Meleis (2010, p. 15) destaca que “períodos de desequilíbrio são marcados por pontos de viragem e um processo de transição”. Foi possível identificar doentes com instabilidade hemodinâmica, considerando os processos transacionais a que o ser humano está sujeito, e participar como elemento de equipa na aplicação do algoritmo de Suporte Avançado de Vida (SAV). Neste âmbito, verificou-se que não é prática comum proporcionar um espaço para realizar um *debriefing* após este tipo de evento. Cada profissional faz a sua análise individualmente, mas não partilha com os outros

elementos intervenientes. Existe uma retoma ao trabalho e cada um acaba por ser absorvido nos inúmeros doentes que preenchem as áreas, não se aproveitando para aumentar a aquisição de competências, assim como para manter ou encontrar o equilíbrio emocional, que se pretende através da análise, partilha de ideias e reflexão no final deste tipo de evento.

Esta perspetiva também é defendida por Gilmartin et al. (2020) que afirmam que o momento de análise de casos clínicos também denominado de *debriefing* quente é uma forma de *debriefing* que deve ocorrer “ali e agora”, logo após o término de um evento crítico. Este facilita a discussão individual e da equipa multiprofissional, permite a análise do nível de desempenho e é o momento em que se identifica pontos de excelência, assim como pontos fracos ou até mesmo erros que possam ter ocorrido. Isto numa perspetiva de melhorar o desempenho em ocorrências futuras.

Por outro lado, o SUMC ao ser rico em situações de urgência e emergência onde o doente precisa de receber uma assistência atempada e eficiente, um dos constrangimentos identificados foi o facto de perceber que episódios de urgência inadequados afetam negativamente os profissionais e consomem recursos podendo comprometer o acesso de doentes críticos de forma rápida e segura.

Outra intervenção em que se colaborou de forma ativa, nos 3 EC, foi na preparação e no transporte intra-hospitalar do doente crítico, quer para o serviço de imagiologia, quer para o BO ou para outra área de cuidados. Fazendo uma análise pode-se inferir que houve sempre a preocupação de prevenir algum evento adverso que pudesse acontecer, uma vez que os doentes críticos são mais vulneráveis e o transporte apesar de ser um procedimento comum, dentro do Hospital e acompanhado por profissionais de saúde, envolve sempre um conjunto de riscos que podem pôr em causa a segurança do doente. O que também está preconizado em termos legais pela OE (2020, pp.2-3) que estabelece que “os profissionais envolvidos no transporte da pessoa em situação crítica devem antecipar todas as possíveis complicações pelo que, durante o mesmo, é necessário facultar o nível de cuidado idêntico (ou superior) ao verificado no serviço de origem”.

Nestes EC, mas sobretudo na UCI foi possível ter consciência da fragilidade e vulnerabilidade dos doentes de nível III, sendo um serviço onde se encontram disponíveis equipamentos diferenciados para dar resposta às necessidades dos doentes, através de monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, como é o caso de ventiladores mecânicos, aparelhos de diálise, índice bispectral, ecografia, entre outros. A UCI dispõe de tecnologias adequadas para se poder prestar cuidados específicos e complexos a par de uma monitorização contínua. O que permite à equipa multiprofissional uma maior agilidade na tomada de decisões e intervenções precoces diante de situações críticas (Silva et al., 2021).

Com base nestes pressupostos, a UCI engloba vários fatores relevantes na abordagem dos doentes críticos, como por exemplo: a fragilidade e grau de dependência dos doentes; os tempos de permanência no serviço, que por vezes são longos; a necessidade de assistência permanente por profissionais especializados; a utilização de equipamentos de grande complexidade e diferenciação (ACSS, 2013).

Alguns pressupostos que este serviço cumpre, de acordo com o recomendado a nível nacional são: a observação direta do doente; boa iluminação e arejamento; espaço físico amplo para maior facilidade de abordagem ao doente e deambulação do pessoal da equipa. A zona destinada à vigilância, monitorização e registos das atividades clínicas realizadas aos doentes está colocada estrategicamente no centro do serviço. Ao ter contacto com esta realidade, permitiu validar a importância da coordenação funcional da área e o permanente contacto visual com os doentes. É da maior importância o contacto visual permanente entre o enfermeiro e cada doente, embora mantendo privacidade relativamente aos outros doentes. Contudo, duas fragilidades encontradas, em relação ao recomendado, dizem respeito ao posto de vigilância, que deveria ser protegido com envidraçado, assim como os sistemas de compartimentação entre unidades dos doentes não deveriam ser cortinas, mas outros sistemas que permitissem isolamento acústico, como por exemplo, acrílicos (ACSS, 2013).

Na UCI foi notório o desenvolvimento da capacidade de identificar e diferenciar de forma autónoma, uma situação não urgente, urgente ou emergente. Por outro lado, conseguiu-se ter iniciativa e prontidão na ativação de protocolos terapêuticos complexos existentes no serviço, como administração de potássio em situações de hipocaliemia e o protocolo de insulinoaterapia no doente crítico. O que reforça a importância destas ferramentas ao dispor dos cuidados de saúde.

Durante a ativação do protocolo SAV na UCI, pode-se verificar que o fato da equipa saber a sua função, como grupo e individualmente, e conseguirem estabelecer e manter uma comunicação terapêutica efetiva, traz benefícios para o doente. Pedidos e ordens não são formulados em termos gerais, mas sim dirigidos a um indivíduo, pelo nome. Esse indivíduo então repete a solicitação/ordem e posteriormente confirma sua conclusão e, se aplicável, o seu resultado (*American College of Surgeons*, 2018).

Uma outra dinâmica observada, após reflexão das situações de complexidade que recorrentemente acontecem na UCI, foi o fato da avaliação ABCDE de um doente crítico, ser feita de uma forma horizontal em vez de assumir uma regra vertical. O que demonstrou ter benefícios para o doente, pois torna-se numa abordagem mais célere, eficaz e eficiente. A *American College of Surgeons* (2018) realça que os procedimentos de avaliação priorizados no ABCDE são apresentados como etapas sequenciais em ordem de importância, mas na

prática, muitas vezes essas etapas são realizadas simultaneamente por uma equipa de profissionais de saúde, com vista na obtenção de melhores resultados.

Na UHICV houve a oportunidade de poder assistir e participar nas intervenções e partilhar responsabilidade na gestão de protocolos terapêuticos complexos que visaram o controlo de sintomas inerentes a uma situação crítica, como por exemplo o enfarte agudo do miocárdio e a ativação de via verde coronária.

A via verde coronária encontra-se devidamente instituída no centro hospitalar onde se realizou o EC de opção. Como está explanado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Esta Via Verde, tem como pedra basilar um tratamento mais rápido e eficaz nas unidades de cuidados intensivos coronários ou salas de hemodinâmica. O encaminhamento destes doentes é estabelecido com base em critérios clínicos e eletrocardiográficos específicos, visando o rápido tratamento, muitas vezes havendo necessidade da realização de angioplastia primária (INEM, 2022).

Neste domínio do cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, é importante realçar também a comunicação como um aspeto fundamental em todos os contextos de atendimento ao doente crítico, assim como, a escuta ativa, empatia, clareza, franqueza e cordialidade são fatores chave de uma comunicação eficaz.

A comunicação e a escuta ativa são assim instrumentos terapêuticos fundamentais, que possibilitam o acesso ao princípio de autonomia do doente, ao consentimento informado, à confiança mútua e à informação de que o doente e seus familiares necessitam. Araújo e Leitão (2012) referem que a comunicação de qualidade, estabelecida entre paciente-família-equipa de saúde, é uma ferramenta terapêutica fundamental que garante benefícios e tem a capacidade de fortalecer as relações, possibilitando ao paciente desenvolver autonomia e maior confiança no profissional, redução do nível de ansiedade e melhora na adesão ao tratamento, permitindo-lhe viver melhor com a sua doença.

Na UCI houve a oportunidade de participar no processo de um doente em morte cerebral, sendo um potencial dador de órgãos. Além de ser um processo complexo em termos de burocracia e cuidados ao doente, destaca-se a importância de se abordar e comunicar sobre o assunto com a família dando-lhe oportunidade de manifestação e usando a técnica da escuta ativa, para tornar o diálogo mais eficiente. A capacidade para lidar com os silêncios, a par da capacidade de gestão do espaço pessoal e da resposta eficaz às necessidades da pessoa em crise funcionam também como facilitadores da comunicação (Carvalho & Matos, 2016).

A dimensão emocional a que a família dos doentes críticos experiencia é grande e acompanhada de muita fragilidade, tornando necessário demonstrar conhecimento sobre a gestão de sentimentos vividos, com base nas regras de cada ambiente e de forma adequada. Pode-se constatar que os doentes, enquanto membros de um sistema familiar, necessitam, para além de cuidados diretos, de alguém que cuide da sua família envolvendo-a em todo o processo de tratamento. Desta forma reduz-se notoriamente a ansiedade.

Um outro aspeto fundamental incluindo nesta competência do enfermeiro especialista é fazer uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica. Pode-se afirmar então que a dor, a agitação/sedação e o *delirium* são três focos incontornáveis na prestação de cuidados. Durante os EC foi possível desenvolver conhecimentos na aplicação de escalas para diagnosticar estes problemas e intervir adequadamente. A dor dos doentes pode ter inúmeras causas, quer seja pela gravidade da condição clínica, pela prestação de cuidados de enfermagem sistemática, pelos procedimentos invasivos ou pela presença de dispositivos de segurança. Avaliar a dor no doente crítico, quase sempre sob sedação e com dificuldade em verbalizar, constitui-se um desafio para os enfermeiros e a utilização de instrumentos de avaliação da dor adequados pode ser a chave para a controlar adequadamente. “A atenuação ou eliminação dos fatores que causam agitação psicomotora como a dor e o desconforto, se associam a uma redução do tempo de internação do paciente.” (Figueira et al., 2020, p.14).

A *Behavioral Pain Scale* (BPS) é utilizada na UCI para avaliação da dor em doentes entubados, ventilados mecanicamente e incapazes de se autoavaliarem. É a ferramenta mais amplamente testada e recomendada pela *American Society for Pain Management Nursing*, para avaliação da dor em doentes entubados e/ou inconscientes. Foi validada e traduzida para português por Marques em 2009 (Cunha et al., 2020).

No doente crítico na UCI, muitas vezes, é necessário o recurso a fármacos analgésicos e sedativos pela quantidade de procedimentos realizados. A literatura descreve que a sedação profunda está associada a eventos adversos, como por exemplo o aumento do tempo de ventilação mecânica, aumento da incidência de *delirium*, alterações de memória, maior mortalidade a curto e longo prazo (Figueira et al., 2020). Neste sentido, e para que o doente crítico tenha um nível de sedação que permita a realização de procedimentos invasivos sem causar dor e sofrimento, o serviço faz a sua monitorização periódica usando a escala *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) que é uma escala validada, com alta confiabilidade e de fácil aplicabilidade (Namigar et al., 2017).

De acordo com a literatura, a atenção dada ao *delirium* em contexto de UCI é uma temática que tem vindo a ganhar relevância nos últimos anos por se saber que estes doentes devido a

fatores agudos e ambientais ao estarem submetidos a tratamentos com recurso a fármacos analgésicos e sedativos, têm uma maior predisposição ao desenvolvimento desta perturbação. Este distúrbio causa para além de constrangimentos a nível organizacional com aumentos dos custos, também provoca declínio funcional e cognitivo, alterações emocionais, perda de autonomia, tendo um forte impacto na qualidade de vida dos doentes e famílias. A escala *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)* é das ferramentas mais usadas, válidas e confiáveis para a triagem diária de *delirium* na unidade de terapia intensiva, sendo recomendada por vários organismos como Instituto Nacional *Nute for Health and Care Excellence (NICE)* (Chen et al., 2021).

No EC III houve a oportunidade de prestar cuidados à PSC em duas unidades na área da Cardiologia, a UHICV e UCIC. A abordagem moderna do doente cardíaco crítico exige cuidados de saúde altamente especializados, prestados em UCIC dedicadas, com equipas com formação e experiência (Monteiro et al., 2020). As doenças cardíacas, apesar da baixa taxa de mortalidade observada no nosso país comparativamente a outros países europeus, devem continuar a ser uma preocupação para o nosso sistema de saúde, dada a perspetiva de crescimento da sua incidência, até ao ano 2025, enunciada pelo Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (DGS, 2002).

Pode-se afirmar que perante problemas complexos e desafios de grande dimensão o sucesso deste EC teve repercussão na prestação de cuidados diretos aos doentes, assim como no seu bem-estar ou recuperação. A partir de um rumo estratégico bem definido, em que se elabora um plano de cuidados individual do doente é possível verificar intervenções consistentes, eficientes, de qualidade e segurança para o doente.

Durante os EC também houve espaço para delegar tarefas quer em relação aos pares, assim como a outros elementos da equipa multiprofissional, nomeadamente as assistentes operacionais. A especialidade permitiu melhorar e fortalecer o desenvolvimento dessas capacidades. “Isto implica a definição das funções profissionais, âmbitos do trabalho, responsabilidades e tarefas, para além de padrões educativos e requisitos mínimos de competências para diferentes cargos nos serviços de saúde” (WHO, 2019, p.43).

Após reflexão, pode-se concluir que para desenvolver o processo de tomada de decisão como futura enfermeira especialista é fundamental ter como pedra basilar a capacidade de “leitura” do contexto e dos problemas reais do doente, assim como na capacidade de compreender o todo para depois conjugar as partes, melhorando como enfermeira reflexiva, com sentido de responsabilidade e competência.

2.2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

De acordo com a Lei n.º 80/2015 “Catástrofe é o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (DRE, 2015, p.5316).

O plano de catástrofe pretende ser uma ferramenta facilitadora em caso de afluxo de multivítimas originando um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos existentes.

Para a aquisição desta competência específica procurou-se numa primeira instância ter conhecimento do Plano de Emergência Distrital dos Centros Hospitalares para situações de emergência e catástrofe, onde decorreram os EC, como recomenda a DGS.

Assim, o Plano de Emergência nas Unidades de Saúde (PEUS) é um plano de emergência adaptado a cada Unidade de Saúde, destinado a fazer face a um acontecimento com consequências sanitárias graves (crise), e em que estão ultrapassadas as capacidades imediatas de resposta. A DGS, como serviço central do Ministério da Saúde, recomenda a todas as unidades do SNS a criação deste plano de acordo com a orientação n.º 007/2010 (DGS, 2010b).

O Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil é um plano geral de emergência de proteção civil, que nos termos da lei, se destina a fazer face às situações de acidente grave ou catástrofe que possam ocorrer no âmbito territorial e administrativo ao distrito a que pertencem. É um instrumento flexível e dinâmico, que define as regras de orientação para as ações de prevenção e resposta operacional, de modo a garantir a unidade de direção e controlo, bem como uma adequada articulação e coordenação dos agentes de proteção civil e dos organismos e entidades de apoio a empenhar na iminência ou ocorrência de acidentes graves ou catástrofes e está em permanente atualização (Autoridade Nacional de Proteção Civil, 2017).

Durante os EC verificou-se que os planos de emergência por mais bem concebidos que se encontrem, devem ser treinados com regularidade, através de exercícios em que se simulem situações de emergência a diferentes níveis, em vários pontos da organização, de modo a garantir a permanente operacionalidade e como estratégias para melhorar a compreensão do papel e função de cada interveniente durante uma situação destas. Para além de melhorar conceitos como: condições de segurança, transporte de evacuação, triagem de doentes, definição de prioridades, comunicação. Alguns exercícios de treino incluem: simulacro, *table top*, *briefings* e *debriefings*.

Num contexto de permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de importantes proporções, torna-se fundamental que as diversas instituições do SNS realizem, periodicamente, uma análise da sua situação atual, tendo em consideração a constante mutação da envolvente interna e externa, planeando, de forma sistemática e integrada, uma resposta de emergência caso seja necessário (DGS, 2010b).

Durante o desenvolvimento dos 3 EC não se presenciou nenhuma ativação do Plano de Emergência. Porém, houve oportunidade de treinar alguns destes exercícios, e uma das dificuldades identificadas foi conseguir manter o foco no atendimento rápido e eficiente, minimizando as intervenções desnecessárias ou não urgentes. Uma proposta de melhoria que foi sugerida foi a realização de um simulacro para treinar competências. É somente através da educação e treino que os enfermeiros podem ser munidos das competências e habilidades necessárias para uma atuação rápida e eficaz em situação de desastre (Kapur & Baéz, 2017).

Para tentar colmatar esta fragilidade, nos locais dos EC foram realizados *brainstormings* com vários colegas da equipa de enfermagem, numa tentativa de levar à reflexão de uma forma estruturada, ajudando a consolidar saberes e a mudar comportamentos que se identificassem como errados. O contexto de *brainstorming* permite abordar um problema de forma rápida e assertiva, promove a organização das ideias com foco e objetividade, envolve toda a equipa no grupo na gestão da qualidade e na melhoria de processos, e pode ser usada em conjunto com outras metodologias (Saeger & Feys, 2015). Na UHICV/ UCIC houve a realização de um *Table Top*, sobre evacuação de doentes.

Porém, sob um outro prisma, ao fazer uma análise sobre o desenvolvimento desta competência é inevitável abordar a pandemia SARS-CoV-2, que foi muito mais do que uma crise de saúde. De facto, durante os EC talvez o *insight* mais significativo em termos de situações de emergência e exceção tenha sido a resposta ao SARS-CoV-2. De acordo com a literatura, volvidos mais de dois anos após as primeiras infeções, podemos afirmar que foi uma emergência global aguda. Neste âmbito, a OMS estabeleceu uma série de ajustes importantes no plano estratégico de prontidão e resposta que foram implementados de forma rápida e consistente nos níveis regional, nacional e global, permitindo assim encerrar a fase aguda da pandemia (WHO, 2022).

Transversalmente aos 3 locais dos EC, houve necessidade de reorganização e adaptações face a este contexto. Por exemplo, na UCI teve de se implementar um conjunto de medidas num curto espaço de tempo a todos os níveis, com resultados bastante positivos, mesmo à escala nacional. Houve a oportunidade de visualizar o vídeo elaborado pelo serviço em parceria com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos intitulado: Procedimento para

Prone Positioning. Técnica esta que viu a sua divulgação e utilização ampliada desde o início da pandemia via online. Esta temática do prone tem sido objeto de vários estudos, que a colocam em evidência nos últimos anos e clarificam quanto aos benefícios fisiológicos para o sistema respiratório. Reforçando ser uma técnica segura e eficaz, podendo ser um fator determinante para o sucesso do tratamento em UCI (Mattos et al., 2021).

Pode-se concluir, no domínio desta competência, que qualquer situação de emergência, exceção e/ou catástrofe tem o poder de causar riscos para a qualidade e segurança dos cuidados e dos doentes. Torna-se também aqui fundamental manter a consciência situacional, saber priorizar as intervenções mais adequadas, e minimizar as intervenções desnecessárias ou não urgentes, mantendo o foco no atendimento rápido e eficiente. Assim, não devemos esquecer que em situações potencialmente hostis, devemos fazer um uso racional dos recursos que dispomos, pois existem recursos materiais e humanos limitados, uma capacidade de comunicação variável e opções de tratamento limitadas.

2.2.3 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

Em Portugal criou-se o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), assim como os Grupos de Coordenação Local (GCL) em 2013, tendo sido considerado um dos 9 Programas Prioritários de Saúde (DGS, 2022b).

A sua missão basilar é a prevenção e o controlo de infeções associadas a cuidados de saúde. Faz igualmente parte da sua missão a promoção do uso sensato de antimicrobianos, a redução da resistência a antimicrobianos e a transmissão de microorganismos resistentes. Para conseguir atingir com sucesso este compromisso, o programa desenvolveu várias ações de melhoria da qualidade, intervenções educativas e comportamentais. Atualmente as unidades de saúde já têm bem implantadas e ativas as orgânicas dos GCL-PPCIRA o que contribui para atingir resultados positivos (DGS, 2021).

Nos Hospitais onde decorreram os 3 EC existe o GCL-PPCIRA, constituído por uma equipa multiprofissional em que se incluem enfermeiros, sendo a coordenadora especialista em EMC. O trabalho realizado por eles assenta numa estratégia institucionalmente assumida e permite implementar alterações no serviço de modo a tentar ter um resultado positivo no combate aos problemas identificados. É notório que quando é devidamente reconhecido, produz resultados positivos, que se traduzem em ganhos em saúde para os doentes e instituição como por

exemplo na redução dos recursos e diminuição dos custos (antibioterapia, tempo de internamento). Nos vários serviços de prestação de cuidados existem enfermeiros como elo de ligação desta orgânica funcional, sendo visível os contributos dados na operacionalização, dinamização e atualização dos circuitos internos de cada serviço.

Numa procura constante da excelência no exercício profissional dos enfermeiros, é exigido uma atuação congruente com os padrões da qualidade, e a qualidade exige que haja uma reflexão sobre a prática do dia a dia. Isto porque, definir objetivos e delinear estratégias exequíveis, revela a necessidade de tempo para poder refletir sobre os cuidados prestados. As unidades de saúde, para terem sucesso em termos de redução das infeções, têm de se comprometer não só com elaborar projetos de qualidade, mas também a criar um ambiente no serviço favorável à sua implementação e consolidação, para se tornarem parte da rotina diária e não entrarem em conflito (OE, 2001).

Em conformidade com estes pressupostos, decorria o ano de 2014 quando se deu início à promoção global das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), que se traduzem em regras de boa prática que devem ser adotadas transversalmente por todos os profissionais, na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada (DGS, 2017b).

Apesar de já ter conhecimento e contacto com as normas e procedimentos emanados pelo GCL-PPCIRA da instituição onde se exerce funções, houve a oportunidade de refletir sobre a sua adequação e aplicabilidade nos serviços: SUMC, UCI e nas UHICV e UCIC. Através destas ações tentou-se ir ao encontro das competências exigidas ao enfermeiro especialista, no que concerne à conceção de um plano de prevenção e controlo de infeção e à liderança no desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, melhorando a prática com fundamentação na evidência científica, contribuindo para a realização de procedimentos específicos nesta área, e estar mais desperta para problemas e dúvidas que outros profissionais possam apresentar sendo uma referência.

Na ótica dos doentes internados, na UCI, estes são particularmente suscetíveis de infeções associadas aos cuidados de saúde, e para tentar minimizar este risco, houve a oportunidade de fazer uma avaliação de risco e rastreios de microrganismos, conforme preconizado pela DGS, em estreita coordenação com GCL-PPCIRA. Também na UCI Polivalente e Cardíacos os doentes têm uma grande probabilidade de desenvolver complicações, por serem submetidos a procedimentos invasivos. Neste âmbito, houve a oportunidade de participar ativamente e pôr em prática os 3 feixes de intervenções da DGS.

O grande desafio identificado neste contexto foi vivenciado no SUMC, em que, a sobrelotação de doentes e a sua constante mobilização, são fatores que, na prática são responsáveis pelo não cumprimento ideal das medidas de prevenção da transmissão de infeção.

A higiene das mãos é considerada uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos entre doentes, durante a prestação de cuidados (DGS, 2013). Depois de refletir, esta concordância é facilitada em todos os EC, pelo fato de existir nos 3 serviços, vários pontos com Soluções Antissépticas de Base Alcoólica (SABA), assim como locais próprios para lavar as mãos, com água e sabão no caso das mãos se apresentarem visivelmente sujas.

No que concerne à gestão de resíduos hospitalares, verificou-se no SUMC a inexistência da definição de circuitos independentes de limpos e sujos, dado que o circuito é o mesmo e passa por áreas comuns a profissionais e doentes, não existindo uma metodologia capaz de salvaguardar padrões de qualidade e segurança dos serviços, devido às limitações em termos de infraestruturas do serviço. Uma oportunidade de melhoria, seria criar circuitos distintos para os limpos e sujos. Porém, decidiu-se como medida imediata dinamizar alguns *brainstormings* e sensibilizar sobre a correta higiene das mãos.

Nos EC II e III no que diz respeito à gestão de resíduos hospitalares verificou-se a existência da definição de circuitos independentes de limpos e sujos, estando numa zona de fácil acesso aos profissionais, existindo uma metodologia capaz de salvaguardar padrões de qualidade e segurança do serviço, profissionais e doentes.

Outro ponto chave na prevenção e controlo de infeção é a etiqueta respiratória. Este conjunto de regras inclui, a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, a gestão e separação dos resíduos resultantes de terapêutica.

Transversalmente a todos os locais de EC realizados, na generalidade todos os profissionais de saúde reportam ao superior hierárquico as falhas de *stock* dos EPI, as deficiências detetadas nestes equipamentos, ou outros obstáculos que possam dificultar ou pôr em causa o cumprimento das PBCI, indo ao encontro da Norma 029/2012 atualizada 31/10/2013 (DGS, 2013).

No EC do SUMC existe um quarto de isolamento fazendo cumprir o pressuposto. Porém, pode-se constatar que não existe nenhum protocolo institucional sobre a realização de rastreios sépticos, de acordo com a norma 004/2023 da DGS. O que existe como boa prática é a colocação da sinalética vermelha na unidade do doente portador de microrganismo epidemiologicamente importante.

De acordo com a norma n.º 029/2012 atualizada em outubro de 2013, na admissão do doente à unidade de saúde deve ser avaliado o risco de transmissão de agentes infecciosos. Esta avaliação é realizada e registada no processo clínico até às 24 horas de admissão e, deve ser regularmente atualizada, de acordo com a situação clínica, servindo de orientação à decisão da colocação do doente e/ou tipo de isolamento, se necessário (DGS, 2013).

Durante o EC na UCI a equipa multiprofissional adotou uma estratégia de identificação, em que os doentes quando infetados ou colonizados com microrganismos epidemiologicamente importantes são identificados com uma sinalética em forma de cartões de várias cores, uniformizada no serviço, e que se encontra visível aquando da aproximação da unidade do doente, mantendo o sigilo da informação clínica, para todos os que não são afetos ao serviço.

Na UCI e na UHICV/ UCIC existe também um protocolo institucional sobre a realização de rastreios sépticos, de acordo com a norma 004/2023 da DGS, a fim de detetar precocemente possíveis situações de contaminação e infeção cruzada e assim, impedir a sua disseminação. Assim como um protocolo sobre as precauções baseadas na transmissão e tipos de isolamento, contemplando a transmissão por via aérea, por gotícula e por contacto (DGS, 2023).

Relativamente aos equipamentos, no SUMC existe a boa prática assim como a desinfeção da braçadeira e oxímetro entre doentes devido à presença de um frasco de álcool a 70% e compressas junto a cada monitor, como preconizado pelo GCL – PPCIRA do Hospital. Estes procedimentos são fatores importantes que diminuem o risco de IACS.

Na UCI e na UHICV/ UCIC existe um plano de higienização das unidades dos doentes, equipamentos e superfícies atualizado e adaptado à dinâmica do serviço, que reúne toda a informação relativa à forma como devem ser feitas as operações de limpeza e desinfeção. Houve a oportunidade de observar que existe o cuidado de atender às 3 regras fundamentais ao efetuar qualquer tipo de limpeza no serviço: a distinção entre limpeza, de descontaminação e de desinfeção; providenciar que os microrganismos depositados no chão não se espalhem para outras superfícies e voltem ao chão sem serem eliminados; e, evitar que a limpeza se transforme numa operação de propagação de microrganismos.

Na UCI e na UHICV/ UCIC as unidades dos doentes que se encontram em *open space* são apenas separadas lateralmente por cortinas, o que facilmente se tornam elementos de contaminação, além de poderem ao longo do tempo, perder as qualidades ignífugas (ACSS, 2013). Como estratégia do serviço para tentar minimizar o risco de infeção cruzada, existe a preocupação de trocar a cortina aquando da alta do doente de cada unidade. Porém, uma

proposta de melhoria seria substituir as cortinas por outro sistema de separação, como acrílicos.

Por outro lado, há procedimentos com impacto elevado na recuperação e qualidade de vida dos doentes. Neste âmbito, pode-se falar dos 3 feixes de intervenções emanados pela DGS, como o conjunto de intervenções que, quando agrupadas, articuladas e implementadas, no mesmo período espaço-temporal, promovem um melhor resultado, com maior impacto do que simplesmente a adição individual (DGS, 2022c).

Durante o EC II, na UCI, os doentes têm uma grande probabilidade de desenvolver complicações, por serem submetidos a procedimentos invasivos. Neste contexto, têm um alto risco para ter IACS e por isso necessitam de medidas efetivas para a sua prevenção. Neste serviço foi visível a conformidade das intervenções de enfermagem aos doentes em relação a 3 feixes de Intervenção: Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central; Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical e de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Pode-se considerar que, estas conformidades nas intervenções, leva a ganhos na saúde e qualidade de vida dos doentes, com resultados desejados adquiridos.

Durante o EC III foi visível a conformidade das intervenções de enfermagem ao cateter vesical em relação à norma n.º 019/2015, atualizada a 29/08/2022, sobre “Feixe de Intervenções” Para a Prevenção Da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (DGS, 2022c).

Embora as várias intervenções anteriormente identificadas contribuam para a prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica, existem outros fatores concorrentes para haver uma complexidade da situação. O ano de 2020 ficou, inevitavelmente, gravado na vida de todas as pessoas, como um ano marcante, o ano da declaração da pandemia da SARS-CoV-2, um ano em que o conhecimento sobre esta infeção atingiu uma importância epidemiológica monumental e em que a adoção e atualização de medidas de prevenção e controlo de infeção foram sendo atualizadas e adequadas ao risco epidemiológico de cada contexto. Nesta fase, foi importante verificar que apesar das intervenções de enfermagem estarem em conformidade com protocolos e orientações emanadas pelos serviços, pelas instituições e pelos países, as equipas de enfermagem, procuraram praticar os cuidados com base na melhor evidência científica.

CONCLUSÃO DA REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO

Este relatório surge como o finalizar de mais um ciclo estabelecido a nível académico e profissional. Patenteia o desenvolvimento de competências e é encarado como uma ponte para a continuação de uma prática de cuidados baseada na evidência, que com a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências comuns e específicas de futura enfermeira especialista, irá traduzir-se numa prestação de cuidados de maior responsabilidade, qualidade e segurança para o doente.

Como refere Benner (2001, p.31) “as enfermeiras nunca puseram, seriamente, por escrito os resultados das aprendizagens que foram realizando ao longo da sua própria prática”.

No final destes 3 EC pode-se afirmar que a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área do doente crítico prevê que os enfermeiros detenham um vasto core de conhecimentos e consigam fazer uma reflexão crítica das intervenções realizadas nos diferentes contextos de atuação.

Neste âmbito, os ensinamentos clínicos são um período fundamental na formação dos enfermeiros especialistas, ao permitir nesta fase de aprendizagem, o desenvolvimento da capacidade reflexiva e crítica, tendo como ponto de partida os conhecimentos prévios e os que se adquire nas diversas componentes teóricas assim como as aptidões adquiridas no contacto direto com a pessoa em situação crítica.

Agora com um outro olhar pode-se perceber a atenção clínica que o enfermeiro disponibiliza ao doente/ família/ cuidador no que se refere à planificação, gestão e intervenções que se expressam em cuidados sempre de acordo com as necessidades e exigências de saúde do doente. A pedra basilar para desenvolver o processo de tomada de decisão é a capacidade de “leitura” do contexto e dos reais problemas do doente.

“A consciência torna mais forte a relação entre a liberdade e a responsabilidade. Pois cada um tem o seu grau de autoconsciência, que potencia, que suporta, as escolhas que faz” (Nunes, 2022, p. 89). Procurou-se, desde o primeiro momento, durante os EC, fundamentar a maturidade na decisão e rejeitar o facilitismo, de modo a poder apresentar uma definição clara do papel e responsabilidade que advêm de ser enfermeira especialista. A fundamentação teórica através da pesquisa bibliográfica e de referenciais nacionais e internacionais, permitiu robustecer a reflexão crítica contínua relativamente às intervenções realizadas.

Percebe-se que a estruturação do pensamento resulta de um construir e desconstruir diário. Este exercício de pensar e refletir implica um trabalho de recolha, análise, discussão constante e interativa integrando conceitos como princípios ético-legais, prática segura, empoderamento pela relação terapêutica e linguagem classificada que conduzem a melhores resultados em termos de cuidados de enfermagem. De facto, este caminho não se percorre sozinho e cada passo que se dá imprime uma transformação na prática dos cuidados.

Muitas foram as experiências, auferidas ao longo destes EC, houve a oportunidade para ampliar as competências interpessoais na realização de trabalho com novas equipas, na comunicação, na habilidade para trabalhar em equipas multidisciplinares e aumentar a capacitação de crítica e reflexão. A convergência das atividades e atitudes visaram um patamar de melhoria contínua da qualidade de cuidados a prestar ao doente crítico que ocorre ao hospital. O aumento da complexidade tecnológica, informação e conseqüente aumento da complexidade dos cuidados de saúde tornou imperativo trabalhar a cultura de segurança do doente por forma implementar ações preventivas e melhorar a qualidade dos cuidados prestados (DGS, 2021).

Em relação aos objetivos definidos no início desta etapa de estudos, pode-se afirmar que estes foram atingidos. Todas as componentes teóricas foram importantes para chegar a este marco, assim como a componente prática, incluindo a elaboração dos trabalhos desenvolvidos ao longo dos EC, culminando no presente relatório.

O percurso realizado em termos de EC aliado ao trabalho e gestão da vida pessoal exigiu muita dedicação e empenho, mas de fato após reflexão pode-se constatar que permitiu robustecer o raciocínio clínico, o pensamento reflexivo e tornar mais robusta as tomadas de decisões para perseguir a promoção da qualidade e segurança constantes nos cuidados, com base na evidência. E é com este novo olhar, de futura enfermeira especialista, que se constrói uma forma de cuidar e educar na prática, os doentes num contexto crítico atendendo sempre à sua individualidade.

A abordagem das competências assume 4 perspetivas mais relevantes: as competências como atribuições, como qualificações, como traços ou características pessoais e como comportamentos ou ações. É com base nestes pressupostos que se propõe uma definição de competências. Neste âmbito as competências são consideradas como *outputs* de desempenho, como resultados específicos que as pessoas trazem para o exercício das suas atividades profissionais, e são realidades suscetíveis de serem observadas, permitindo, pela sua constância e regularidade, sustentar avaliações relativamente objetivas e consistentes sobre a performance profissional dos seus detentores (Ceitil, 2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS). (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Direção Geral da Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS). (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. RT 09/2013. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Alves, A. D., Maia, D., & Neves, F. (2019). Intervir no Coração do SNS: Motivação dos profissionais. *Revista Gest Hospitalar, APAH. N.º18, N.º18*, 6–10. <https://apah.pt/revista/>
- American College of Surgeons. (2018). ATLS ® Advanced Trauma Life Support ®. (Tenth Edition). In The Committe on Trauma
- Andrade, I. (2022). Gestão e Avaliação de Fontes de Informação. *Revista Gestão Hospitalar, APAH. (N.º28)*. 36–38.
- Araújo, J. A., & Leitão, E. M. P. (2012). A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. *Revista Do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, 1*, 58–62. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8943/6836>
- Autoridade Nacional de Proteção Civil. (2017). Manual de Apoio à Elaboração e Operacionalização de Planos de Emergência de Proteção Civil. (2ª Edição).
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (Quarteto Editora). <https://pt.scribd.com/document/374182193/De-Iniciado-a-Perito>
- Bergamini, C. W. (1994). Liderança: a administração do sentido. *Revista de Administração de Empresas, 34(3)*, 102–114. <https://www.scielo.br/j/rae/a/V6HxfSxghqbGdKPvVRDqqWC/?format=pdf&lang=pt>
- Cantante, A. P. da S. R., Fernandes, H. I. V. M., Teixeira, M. J., Frota, M. A., Rolim, K. M. C., & Albuquerque, F. H. S. (2020). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva, 25(1)*, 261–272. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>
- Carvalho, M. A. D., & Matos, M. M. G. (2016). Intervenções psicossociais em crise, emergência e catástrofe. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 12(2)*, 116–125. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20160018>
- Ceitel, M. (2016). *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. Edição Sílabo. 2ª Edição. <https://biblioteca.wook.pt/reader/index.html>
- Chen, T. J., Chung, Y. W., Chang, H. C. (Rita), Chen, P. Y., Wu, C. R., Hsieh, S. H., & Chiu, H. Y. (2021). Diagnostic accuracy of the CAM-ICU and ICDSC in detecting intensive care unit delirium: A bivariate meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies, 113*. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2020.103782>
- Cunha, D., Ribeiro, A., & Pereira, F. (2020). Instrumentos de Avaliação da Dor em Pessoas com Alteração da Consciência: Uma Revisão Sistemática. *Revista ROL de Enfermeria, 43(1)*, 59–68. <https://e-rol.es/wp-content/uploads/2020/01/Instrumentos-de-avaliacao-da-dor-em-pessoas-com-altera.pdf>

- Decreto-Lei n.º 52/2022, da Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Diário da República: 1ª Série, N.º 150, 4 de agosto, página 5-52. <https://files.dre.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>
- Despacho n.º 4835-A/2016 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2016). Diário da República: Parte C, Série II, n.º 69 de 8 de abril de 2016. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/4835-a-2016-74076053>
- Despacho n.º 9494/2019, do Gabinete da Secretária de Estado da Saúde (2019). Diário da República: Série II, n.º 202, de 2019-10-21, páginas 142 – 143 <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9494-2019-125517180>
- Direção Geral da Saúde. (2002). Circular Normativa N.º 03/DSPCS Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Página 1-25.
- Direção Geral da Saúde. (2010a). Circular Normativa N.º 15 Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). Página 1-11.
- Direção Geral da Saúde (2010b). Orientação n.º 007/2010 Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. <https://www.dgs.pt/pagina.aspx?screenwidth=1600&mlkid=idbbi155k5nvv4yelzwmx055&cr=16687>
- Direção Geral da Saúde (2013). Norma 029/2012 atualização a 31/10/2013 Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>
- Direção Geral da Saúde (2017a). Norma 001/2017 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Direção Geral da Saúde. (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos - 2017*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-relatorio-2017.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030* (Direção Geral da Saúde, Ed.; Vol. 1). https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Direção Geral da Saúde (2022a). Orientação N.º 004/2022 de 31/05/2022 com atualização de 15/09/2022, página 1-39. Abordagem de casos de infeção humana por vírus Monkeypox (VMPX). <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0042022-de-31052022-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2022b). *Infecções e Resistências a Antimicrobianos - Relatório do Programa Prioritário PPCIRA*. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2022c). Norma Clínica: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2023). Norma N.º 004/2023 de 29/05/2023 que revoga a Norma N.º 0018/2014 de 09/12/2014 atualizada a 27/04/2015, página 1-17. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042023-de-290520231.aspx>

- Einarsen, K. A., & Giske, T. (2019). Nursing students' longitudinal learning outcomes after participation in a research project in a hospital. *IPDJ.*, 9(1), 1-4. doi: <https://doi.org/10.19043/ipdj.91.004>
- Figueira, L. A. F., Mendes, L. C., Mulaski, L. F. S., Vieira, L. A. P., Silva, M. M. da, Alves, M. L. C. D., & Medeiros, D. N. (2020). Sedação de Pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Cadernos Da Medicina - UNIFESO*, 2(3), 13–24. <https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1657>
- Ferreira, P. C., Machado, R. C., Martins, Q. C. S., & Sampaio, S. F. (2017). Classificação de pacientes e carga de trabalho de enfermagem em terapia intensiva: comparação entre instrumentos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(2), 1–7. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.62782>
- Gilmartin, S., Martin, L., Kenny, S., Callanan, I., & Salter, N. (2020). Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Quality*, 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmjog-2020-000913>
- Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Lusodidacta. Loures.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2022). INEM encaminhou 898 casos de enfarte através da Via Verde Coronária em 2021. Serviço Nacional de Saúde <https://www.inem.pt/2022/02/14/inem-encaminhou-898-casos-de-enfarte-atraves-da-via-verde-coronaria-em-2021/>
- Kapur, G., & Baéz, A. (2017). *International Disaster Health Care: Preparedness, Response, Resource Management, and Education*. (1st Edition). Apple Academic Press
- Lacerda, M. R. (1998). Enfermagem: Uma maneira própria de ser, estar, pensar e fazer. *Revista Brasileira Enfermagem*, 51(2), 207–216.
- Lei n.º 80/2015 (2015). Diário da República: 1ª Série, Nº 149, 3 de agosto de 2015, segunda alteração à Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, 5311-5326. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/80-2015-69927759>
- Lei n.º 99/2017 (2017). Diário da República: 1ª Série, N.º 164, 25 de agosto, página 5050-5062. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2017/08/16400/0505005062.pdf>
- Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República (2019). Diário da República: 1ª Série, N.º 169, 4 de setembro de 2019, página 55-66. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Mattos, V. N. F., Viveiros, C. P., & Damázio, L. C. M. (2021). Os efeitos do posicionamento em prono na mecânica respiratória de pacientes com Covid-19 no Centro de Terapia Intensiva: uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*, 10(13), 1–9. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21310>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory - Middle-Range And Situation-Specific Theories In Nursing Research And Practice* (Vol. 1). Springer Publishing company - New York.
- Monteiro, S., Timóteo, A. T., Caeiro, D., Silva, M., Tralhão, A., Guerreiro, C., Silva, D., Aguiar, C., Santos, J., Monteiro, P., Gil, V., & Morais, J. (2020). Cuidados intensivos cardíacos em Portugal: projetar a mudança. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39(7), 401–406. <https://doi.org/10.1016/J.REPC.2020.04.007>

- Namigar, T., Serap, K., Esra, A. T., Ozgul, O., Can, O. A., Aysel, A., & Achmet, A. (2017). Correlação entre a escala de sedação de Ramsay, escala de sedação-agitação de Richmond e escala de sedação-agitação de Riker durante sedação com midazolam-remifentanil. *REvista Brasileira de Anestesiologia*, 67(4), 347–354. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2017.03.006>
- Nunes, L., & Amaral, G. (2022). Sobre fundamentos do agir profissional em Enfermagem. Manual de Ética, Direito e Deontologia Profissional I. Vol. I. Instituto Politécnico de Setúbal, Ed..
- Ordem dos Enfermeiros. (1998). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Conselho de Enfermagem 1 (2001). <https://www.ordemenfermeiros.pt/a-ordem/projectos-e-programas/padr%C3%B5es-de-qualidade-dos-cuidados-de-enfermagem/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Caderno Temático - Modelo de Desenvolvimento Profissional - Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. <https://silو.tips/download/caderno-tematico-modelo-de-desenvolvimento-profissional>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Página 1-28. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Tadinense - Artes Gráficas. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_291_02015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Parecer N.º 07/2020 Transporte intra-hospitalar de pessoas em situação crítica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/18211/parecer-n%C2%BA-07_ce_27022020_transporte-secund%C3%A1rio-de-pessoas-em-situa%C3%A7%C3%A3.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Lista de referência global de 100 indicadores de saúde fundamentais, 2015*. <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/>
- Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 07/2020 da Ordem dos Enfermeiros (2020). Página 1-4. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/18211/parecer-n%C2%BA-07_ce_27022020_transporte-secund%C3%A1rio-de-pessoas-em-situa%C3%A7%C3%A3.pdf
- Pinho, J. A., Néné, M., & Sequeira, C. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (Lidel, Vol. 1). https://issuu.com/lidel/docs/9789897524196_enfermagem_em_cuidados_intensivos_is

- Portaria n.º 276/2012 dos Ministérios das Finanças e da Saúde. (2012). Diário da República: 1ª série, N.º 177, 12 de setembro de 2012, página 5199-5200. <https://files.dre.pt/gratuitos/1s/2012/09/17700.pdf>
- Soares, M. I., Leal, L. A., Resck, Z. M. R., Terra, F. de S., Chaves, L. D. P., & Henriques, S. H. (2019). Avaliação de desempenho por competências em enfermeiros hospitalares*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, 1–8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3173.3184>
- UNICEF (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. resolução 217 A III em 10 de dezembro 1948. <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>
- Reis, Filipa Lopes. (2020). Manual de Gestão das Organizações Teoria e Prática. (2ª Edição). Edições Sílabo.
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: 2.ª Série, N.º 135 — 16 de julho de 2018, página 19359-19370. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento n.º 366/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: Parte E, 2.ª série, N.º 113, 14 de junho de 2018, página 16656-16663. <https://files.dre.pt/2s/2018/06/113000000/1665616663.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: 2ª Série, N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019, página 4744-4750. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: 2.ª Série, Parte E, N.º 184, 25 de setembro de 2019, página 128-155. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Regulamento n.º 613/2022 da Ordem dos Enfermeiros. (2022). Diário da República: Parte E, 2ª. Série, N.º 131, 8 de julho de 2022, página 179-182. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>
- Saeger, A.; Feys, B. (2015). Ishikawa Diagram. Trad. Carly Probert. Management & Marketing: 50minutes.
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55 (1-2), p. 11-20
- Silva, F. C., Alexandre, A. C. S., & Castro, C. G. A. (2021). Posição prona: efetividade da intervenção educativa no processo assistencial intensivo. *Enfermagem Em Foco*, 12(4), 732–738. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4502>
- Simões, J., & Fronteira, I. (2019). Ciclos políticos, em Portugal, e papel do Estado e dos setores privado e social, na saúde. *Revista Eletrónica de Direito Público*, 6(1), 4–14. https://www.ihmt.unl.pt/wp-content/uploads/2019/10/artigo_SNS_Rev_Direito.pdf
- The Joint Commission. (2021). *Patient Safety Systems (PS)*. <https://www.jointcommission.org/standards/universal-protocol/>
- Toga, A. (2014). A Importância da Auditoria Interna na Saúde. *Revista Gestão Hospitalar, APAH*, 44–47.
- Vilelas, J. (2022). Investigação O Processo de Construção do Conhecimento. (3ª edição). Edições Sílabo.

Whittington, R., Regnér P., Angwin, D., Johnson, G., & Scholes, K. (2020). Exploring strategy : text and cases (12th edition). Pearson Education Limited.

World Health Organization (WHO). (2019). Diretrizes da OMS sobre política de saúde e apoio sistémico para a otimização de programas de agentes comunitários de saúde. (Organização Mundial da Saúde). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275474/9789248550362-por.pdf?ua=1>

World Health Organization. (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

World Health Organization. (2022). *COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan 2022: Global Monitoring and Evaluation Framework*. <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-strategic-preparedness-and-response-plan-2022--global-monitoring-and-evaluation-framework>

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

1. QUALIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA ADULTA EM SITUAÇÃO CRÍTICA QUEIMADA NA SALA DE EMERGÊNCIA: UM PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO

1.1 RESUMO

Enquadramento: As queimaduras são consideradas uma ameaça real à saúde global (Dash et al., 2023). Ao prestarem-se cuidados inerentes à pessoa adulta em situação crítica, na sala de emergência, é fundamental, que exista uma normalização das boas práticas e a padronização de procedimentos através de protocolos, que permitem aos enfermeiros, prestar cuidados de saúde de maior qualidade e segurança.

Objetivo: Analisar o conhecimento dos enfermeiros sobre os cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta em Situação Crítica Queimada na Sala de Emergência antes e após um protocolo de Intervenção.

Metodologia: Estudo descritivo, de natureza exploratória e abordagem quantitativa, realizado num SUMC de um Hospital público, da zona centro do país. O instrumento de intervenção foi construído e validado com recurso a um painel de Delphi. A colheita e análise dos dados ocorreram no período de abril a setembro de 2023.

Resultados: Foram realizados dois questionários aos enfermeiros do SUMC, com uma adesão de cerca de 90 enfermeiros (70%). A maioria dos enfermeiros demonstrou possuir conhecimentos gerais sobre queimados, mas revelou dificuldades nos cuidados específicos a estes doentes.

Conclusão: Este estudo evidenciou que um protocolo de intervenção aumenta a capacitação dos enfermeiros na tomada de decisão e é uma ferramenta útil para a promoção da qualidade dos cuidados.

Palavras-chave: queimaduras; conhecimento; cuidados de Enfermagem; cuidados críticos; guia de prática clínica

1.2 INTRODUÇÃO

A OMS (2018) define que as queimaduras são um problema de saúde pública global e estima que 180.000 mortes todos os anos sejam causadas por queimaduras. Em muitos países de rendimento elevado, as taxas de mortalidade têm diminuído, ocorrendo a grande maioria em países de baixo e médio rendimento e quase dois terços nas regiões da OMS em África e no Sudeste Asiático.

Esta patologia é considerada um trauma complexo que necessita de terapia multidisciplinar e contínua (EBA, 2017; *British Burn Association* [BBA], 2023). Vogel et al. (2021) reportam que ao apresentar uma alta incidência entre os tipos mais comuns de trauma, ocupa a 4^a posição, de que decorre uma das principais causas de morbilidade no mundo. De acordo com Kearns et al. (2020) estes doentes sobrevivem com uma recuperação social esperada, desde que recebam o padrão de cuidados adequado, incluindo cuidados e tratamentos agudos, reabilitação e cuidados reconstrutivos. Assim como acesso a apoio psicossocial e de pares.

Tendo em conta que a sala de emergência é a linha da frente no tratamento de doenças traumáticas que requerem cuidados imediatos (Crilly et al., 2022), é reconhecido a necessidade de implementação de protocolos com padronização e sistematização de cuidados de forma contínua (Silva et al., 2022). Estabelecer padrões e definir níveis de cuidados provou ser uma estratégia crucial para cuidados de saúde de qualidade e segurança no tratamento às vítimas de queimaduras (Hughes et al, 2021), em que a equipa de enfermagem é fundamental tendo em conta a sua aproximação e presença permanente no processo assistencial vigente sempre com um olhar holístico em relação ao doente (Koene et al., 2022).

Neste âmbito, tendo em conta que os cuidados de enfermagem de qualidade são um direito que assiste a pessoa em todos os contextos da prestação de cuidados considerou-se pertinente analisar a influência de um protocolo de intervenção nos cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta em Situação Crítica Queimada na Sala de Emergência.

1.3 ENQUADRAMENTO

O termo “queimadura” descreve uma lesão causada pela transferência de energia térmica, elétrica, química, radiológica ou por inalação para o corpo, causando a morte celular e a destruição da pele humana (EBA, 2017; BBA, 2023) e pode afetar a derme mais espessa e profunda ou a epiderme externa mais fina (Kumar et al., 2022).

A maioria das queimaduras são de causa térmica e resultam do contato com líquidos, sólidos quentes ou por fogo (Kumar et al., 2022). Os mesmos autores, defendem que além de identificar a causa, também é essencial definir a profundidade e o tamanho da queimadura para categorizar as queimaduras como leves ou significativas. Historicamente estas lesões atingem centenas de milhares de pessoas por ano à escala mundial, que necessitam de tratamento médico (Tan et al. 2022).

Fazendo uma pesquisa da evolução do conhecimento sobre vítimas de queimaduras baseado na produção científica indexada em bancos de dados, as publicações apresentaram um crescimento pequeno e constante a partir de 2004 (Gragnani & Ferreira, 2009). Porém, graças aos esforços dos investigadores, os últimos 20 anos têm sido de grandes mudanças (Sjöberg F., 2012) no que diz respeito às medidas de tratamento pré-hospitalar, hospitalar, avaliação das complicações e sequelas (Gragnani & Ferreira, 2009) permitindo que a taxa de mortalidade de doentes queimados, especialmente em jovens e aqueles com queimaduras moderadas, esteja em perfil decrescente (Kumar et al., 2022). Apesar da taxa de mortalidade estar a diminuir consideravelmente, o impacto da queimadura é grave em milhões de pessoas sobreviventes e sentido não apenas pela pessoa que sofreu a queimadura, mas também pelas pessoas envolvidas nos cuidados e reinserção social destes indivíduos, além de ser uma sobrecarga económica para os serviços de saúde (Spiwak et al., 2014; Ahuja et al., 2016).

Para melhorar a nossa compreensão sobre os cuidados com queimaduras, a OMS tem apelado, nas últimas décadas, para haver esforços na recolha de dados e promovido pesquisas sobre este tema a nível mundial (Hendrik et al. 2022). Neste âmbito para dar resposta a estas necessidades surgiram várias organizações que têm sido reconhecidas como fundamentais no contributo para a ampliação da evidência científica sobre a assistência às vítimas de queimaduras em função das mudanças nas políticas de saúde e modelos assistenciais como é o caso da *American Burn Association* (ABA) (Koene et al., 2022), assim como a Sociedade Internacional para Lesões por Queimaduras (ISBI) (Hendrik et al. 2022).

A nível da Europa, a maioria da literatura usada para apoiar o estabelecimento de sistemas de atendimento e padrões de tratamento a doentes queimados, resulta do extenso trabalho feito na área do trauma (Ahuja et al., 2016), em que a complexidade dos eventos implica articular saberes e práticas assistenciais no atendimento a pacientes queimados por uma equipe multiprofissional (Silva et al., 2022).

O alinhamento das diferentes organizações em todo o mundo aliado aos recursos nacionais e internacionais demonstra que os serviços de saúde de qualidade devem claramente ser: eficazes, seguros, centrados nas pessoas, oportunos, equitativos, integrados e eficientes (Parry et al., 2023). Alsaqabi, F. & Ahmed, Z., (2022) vêm alertar para a importância dos

primeiros cuidados das queimaduras serem um componente essencial para alcançar os resultados desejáveis para o doente. Neste âmbito, numa tentativa de aumentar a consciencialização sobre a importância do tratamento inicial adequado (Tan et al. 2022) o desenvolvimento de protocolos regionais e nacionais robustos e a avaliação de condutas, é considerado ideal para obter uma maior normatização de condutas (Graghani & Ferreira, 2009; Hendrik et al., 2022).

Em termos de política nacional de assistência às pessoas queimadas, a partir do ano de 2012, perante os desafios relacionados com a prevenção, tratamento e reabilitação de queimaduras, passou a existir em Portugal, editada pela DGS a implementação da norma nº 022/2012 atualizada a 13/07/2017 - Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto. Neste contexto passou a haver uma definição ajustada de tratamento e encaminhamento das vítimas de queimaduras em ambiente hospitalar que obriga a uma abordagem sistemática com vigilância primária ABCDEF e realça a importância de existir uma vigilância secundária com a identificação da AMPLE: A- Alergias (*Allergies*) M- Medicação habitual (*Medications*) P- Antecedentes clínicos (*Past Medical History*) L- Hora da última refeição ou bebida (*Last Eaten*) E- Causa da queimadura (*Events Leading*). Após esta abordagem inicial, o doente queimado é referenciado para o Centro de Tratamento de Queimados de acordo com alguns critérios, definidos com base no que é preconizado em termos de *guidelines* a nível internacional.

É neste contexto que esta área representa um grande desafio para as organizações e equipas de enfermagem (Kearns et al., 2020). Koene et al. (2022) realça que a equipa de enfermagem é fundamental nos cuidados às vítimas de queimaduras, tendo em conta a sua aproximação e presença permanente a estes no processo assistencial vigente tendo como princípio norteador um olhar holístico sobre o doente. Por outro lado, tem procurado incluir a melhor evidência disponível na prática sobretudo através de instrumentos como é o exemplo de protocolos que consideram o cuidado centrado nas necessidades do doente e devem ser desenvolvidos com rigor metodológico de forma a assegurar a sua legitimidade e credibilidade (Vieira et al., 2020; Cardoso et al., 2021).

Pode-se inferir que este mapeamento da literatura permite identificar as várias posições epistemológicas que o objeto deste estudo teve ao longo do tempo, as últimas tendências e avanços mais significativos. Revelando que as evidências derivadas da pesquisa devem ser usadas para impulsionar a prática na forma de diretrizes de prática clínica (Parry et al., 2023).

Em consonância com a contextualização desta problemática, conclui-se que a correta abordagem à pessoa vítima de queimadura e a utilização de um instrumento padronizado de intervenções é conducente com ganhos em saúde e a cultura do conhecimento faz sentido na

prossecação da qualidade e da eficiência dos cuidados no processo assistencial a estes doentes.

1.4 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Qual é o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre os cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta em Situação Crítica Queimada na Sala de Emergência, antes e após um protocolo de Intervenção?

1.5 ASPETOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO

Apresentam-se de seguida as questões metodológicas do estudo, com definição dos objetivos de estudo, desenho do estudo, definição da amostra e do procedimento de análise de dados, tal como as considerações formais e éticas.

1.5.1 Objetivos do Estudo

De uma forma simplificada, este estudo tem um duplo objetivo basal, que se refere a obter melhores resultados ao que se propõe estudar, assim como facilitar o aperfeiçoamento do contexto a que se dirige (Vilelas, 2022).

No âmbito do que foi referido anteriormente, como objetivo geral (OG) deste estudo pretende-se analisar a influência de um protocolo de intervenção nos conhecimentos dos enfermeiros na prestação de cuidados à Pessoa Adulta em Situação Crítica Queimada na Sala de Emergência.

Como objetivos específicos (OE) deste estudo temos:

- OE1: Verificar os conhecimentos dos enfermeiros acerca dos cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta em Situação Crítica Queimada na Sala de Emergência antes de desenvolver um protocolo de intervenção;
- OE2: Elaborar um protocolo de intervenção acerca dos cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta em Situação Crítica Queimada na Sala de Emergência;
- OE3: Desenvolver formação aos enfermeiros sobre o protocolo de intervenção acerca dos cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta em Situação Crítica Queimada na Sala de Emergência;

- OE4: Comparar o padrão de conhecimentos dos enfermeiros acerca dos cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta em Situação Crítica Queimada na Sala de Emergência antes e após a formação sobre o protocolo de intervenção.

1.5.2 Desenho do Estudo

Este estudo orienta-se para uma abordagem metodológica predominantemente quantitativa, quanto ao objetivo geral é um estudo exploratório e descritivo, e quanto aos procedimentos técnicos é um estudo transversal e de investigação-ação orientado para a melhoria da prática dos cuidados de enfermagem, realizada no período de abril a setembro de 2023, no SUMC de um Hospital Público da zona centro do país. Neste serviço de urgência a equipa de enfermagem é constituída por 127 elementos, todos eles podem ser chamados a prestar cuidados na sala de emergência. Nesta sala entram diariamente doentes com as mais diversas patologias incluindo queimaduras.

Utilizou-se como colheita de dados três instrumentos, aplicados em momentos diferentes ao longo do processo metodológico: *Focus Group*; painel de Delphi; e questionário.

Contextualizando, este estudo inclui 3 fases. A primeira fase, que correspondeu à fase de diagnóstico de situação, incluiu três etapas: a primeira etapa foi um *brainstorming* no SUMC de um hospital público da zona centro do país, de modo a identificar o objeto de estudo, envolvendo os agentes do contexto do problema, ao invés de se focar apenas na reflexão dos agentes gestores de uma organização, que pode ser limitativa na identificação de causas e na proposta de soluções eficazes (Saeger & Feys, 2015). Assim, numa tentativa de organizar as possíveis causas para esta problemática foi elaborado um Diagrama de *Ishikawa* (APÊNDICE VI).

Seguidamente, foi constituído um *Focus Group* que consistiu numa reunião com os enfermeiros responsáveis pelo grupo da orgânica funcional da sala de emergência e do grupo de trauma do SUMC de um hospital da região centro do país para uma discussão, através do levantamento de necessidades sentidas e questões orientadoras para a definição das necessidades em termos de elaboração de um protocolo de intervenção dos cuidados de enfermagem à Pessoa Adulta em Situação Crítica Queimada na SE.

A terceira etapa, tendo em consideração a necessidade integrativa de enquadramento do tema, foi realizada uma revisão da literatura, com recurso às bases de dados: LILACS, Scopus e MEDLINE via PubMed, com recurso a descritores MESH e DECS e utilizando como operador booleano “AND”. A pesquisa foi feita em abril, maio e setembro de 2023. Além disso,

também foram analisadas as diretrizes clínicas de organizações e grupos internacionais reconhecidas na área.

A segunda fase deste estudo foi composta por duas etapas: a primeira etapa tratou-se do primeiro questionário, aplicado aos enfermeiros do SUMC, realizado antes do desenvolvimento do protocolo de intervenção, para caracterização dos conhecimentos acerca do tema queimados e da abordagem ao doente queimado na sala de emergência. A segunda etapa consistiu na construção e validação de conteúdo do protocolo de intervenção dos cuidados de Enfermagem, à Pessoa Adulta em Situação Crítica Queimada, na Sala de Emergência, com recurso a um Painel de Delphi.

A terceira fase teve início após a construção do instrumento, e contemplou 2 etapas: a primeira em que foi realizado uma formação à equipa de enfermagem do SUMC, para apresentação do instrumento (APÊNDICE VII) e, de seguida, houve a aplicação do segundo questionário aos enfermeiros do SUMC para nova caracterização dos conhecimentos acerca do tema queimados e da abordagem ao doente queimado na sala de emergência após formação sobre um protocolo de intervenção.

A forma de aplicação, dos 2 questionários, foi por via *online*, através de *link*, disponibilizado à equipa, recorrendo à plataforma disponível *google forms*, para caracterização dos seus conhecimentos e capacitação na prestação de cuidados aos doentes queimados na sala de emergência. Os questionários foram constituídos por perguntas fechadas, avaliando o grau de concordância usando para isso uma escala do tipo *Likert* com 5 opções de resposta, a saber: concordo totalmente; concordo; não concordo nem discordo; discordo e discordo totalmente (APÊNDICE VIII e IX).

1.5.3 Amostra

A população alvo deste estudo foram os enfermeiros que exercem funções no serviço de urgência. Tendo sido delineados alguns critérios de inclusão por forma a ir ao encontro dos objetivos do estudo: (1) ser enfermeiro do SUMC do hospital público da zona centro do país; (2) ser enfermeiro que presta cuidados na sala de emergência; e (3) aceitar participar no estudo. A amostragem foi não probabilística intencional, sendo formada pelos enfermeiros que compõem a equipa de enfermagem do SUMC de um Hospital da zona centro do país e que exercem as suas funções na sala de emergência.

1.5.4 Procedimento de análise de dados

Após a colheita de dados, estes foram organizados e analisados estatisticamente usando o *Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 28.0 para a análise da estatística descritiva.

1.5.5 Considerações Formais e Éticas

De forma a cumprir todas as orientações éticas exigidas para o desenvolvimento de trabalhos de investigação, a pesquisa respeitou os princípios éticos nacionais e internacionais, tendo obtido aprovação pela Comissão de Ética de um Centro Hospitalar da zona Centro do país com parecer favorável (Ref. CE-Nº 3/23 de 17 de janeiro de 2023). Fortin (1999) alerta que a ética levanta questões aos investigadores que resultam das exigências morais que em certos estudos podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Neste enquadramento, e de acordo com a Declaração de Helsínquia (2013), o trabalho de investigação, deve ser submetido à comissão de ética da instituição onde se pretende realizar o estudo, de modo a haver uma apreciação, orientação e aprovação prévia ao início do mesmo. Ainda, neste âmbito, os participantes foram informados que os dados extraídos deste estudo serão única e exclusivamente usados para fins de investigação, estando assim assegurados a proteção da confidencialidade, privacidade e dignidade de todos os envolvidos na pesquisa, assim como a obtenção do consentimento informado. Dado que a participação era voluntária houve o esclarecimento que poderiam desistir do estudo em qualquer fase.

1.6 RESULTADOS

Relativamente aos resultados obtidos no primeiro questionário realizado à equipa de enfermagem do SUMC que é constituída por 127 elementos, obteve-se cerca de 70% de adesão (87 respostas), sendo que a maioria (n=70; 80,5%) foi do sexo feminino. Maioritariamente os enfermeiros tinham entre 30 e 39 anos sendo a mediana de 32 anos de idade. Quanto aos anos de experiência profissional constata-se uma média de 11 anos (11,03±7,729), no entanto identificou-se uma grande amplitude de dados em que o mínimo é um ano e o máximo trinta e três anos. A maioria dos enfermeiros que responderam ao questionário são titulares do grau de licenciado (68%, n=87). Tendo em conta os enfermeiros participantes com formação para além de licenciatura, apenas 11,5% (n=10) são enfermeiros especialistas. Constatou-se que 80% dos enfermeiros especialistas apresenta como especialidade a enfermagem médico-cirúrgica.

Analisando a informação fornecida, verificou-se que apesar de 69% dos enfermeiros referirem que já tinham prestado cuidados diretos a vítimas adultas queimadas na sala de emergência, apenas 28,7% (n=25) já frequentaram um ou mais cursos/ jornadas sobre a temática queimados. No entanto, foi importante constatar que 100% dos participantes consideram a existência de um protocolo, uma melhoria para a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes e a maioria (98,9%) defende que um protocolo é uma ferramenta adequada para padronizar intervenções face às necessidades dos doentes vítimas de queimaduras que acedem ao SUMC pela sala de emergência.

No âmbito do conhecimento acerca das queimaduras e alguns cuidados inerentes a estes doentes pode-se apurar que 93,1% (n=81) dos enfermeiros conhece a sua definição. Porém, quanto à classificação correta das queimaduras concluiu-se que esta é feita apenas por 63,2% (n=55) dos enfermeiros, havendo ainda dúvidas em relação a este aspeto. A maioria (n=66, 75,9%) tem conhecimentos acerca de situações que são critério de referenciação para o Centro de queimados em Portugal havendo uma pequena percentagem (11,5%, n=10) que admitem desconhecer.

A maioria dos enfermeiros concorda que seja feita uma vigilância primária ABCDEF aquando da admissão a um doente adulto queimado que aceda ao SUMC pela sala de emergência (n=84, 96,5%). Constatou-se que apesar do Índice de Clark ser um indicador importante para avaliar a suspeita de lesão inalatória numa vítima queimada, apenas 23,0% (n=20) tinham conhecimento. Verificando-se que quase 50% (n=46) da amostra revela ter dúvidas acerca do objetivo do Índice de Clark. Em concordância 93,1% (n=81) afirma que se proceda a uma vigilância secundária, existindo apenas dúvidas para uma minoria da amostra (n=6, 6,9%). Constatou-se também que existem muitas dúvidas (n=57 65,5%) quanto à medida antropométrica considerada importante conseguir identificar e saber nestes doentes.

A tabela 1 sintetiza a análise das respostas dadas pelos enfermeiros em relação aos conhecimentos acerca da temática dos queimados. As questões que a seguir se apresentam foram colocadas aos enfermeiros numa escala de *Likert* com 5 opções de resposta, a saber: concordo totalmente, concordo, não concordo nem discordo, discordo e discordo totalmente. De seguida, para proceder a análise quantitativa, dividiu-se as respostas em três categorias, que visaram validar o conhecimento que havia. Assim, as 3 categorias foram: correto (concordo totalmente e concordo), incorreto (discordo e discordo totalmente) e sem conhecimento (não concordo nem discordo).

Tabela 1: conhecimentos dos enfermeiros acerca do tema queimados antes da formação do protocolo de intervenção

Conhecimento	Correto		Incorreto		Sem conhecimento	
	n	%	n	%	n	%
	Conceito sobre queimadura	81	93,1%	6	6,9%	0
Classificação sobre queimadura	55	63,2%	22	25,3%	10	11,5%
Referenciação de um queimado para uma Unidade de Queimados	66	75,9%	11	12,6%	10	11,5%
A admissão obriga a uma vigilância ABCDEF	84	96,5%	2	2,3%	1	1,1%
Numa vítima queimada é preciso saber a sua altura	35	40,2%	30	34,5%	22	25,3%
As vigilâncias primárias e secundárias fazem parte das intervenções durante a prestação de cuidados a vítimas queimadas	81	93,1%	0	0,0%	6	6,9%
Para calcular a % SCQ os dedos e mão corresponde a 0,5%	19	21,8%	37	42,5%	31	35,6%
O Índice de Clark está relacionado com a volémia	27	31,0%	20	22,9%	40	46,0%
Deve ser feita monitorização da: PA; FC; DU; SatO2; ECG	85	97,7%	1	1,1%	1	1,1%
Para prevenir complicações renais e cardíacas a PA é a única maneira de monitorizar a volémia da vítima queimada	23	26,4%	50	57,5%	14	16,1%
A fórmula de Parkland avalia a % SCQ	31	35,6%	27	31,0%	29	33,3%

Legenda: n – Frequência

Dos 87 enfermeiros que participaram 52,9% (n=46) afirmam que já sentiram dificuldades na prestação de cuidados a vítimas queimadas. Na análise qualitativa a esta questão, ficou registado as justificações dos participantes, como podemos analisar no gráfico 1.

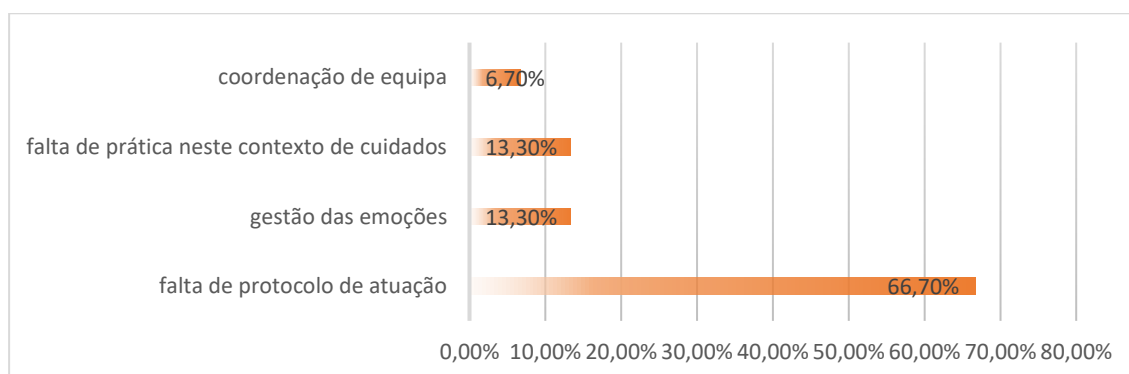


Gráfico 1: Tipos de dificuldades sentidas ao prestar cuidados a doentes queimados na sala de emergência

Os 87 enfermeiros que participaram no questionário prévio ao desenvolvimento do instrumento criado também puderam identificar sugestões acerca desta temática que gostariam de ver esclarecidas (gráfico 2). Foi evidenciado mais uma vez que a existência de protocolos é importante na prestação de cuidados. O que auxilia Silva et al. (2022) que

defende que a gestão dos cuidados é um aspeto crucial na abordagem ao doente queimado, desde o atendimento inicial, sendo necessário uma estruturação do atendimento.

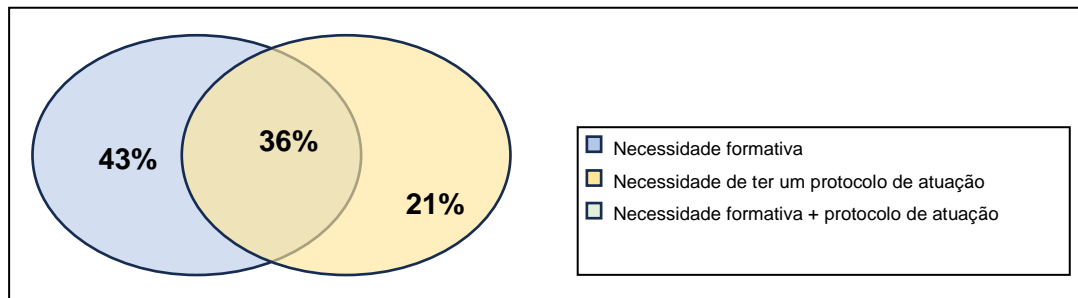


Gráfico 2: Sugestões dadas pelos enfermeiros acerca das necessidades sentidas

Com o propósito de dar resposta aos objetivos do estudo realizou-se um segundo questionário à mesma equipa de enfermagem após o desenvolvimento de uma formação sobre o protocolo de intervenção nos cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta em Situação Crítica Queimada na Sala de Emergência. Neste obteve-se uma adesão superior ao primeiro (n=91; 71,65%). Relativamente aos resultados obtidos, manteve-se a predominância de respostas por parte do sexo feminino (74,7%). Maioritariamente os enfermeiros tinham entre 30 e 39 anos sendo a mediana de 34 anos de idade, como se pode verificar no gráfico 3.

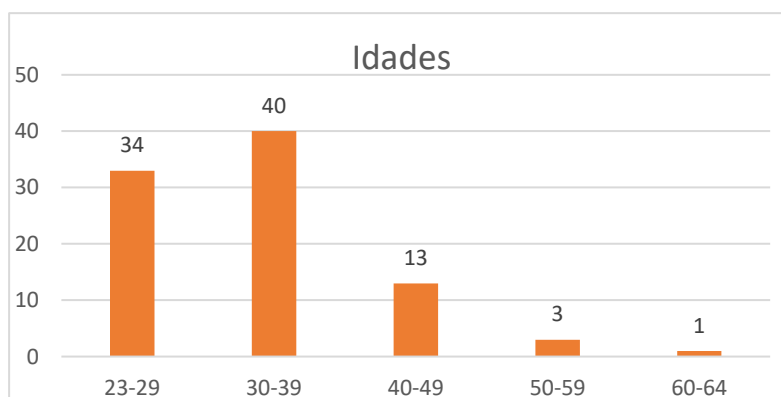


Gráfico 3: Distribuição de idades dos participantes no estudo

Após o desenvolvimento de uma formação, sobre o protocolo de intervenção dos cuidados de enfermagem à pessoa adulta em situação crítica queimada na sala de emergência, percebeu-se que o nível de conhecimento aumentou relativamente à árvore de decisão que é necessário sistematizar em relação aos cuidados de enfermagem na sala de emergência. Assim cerca de 90% revelou ter conhecimento acerca da medida antropométrica, que é importante saber nesta população específica que são os doentes queimados. Quanto ao Índice de Clark 85

participantes (93,4%) sabem que este indicador não está relacionado com a volémia do doente e apenas 2 (2,2%) não sabem (tabela 2).

Tabela 2: Conhecimentos dos enfermeiros acerca de intervenções adequadas, durante a prestação de cuidados a doentes queimados, na sala de emergência após formação do protocolo de intervenção

Conhecimento	Correto		Incorreto		Não sei	
	n	%	n	%	n	%
Numa vítima queimada é importante saber a altura	5	5,5%	83	91,2%	3	3,3%
Para fazer o cálculo da % SCQ, considera-se que a área da mão da vítima, incluindo os dedos juntos e estendidos, corresponde a 0.5% da sua superfície corporal	1	1,1%	88	96,7%	2	2,2%
O Índice de Clark está relacionado com a volémia	4	4,4%	85	93,4%	2	2,2%
A fórmula de Parkland avalia SCQ	12	3,2%	79	86,8%	0	0,0%
Considera-se um grande queimado se a % SCQ >20% de queimadura de espessura parcial	71	78,0%	19	20,9%	1	1,1%

Legenda: n – Frequência

Quanto à utilidade e aplicabilidade do instrumento de intervenção, a média dos resultados das sete questões situa-se no nível concordo com 97%. Da análise global destaca-se que o valor de maior concordância se relaciona com igual distribuição nas duas questões colocadas em relação à satisfação das expectativas e ao aumento da capacitação na prestação de cuidados. Por outro lado, o nível mais baixo de concordância verificou-se na questão relacionada com “clareza nas intervenções durante a avaliação secundária” (tabela 3).

Tabela 3: Utilidade e aplicabilidade do instrumento de intervenção dos cuidados de enfermagem à pessoa adulta em situação crítica queimada na sala de emergência.

Variável		n	%
Este protocolo tem aplicabilidade	Concordo	89	97,8%
	Discordo	2	2,2%
A sua implementação é um suporte à tomada decisão	Concordo	90	97,1%
	Discordo	1	1,1%
A sua implementação permite priorizar as intervenções na avaliação primária	Concordo	90	98,9%
	Discordo	1	1,1%

Existe clareza nas intervenções durante avaliação secundária	Concordo	84	92,3%
	Discordo	7	7,7%
Permite esclarecer dúvidas acerca dos procedimentos a ter antes da transferência inter-hospitalar	Concordo	87	95,6%
	Discordo	4	4,4%
Na sua apreciação global com a utilização deste protocolo Considera-se mais habilitado para cuidar de um doente queimado	Concordo	90	98,9%
	Discordo	1	1,1%
Na sua apreciação global considera que este protocolo satisfaz as suas expectativas	Concordo	90	98,9%
	Discordo	1	1,1%

Legenda: n – Frequência

1.7 DISCUSSÃO

Da análise feita à informação recolhida verificou-se que temos uma equipa de enfermagem maioritariamente do sexo feminino (cerca de 80%). Segundo a literatura, esta distribuição é uma característica da profissão de enfermagem (Silva et al., 2021b).

Do perfil da equipa de enfermagem, este estudo permitiu caracterizá-la na faixa etária entre os 30 e 39 anos de idade (cerca de 50% dos participantes). Estes dados evidenciam uma equipa jovem no serviço de urgência (Silva et al., 2021b).

Ao ser uma equipa jovem traz consigo a limitação em termos de experiência profissional. Em média identificou-se 10 anos de experiência profissional. Estes dados refletem uma concordância em relação ao estudo de Silva et al. (2021b).

Relacionando a variável da idade com o número de enfermeiros com formação pós-licenciatura, verifica-se que mais de 59% dos enfermeiros participantes não têm qualquer tipo de formação académica pós licenciatura. Estes achados fazem-nos questionar acerca do compromisso que existe por parte destes profissionais de saúde em relação à formação. Porém, Silva et al (2021b) justifica a associação da idade com a formação defendendo que a formação precoce dos enfermeiros não acontece porque estes ainda não têm uma definição precisa quanto à sua área de atuação no mercado de trabalho.

Neste âmbito, relacionando os conhecimentos com as competências dos enfermeiros especialistas, tendo em conta a segurança dos profissionais e dos cuidados, o Regulamento n.º 743/2019, emitido em Diário da República, 2.ª série, N.º 184, de 25 de setembro de 2019, na sua redação atual, determina que o perfil de competências e o nível de qualificação são

dois aspetos fundamentais para obter índices de segurança e qualidade dos cuidados. Por outro lado, a OE recomenda que 25% dos enfermeiros, no serviço de urgência, sejam especialistas. Neste sentido, existe risco no SUMC ao perceber que apenas 11,5% (n=10) são enfermeiros especialistas, sendo um valor percentual muito abaixo do recomendado. Silva et al (2021b) percebeu que uma maior percentagem de especialistas é imprescindível para poder garantir uma assistência de qualidade. O que nos faz pensar que é essencial proporcionar um compromisso destes profissionais na busca constante do conhecimento, indo ao encontro de Moura et al (2021) que evidencia que a falta de especialização é um fator que contribui para um desempenho menos eficaz.

A sala de emergência, tal como referido na literatura, é uma área destinada a doentes queimados críticos que requerem monitorização e cuidados complexos (Crilly et al., 2022), assim como um core de conhecimentos técnico-científicos robusto dos enfermeiros para a correta tomada de decisões (Silva et al., 2022). Os doentes nesta área estão mais vulneráveis e suscetíveis a complicações que advém da sua situação crítica.

A maioria dos enfermeiros deste estudo (cerca de 70%) nunca fez uma formação específica na área dos queimados, o que revela que provavelmente o conhecimento que detêm foi baseado na prática diária, na experiência e contacto com outros profissionais de saúde. Esta conceção permite revelar algumas dificuldades sentidas durante a prestação de cuidados.

Ferreira et al., (2020) mostrou que os enfermeiros têm conhecimentos com conteúdos desatualizados, especialmente no que se refere às novas definições e diretrizes, o que é alarmante, uma vez que o enfermeiro do serviço de urgência representa uma das primeiras linhas de atendimento, através do reconhecimento precoce, bem como por meio do conhecimento de planos de tratamento atuais baseados em evidência.

O hospital onde decorreu o estudo não possui um protocolo de intervenção dos cuidados de enfermagem à pessoa adulta em situação crítica queimada na sala de emergência. Este achado também poderá contribuir para que apesar de cerca de 70% dos enfermeiros referirem que já tinham prestado cuidados diretos a vítimas adultas queimadas na sala de emergência mais de 50% afirmarem que tinham sentido dificuldades durante a prestação de cuidados a estes doentes. Neste âmbito destaca-se a necessidade de desenvolver formação e utilizar um protocolo de intervenção para minimizar as dificuldades identificadas. Estes dados corroboram com o estudo realizado por Cardoso et al. (2021) que alertam para a importância dos profissionais de saúde durante o processo de tomada de decisão clínica no contexto da prática ser fundamentadas na melhor evidência disponível para alcançar os melhores resultados de saúde para os doentes.

Todos estes dados realçam a situação atual, que se vive nos serviços de urgência. Segundo Gragnani & Ferreira (2009) o paradigma de atendimento à vítima de queimadura tem de acompanhar a produção científica e a evolução do conhecimento produzido nesta área.

Indo ao encontro das exigências da sociedade moderna, seria expectável a procura pelo conhecimento por parte dos jovens enfermeiros. Considera-se que o presente estudo confere informação que vai ao encontro do que tem sido referido na literatura científica, sobre a relação entre o core de conhecimentos de uma determinada temática e a existência de instrumentos de intervenção. O que se reflete na motivação da equipa e nos cuidados prestados aos doentes queimados.

A partir deste estudo compreende-se que alguns aspetos só podem ser interiorizados após o uso do protocolo. Outros podem ser considerados na organização do trabalho e na árvore de decisão clínica no atendimento ao doente queimado na sala de emergência. Por outro lado, consegue-se perceber que o atendimento ao doente queimado se circunscreve nos seguintes aspetos principais: (1) competência; (2) priorização; (3) comunicação; (4) sistematização; (5) organização. O que vai ao encontro de Silva et al (2022), que preconiza que a harmonia destes aspetos converge para um atendimento integral, qualificado e seguro, favorecendo a recuperação do doente queimado. Assim como Bartels et al. (2020) reforça a importância da gestão de cuidados, uma vez que os resultados após as queimaduras são altamente dependentes de cuidados altamente especializados.

No entanto, a definição de "grande queimado" é muitas vezes mal definida, havendo múltiplos critérios e nuances a ter em consideração na hora de classificar a queimadura quanto à sua gravidade. É de salientar que a maioria das dúvidas e falta de conhecimento identificados nos enfermeiros participantes neste estudo, foi de facto, em relação à nomenclatura para a classificação das queimaduras assim como escalas que devem ser usadas para a avaliação destes doentes. Mediante isso, face aos achados, podemos inferir que as dificuldades voltadas à prestação de cuidados têm a sua origem, de forma geral, da falta de qualificação do profissional, capacitação e falhas na gestão (Koene et al., 2022).

Tendo em conta a norma emitida pela DGS, verificou-se que 96,5% dos enfermeiros concordam que seja feita uma vigilância primária ABCDEF aquando da admissão destes doentes e 93,1% cumulativamente se proceda a uma vigilância secundária.

Na procura de avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre a avaliação secundária, os resultados apresentados revelaram que dos cerca de 90 enfermeiros participantes nem todos são da opinião que existe clareza nas intervenções durante a avaliação secundária, sendo este ponto uma vulnerabilidade e uma oportunidade de melhoria a ter em conta para no futuro

poder fazer-se uma atualização deste mesmo protocolo. O que vai ao encontro dos autores Lu et al. (2022) que definem que as instituições de saúde devem adotar a cultura de segurança dos cuidados, baseada numa abordagem de alto nível com foco na melhoria dos processos organizacionais e das condições de trabalho para erradicar fatores gerenciais do erro.

Ao analisar o conhecimento dos enfermeiros antes e após o desenvolvimento de um instrumento de intervenção dos cuidados de enfermagem à pessoa adulta em situação crítica queimada na sala de emergência foi possível evidenciar o aumento do conhecimento com a presença de um protocolo, o que comprova a importância deste tipo de ferramenta sobretudo na sala de emergência onde a capacidade de tomada de decisão célere faz a diferença. Esta análise vai ao encontro do autor Kumar et al., (2022) que destaca a importância da abordagem inicial destes doentes como fundamental para o resultado de sobrevivência dos doentes queimados.

Um protocolo possibilita a continuação da formação profissional; estimula o desenvolvimento científico e o pensamento reflexivo; permite refrescar os conhecimentos adquiridos previamente e, ao mesmo tempo, adquirir *background* numa área de estudo em constante evolução. Já Ferreira et al., (2020) refere que os enfermeiros sem formação tende a não se atualizar de forma autónoma, ficando desatualizado sobre novas diretrizes e protocolos. Este estudo permitiu concluir que a formação impacta positivamente no nível de conhecimentos, e previsivelmente na gestão dos cuidados. Por outro lado, favorece a implementação de cuidados seguros e baseados na evidência científica. Este achado corrobora com o estudo de Cardoso et al. (2021) que alertam que ainda existe uma lacuna entre a produção de conhecimento e a sua inclusão na prática clínica.

Foi importante constatar neste questionário que 100% dos participantes consideram a existência de um protocolo, uma melhoria para a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes e a maioria absoluta (98,9%) defende que um protocolo é uma ferramenta adequada para padronizar intervenções face às necessidades dos doentes vítimas de queimaduras que acedem ao SUMC pela sala de emergência. O que vai ao encontro da literatura, que refere a importância de padronizar um conjunto de intervenções de tratamento de queimaduras e consequentemente aumentar a tomada de decisão baseada em evidências, assim como reduzir a variação da prática clínica (Young et al., 2022; Dash et al. 2022), destacando-se a tomada de decisão partilhada (Silva et al., 2022). Ao definir padrões de cuidados, é estabelecida uma estrutura de governança com o qual é possível mensurar a qualidade do atendimento a queimados que os doentes recebem (BBA, 2023).

Este estudo revelou potenciais áreas para futura investigação científica, identificando-se as seguintes: estudos observacionais para avaliar o impacto do uso de métricas com cuidados

seguros nos doentes queimados; estudar em comparação protocolos de intervenção bem definidos em relação com os resultados apresentados pelos doentes queimados; o impacto do protocolo utilizado durante o período crítico do doente queimado e os resultados obtidos; estudos observacionais para avaliar o grau de motivação dos enfermeiros e a relação entre a capacitação e a motivação.

Por outro lado, foi possível verificar que a equipa adere com motivação à formação e aquisição de conhecimentos pelo fato do protocolo estar acessível a toda a equipa para a sua utilidade e aplicabilidade na prática. Nesse sentido, defendem a importância não apenas de eficácia, mas também de confiabilidade, adequação e significado (Cardoso et al. 2021). Tal poderá ser justificado também pelo fato de a maioria dos enfermeiros rever valor neste instrumento de intervenção desenvolvido. Uma atitude positiva dos enfermeiros é importante para prestar cuidados de boa qualidade.

1.8 CONCLUSÃO

Os cuidados de enfermagem de qualidade são um direito que assiste a pessoa em todos os contextos de prestação de cuidados. Em Portugal, a opção pelo modelo de SNS surge como a melhor forma de garantir os valores do acesso, da equidade e de solidariedade social. Incluído nesta “máquina” da saúde estão os Serviços de Urgência, que apesar de todas as transformações camaleónicas sofridas ao longo das últimas décadas continua a ser uma preocupação permanente. Tendo em conta que, por múltiplas razões, se transformaram, progressivamente, na principal porta de entrada da população para receberem cuidados de saúde, urge a necessidade de proporcionar cuidados seguros, de qualidade e que atendem às necessidades particulares dos doentes como é o caso dos queimados.

A incidência das pessoas vítimas de queimaduras, continua a ser uma realidade apesar da modernização dos cuidados de saúde (OMS,2018). Apesar do elevado número de doentes em todo o mundo persiste a incerteza clínica em relação à abordagem ideal perante o doente queimado.

O serviço de urgência onde foi realizado o presente estudo não continha um protocolo de intervenção dos cuidados de enfermagem à pessoa adulta em situação crítica queimada na sala de emergência.

A relevância na elaboração deste protocolo emergiu pela necessidade de definir e planear as intervenções do enfermeiro, no âmbito das suas competências, para obter uma performance eficaz e de qualidade acrescida no atendimento à pessoa vítima de queimadura, no SUMC.

Todos os enfermeiros concordam que a utilização de um protocolo de intervenção contribui para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Este estudo permitiu saber que os enfermeiros do SUMC sabem o que são queimaduras na sua generalidade. Porém, as maiores dificuldades identificadas dizem respeito à sua classificação e uso de escalas, como é o caso do Índice de *Clark*, Regra dos 9 e fórmula de *Parkland*.

O instrumento de intervenção que foi elaborado e apresentado deverá ser implementado e após cerca de seis meses auditado. Caso se verifique necessário poderá ser revisto, com vista à melhoria contínua ou atualização em termos de *guidelines*.

Por meio deste estudo, pode-se observar que a produção científica sobre este tema tem vindo a aumentar, mas a nível nacional carece de atualização e novos estudos, uma vez que é de suma importância desenvolver instrumentos que apoiam um cuidado de qualidade e seguro centrado no doente queimado. O que vai ao encontro de Guida Amaral (2022) que defende a investigação como um pilar na construção da autonomia da Enfermagem.

2. VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO

Nesta investigação considerou-se importante e fundamental desenvolver e definir, um instrumento de intervenção dos cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta em Situação Crítica Queimada na Sala de Emergência. Para dar resposta a este propósito, o processo de criação e quantificação de consensos, feita de forma formal, foi através da metodologia Delphi. Esta estratégia é utilizada para validar, construir ou explorar conhecimentos e métodos de intervenção (Silva & Montilha, 2021).

Objetivo: Desenvolver e validar uma ferramenta que defina as intervenções durante a prestação de cuidados de enfermagem à vítima adulta queimada na sala de emergência, para a promoção da qualidade dos cuidados.

2.1 SELEÇÃO DO PAINEL DE ESPECIALISTAS

Na técnica de Delphi o processo de identificação e seleção dos participantes têm sido considerados um dos aspetos fundamentais para a qualidade do instrumento final. Cada participante é um especialista com conhecimentos e experiência em relação ao objeto de estudo (Vieira et al., 2020).

Os especialistas deste estudo foram selecionados por amostragem não probabilística por acessibilidade, constituída por enfermeiros a exercer funções nas Unidades de Queimados em Portugal Continental. Os critérios para incluir os especialistas foram: (1) exercer a sua função numa Unidade de Queimados em Portugal Continental; (2) ser detentor do título de enfermeiro especialista; (3) aceitar fazer parte do painel de Delphi.

Os convites foram realizados numa primeira fase através de contacto telefónico com os enfermeiros gestores das Unidades de Queimados. Seguidamente por via internet com envio do parecer favorável da comissão ética e link para acesso ao *Google Forms*, no qual constava, além da descrição do estudo e do convite formal, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para autorização na participação. Somente após consentir, o participante era direcionado para o formulário de perguntas na mesma plataforma.

Na primeira ronda a amostra foi composta por 13 especialistas que exercem funções na zona Norte, Centro e Lisboa. Na segunda ronda responderam 7 dos 13 especialistas que inicialmente aceitaram participar no estudo. O que vai ao encontro do que é defendido por Lynn (1986) que recomenda um mínimo de cinco participantes e um máximo de 10.

O grupo de especialistas foi convidado a classificar as intervenções que integraram os questionários, quanto ao seu grau de concordância com as mesmas.

2.2 FORMULÁRIO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

A técnica de Delphi é sistemática e tem como objetivo alcançar um consenso entre um grupo de especialistas (Vieira et al., 2020), convidados para participarem como juizes na validação da relevância do instrumento desenvolvido (Silva & Montilha, 2021), através de rondas sobre um tema específico, de uma forma confiável (Vieira et al., 2020). Depois de escolher os participantes, a sua operacionalização foi conseguida através de dois questionários semi-estruturados, preenchidos através do link de acesso ao *google forms*.

O questionário, foi baseado nas evidências científicas e recomendações de organizações reconhecidas a nível nacional e internacional, como referência na área dos queimados publicadas na literatura científica.

As questões foram construídas com frases na afirmativa e para as quais foi solicitado aos peritos que indicassem o seu grau de concordância, usando uma escala de Likert de cinco respostas: concordo totalmente; concordo; não concordo nem discordo; discordo e discordo totalmente.

A primeira ronda teve início dia 31/05/2023 e terminou dia 28/06/2023. Consistiu num questionário estruturado em diversas secções que incluiu instruções de preenchimento, objetivos do estudo e a questão da pesquisa. Seguidamente, foi constituído por sete questões de caracterização sociodemográfica e profissional e quarenta e nove perguntas construídas a partir do seguinte referencial teórico: avaliação primária ABCDEF; avaliação secundária; e transferência do doente para uma Unidade de Queimados. O formulário também era composto por sete questões abertas no final de cada sessão, que possibilitaram ao especialista dar a sua opinião e/ou sugestão relativamente às intervenções (APÊNDICE X).

Após a primeira ronda foi feita uma análise quantitativa e qualitativas das respostas e devolvidas aos especialistas para lhes dar oportunidade de fazer uma análise das mesmas.

De seguida foi feita a construção e envio do segundo questionário dando início à segunda fase de respostas que coincidiu com o dia 05.08.2023 e decorreu até dia 18.08.2023. O questionário desta segunda fase consistiu apenas nas questões que não obtiveram consenso na primeira fase de respostas e tendo em conta as sugestões dos especialistas na primeira ronda. Assim, foi constituído por uma questão de caracterização profissional e dezasseis perguntas construídas a partir do seguinte referencial teórico: avaliação primária CDEF; avaliação secundária; transferência do doente para uma Unidade de Queimados. O formulário

também era composto por uma questão aberta no final do questionário, que possibilitou ao especialista dar a sua opinião e/ou sugestão acerca das intervenções (APÊNDICE XI).

Após o término da fase de respostas do segundo questionário foi feita recolha das respostas e procedeu-se à sua análise quantitativa e qualitativa.

Após a aplicação de cada questionário, classificaram-se, as respostas em dois níveis: concordante (inclui o concordo totalmente e concordo) e não concordante (inclui não concordo nem discordo, discordo e discordo totalmente) e organizaram-se os dados, para realização do procedimento analítico, usando o *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 28.0 para a análise da estatística descritiva.

O processo de rodadas de questionários terminou quando foram atingidos os níveis de estabilidade e consenso nas respostas.

Decidiu-se que o desenvolvimento de recomendações com consenso era uma prioridade. Assim, calculou-se o índice de Validação de Conteúdo (IVC) para cada item bem como o IVC Global e foi decidido que era necessário um consenso $\geq 78\%$ entre os peritos para aprovar cada uma das intervenções descritas neste instrumento e deveria apresentar um IVC total $\geq 90\%$ (Silva & Montilha, 2021). Quarenta e nove intervenções foram feitas. O consenso alcançou 90,4% no final da 2ª ronda e não houve sugestões, sendo então considerado válido. Como resultado, o protocolo de intervenção dos cuidados de enfermagem a vítimas queimadas na sala de emergência foi organizado em forma de intervenções apresentadas em nove capítulos, que aborda os seguintes temas: identificação dos doentes no serviço; via aérea; ventilação; circulação; verificação do estado de consciência; exposição da vítima com despiste de lesões associadas; fluidoterapia quantificada; avaliação secundária; transferência do doente.

Procedeu-se também à análise qualitativa dos comentários e sugestões dos especialistas, incorporando-os, quando pertinente, ao produto que estava a ser validado (Silva & Montilha, 2021).

2.3 RESULTADOS

- **Caracterização Sociodemográfica**

As cinco Unidades de Queimados que existem em Portugal, foram convidadas a participar neste estudo. Destas, três aceitaram responder dentro dos prazos previamente estabelecidos pela investigadora principal. Dos 23 peritos que integraram o estudo, 13 (56,5%) devolveram o questionário da primeira ronda e 7 (30,4%) o questionário da segunda ronda.

Fazendo uma caracterização do painel, a maioria dos peritos eram do sexo feminino (92%), com uma idade média de 47 anos (desvio padrão=8,789). Em termos de anos de experiência profissional apresentavam uma média de 25,15 anos (desvio padrão=8,754) e uma amplitude entre os 9 e os 40 anos.

Relativamente à formação académica a especialidade Médico-Cirúrgica foi a dominante (n=10; 76,9%) ficando os restantes 23,1% ao cargo da especialidade de Reabilitação. Em relação ao tempo como enfermeiros especialistas a média situou-se nos 9,69 anos, com um desvio padrão de 9,331.

O painel foi representativo a nível nacional das zonas Norte, Centro e Lisboa.

Os membros do painel foram unânimes na opinião de que a existência de um protocolo de abordagem à pessoa adulta em situação crítica queimada na sala de emergência é uma ferramenta adequada para padronizar as intervenções, face às necessidades identificadas, contribuindo para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

- **Avaliação primária**

Foram inicialmente apresentados ao painel, 39 questões fechadas sobre intervenções que considerassem adequadas na avaliação primária. Neste âmbito, 37 (94,8%) dos itens colocados à consideração dos peritos foram consensuais (válidos) após a primeira ronda dos questionários.

No segundo questionário foram apresentados ao painel, 11 questões fechadas sobre intervenções que considerassem adequadas na avaliação primária. Neste âmbito, 8 (72,7%) dos 11 itens colocados à consideração dos peritos foram consensuais (concordância) após a segunda ronda dos questionários.

No que diz respeito à via aérea (A), as 7 questões obtiveram consenso na primeira ronda com 6 itens a receber IVC=1 (100%) e um item relacionado com a suspeita de lesão inalatória um IVC = 0,923 (92,3%).

Em relação ao conteúdo da Ventilação (B), dos 7 itens colocados ao painel todos tiveram consenso perfeito com IVC= 1 (100%) na primeira ronda.

Na etapa da sequência, na Circulação (C), houve 8 questões, sendo que 5 tiveram IVC=1 (100%) e as outras 3 obtiveram IVC=0,92 (92%). Estas 3 questões detalhadamente referiam-se à colocação de acesso venoso especificando que de preferência 2 acessos venosos periféricos. A avaliação da necessidade de iniciar vasopressores e avaliação da cor da pele em zonas não queimadas.

Em relação ao domínio D – Verificação do Estado de Consciência, foram feitas 8 questões, sendo que 3 obtiveram IVC=1 (100%) e 2 IVC =0,923 (92,3%). As duas que obtiveram um IVC 92,3%, estavam relacionadas com a avaliação da necessidade de sedação e com a avaliação de glicemia capilar. O painel voltou a ser unânime em validar com consenso perfeito a necessidade de avaliar a dor com recurso a uma escala apropriada. Porém, em relação à definição e objetividade de qual a melhor escala para usar nestes doentes houve alguma variância no consenso e optou-se por esta questão ir novamente à 2ª ronda.

Em relação ao parâmetro E – Exame da Vítima com despiste de lesões associadas, das 8 questões colocadas 5 obtiveram IVC=1 (100%). O item “se tiver havido um atraso no início do arrefecimento, este ainda pode ser efetuado até 3 horas após a queimadura” obteve IVC=0,692 (69,2%) não sendo consensual o que resultou na sua exclusão das recomendações. Outro item que gerou alguma variância de opinião foi “remover roupas não aderentes, mas não remover as que têm vestígios de alcatrão” que obteve IVC=0,846 (84,6%), valor idêntico obtido no item relacionado com a classificação da profundidade das queimaduras. O conteúdo teórico relativo à fluidoterapia quantificada (3 questões) teve consenso na primeira ronda, com IVC de cada item superior a 90%.

- **Avaliação Secundária**

Foram inicialmente apresentados, em relação a este conteúdo, 2 questões fechadas sobre a opinião dos peritos em relação aos acrónimos AMPLE e SAMPLE.

Neste âmbito, os dois obtiveram valores percentuais que validavam o consenso em termos do seu uso na abordagem à pessoa adulta em situação crítica queimada na sala de emergência, com IVC=1. Porém, e pela necessidade de apenas haver apenas um acrónimo no instrumento final, a investigadora principal decidiu voltar a apresentar no segundo questionário as 2 questões fechadas sobre a avaliação secundária, tendo sido consensual com IVC de 1 (100%) o acrónimo SAMPLE enquanto o AMPLE obteve IVC=0,857 (85,7%).

Quanto aos itens da avaliação secundária, o painel foi consensual em relação à importância de incluir este tipo de avaliação na abordagem à pessoa adulta em situação crítica queimada na sala de emergência. Porém, surgiu alguma variância em relação ao acrónimo mais pertinente. Assim este item foi novamente submetido a avaliação por parte dos peritos na segunda ronda e obteve-se consenso perfeito para o recurso ao acrónimo SAMPLE (IVC=1, 100%).

- **Transferência**

Por último, decidiu-se questionar os peritos acerca dos procedimentos que consideravam pertinentes avaliar antes da transferência para uma Unidade de Queimados. Este grupo teve no primeiro questionário 9 questões fechadas, correspondendo a vários aspetos distintos, mas igualmente importantes. Sete (77,8%) dos 11 itens colocados à consideração dos peritos foram consensuais (concordância) logo após a primeira ronda dos questionários.

Especificando, 4 itens obtiveram consenso perfeito com IVC=1 (100%), relacionados com a vigilância primária, colocação de acesso venoso, sempre que possível, haver contacto prévio com a Unidade que vai receber o doente, restrição alimentar. Três itens obtiveram IVC=0,80 (80%), sendo considerado consenso excelente e que permite não ir à segunda ronda. Estes três itens abordam a existência de informação escrita quer médica quer de enfermagem, assim como a profilaxia do tétano se aplicável. Houve dois itens que obtiveram um IVC =0,60 (60%) relacionado respetivamente por haver uma vigilância secundária AMPLE e pela entubação nasogástrica. Decidiu-se que o item relacionado com a avaliação secundária iria ser reformulado e novamente questionado aos peritos no 2º questionário. Mas o procedimento da entubação nasogástrica foi excluída das recomendações, por falta de consenso, havendo cerca de 40% de peritos que não validaram esta intervenção.

Em relação às questões abertas os peritos tiveram ao longo dos questionários a oportunidade de poder dar a sua opinião e sugestões em forma de texto livre. No primeiro questionário obteve-se 11 respostas abertas sobre vários dos conteúdos do questionário, cada uma correspondendo a aspetos distintos, mas igualmente importantes (Tabela 4). Que foram tidos em consideração na elaboração do segundo questionário, assim como no instrumento final de intervenções. No segundo questionário não se obteve nenhuma resposta.

Tabela 4: Respostas abertas do primeiro questionário feito ao Painel Delphi

Respostas	n	Conteúdos
Sempre que possível, realizar fibroscopia, se suspeita de lesão inalatória, antes de decidir pela entubação endotraqueal	1	A
Avaliar o preenchimento capilar e avaliar presença de síndrome compartimental	1	C
O uso de vasopressores quando hipotensão deve ser evitado. Pois este será resultado de choque hipovolémico. O doente precisa de volume	1	C
Depende do nível de consciência e nível de colaboração	1	D
A avaliação da % SCQ é mais precisa quando aplicada a tabela de <i>Lund & Browder</i>	1	E
A abordagem da zona queimada depende do agente etiológico	2	E

A profundidade da queimadura é irrelevante em emergência. Isso será abordado numa fase posterior quando se adaptará o tipo de penso	1	E
Além da avaliação do débito urinário, avaliar também a pressão arterial e frequência cardíaca	1	F
Falta especificar que se trata de uma abordagem a um doente queimado	1	G
Questiono a pertinência deste estudo uma vez que a norma da DGS relativa à abordagem do doente queimado está construída	1	G

Legenda: n- Frequência; A- Via Aérea; C- Circulação; D- Verificação do Estado de Consciência; E- Exame da Vítima com despiste de lesões associadas; F- Fluidoterapia Quantificada; G- Geral; SCQ- Superfície Corporal Queimada

Resumidamente e após o segundo questionário, encontrou-se uma baixa variação nas taxas de concordância nas diferentes intervenções alvo de avaliação. Assim, o instrumento final (APÊNDICE XII) apresentou validade de conteúdo para cada item que apresentou uma variância entre 0,846 e 1, o que em termos percentuais, corresponde a valores entre 84,6 e 100%. Ao proceder a uma avaliação global do questionário com base no IVC global o valor encontrado foi de 0,904 (90,4%) o que permitiu dizer que houve consenso.

2.4 DISCUSSÃO

Esta reflexão e investigação válida, com base na melhor evidência científica existente e com recurso a uma metodologia reconhecida, 59 recomendações, mas não procura em si mesmo apresentar novas. As conclusões do painel de Delphi deverão ser interpretadas como uma seleção de recomendações que reúnem consenso com significância e foram consideradas pelos membros do painel como válidas e adequadas.

A necessidade de uma avaliação primária ABCDEF é uma indicação absoluta emitida pela DGS através da norma n.º 022/2012 atualizada a 13/07/2017, o que vai ao encontro da opinião dos peritos. Neste âmbito todos os doentes queimados que acedem ao Hospital pela SE deverão ter esta avaliação. É interessante observar que a experiência dos peritos indica que quanto aos critérios no domínio (A) da Via Aérea (VA), recomendam avaliar a sua permeabilidade; avaliar a necessidade de entubação endotraqueal e avaliar se existe suspeita de lesão inalatória, recorrendo ao Índice de Clark. O que corrobora com a literatura que identifica a lesão por inalação como uma das principais causas relacionadas com a alta mortalidade destes doentes (Vogel et al., 2021).

O painel recomenda também que se verifique a presença de corpos estranhos e aspirar a VA superior caso necessário. O que vai ao encontro do *American College of Surgeons* (2018) que afirma que reconhecer sinais objetivos de obstrução são os primeiros passos para identificar e tratar o compromisso da via aérea, que poderá ser potencialmente fatal.

A pesquisa de presença de lesão cervical é também uma recomendação validada durante a avaliação do domínio A. O que vai ao encontro da literatura que é explícita ao classificar a queimadura como um trauma complexo que necessita de tratamento multidisciplinar e contínuo (*European Burns Association [EBA], 2017; American College of Surgeons, 2018*).

As recomendações do painel em relação ao domínio B – Ventilação, ficaram validadas na sua totalidade após a primeira ronda de questionários com IVC 100%, o que demonstra que em relação a este domínio não existem grandes dúvidas quanto às intervenções consideradas importantes a ter na SE perante um doente queimado.

No domínio C – Circulação, houve alguma variância de opinião em relação sobretudo a dois aspetos: a avaliação da cor da pele e uso de vasopressores. Relativamente, à avaliação da cor da pele esta deve ser preferencialmente feita em zonas de pele não queimada, isto porque em zonas de pele queimada a correta avaliação está comprometida. Pela sugestão de um membro do painel foi submetido no segundo questionário para validação uma outra recomendação relacionada com a avaliação do tempo de preenchimento capilar em áreas de pele não queimada. Esta recomendação recebeu, por parte dos peritos, consenso perfeito (100%). De facto, o tempo de preenchimento capilar é um parâmetro importante, na avaliação da circulação, de um doente hipovolémico (*American College of Surgeons, 2018*).

Outro item que foi alvo de dúvidas no painel estava relacionado com o uso de vasopressores. A recomendação foi validada como “avaliar a necessidade de iniciar vasopressores”, contudo um membro do painel sentiu a necessidade de expor que a hipotensão arterial por si só não deve ser motivo para iniciar vasopressores, uma vez que estes doentes em situação de choque hipovolémico necessitam de volume e não de vasopressor numa primeira abordagem. Existe associação significativa com as recomendações feitas pela ISBI (2016) e considera-se importante reforçar esta questão em formações a desenvolver à equipa.

Relativamente ao domínio D - Verificação do Estado de Consciência, verificou-se alguma amplitude de opinião em relação a dois itens: avaliação da glicemia capilar e a sedação.

Particularizando, tendo em conta a fisiopatologia de um doente queimado, o gasto energético varia de acordo com o tipo de agente etiológico. Porém, o doente pode ter as suas necessidades metabólicas basais aumentadas, em relação ao basal, o que leva então a validar a recomendação de avaliação de glicemia capilar a todos os doentes queimados na SE (*American College of Surgeons, 2018*). Por rotina os doentes queimados não devem ser sedados, mas os peritos validam que a sua avaliação deve ser feita.

Ainda no domínio D está incluído a dor. A avaliação da dor é também uma indicação absoluta emitida pela DGS através da norma n.º 022/2012 atualizada a 13/07/2017. Relativamente à

recomendação sobre a dor, houve unanimidade na concordância acerca da importância de fazer uma avaliação da dor ao doente queimado na SE numa primeira abordagem, com recurso a escalas. Este facto, apresenta uma ligação com as evidências da literatura que nos diz que a dor nos doentes queimados é um sinal tão importante quanto os outros, e por isso classificada como quinto sinal vital (Koene et al., 2022). Porém, verificou-se variação nas taxas de concordância em relação à escala mais adequada a usar. A escala validada pelo painel foi a EVA para doentes conscientes e colaborantes e a de Faces para doentes com algum compromisso na comunicação ou processo de pensamento. Cunha (2020) realça a importância de se avaliar a dor nos doentes com ECG igual ou inferior a 14. Futuros estudos devem analisar com detalhe o uso de escalas da dor no doente queimado.

O estado mental do doente é avaliado neste instrumento através da ECG. De facto, é fundamental avaliar o estado de consciência do doente na abordagem ABCDE (*American College of Surgeons*, 2018), este pode ser facilmente quantificado por meio desta escala que utiliza medidas oculares, verbais e motoras para estabelecer um estado mental inicial após evento de trauma (ISBI, 2016; *American College of Surgeons*, 2018).

Das 8 recomendação presente no instrumento final acerca do domínio E, ficou excluída na primeira ronda a recomendação “se tiver havido um atraso no início do arrefecimento, este ainda pode ser efetuado até 3 horas após a queimadura”. A elevada taxa de não concordância com este item deverá ter haver com o fato de esta recomendação estar mais dirigida para os cuidados no pré-hospitalar, tendo em conta o espaço temporal a que se refere. Esta exclusão é díspar do que está preconizado na norma da DGS, que sofreu a sua última atualização em 2017.

Relativamente à avaliação secundária, esta deverá ser realizada também na SE. Recomendação esta validada e que vai ao encontro do que está explanado na norma da DGS. Quanto aos diferentes acrónimos para avaliação secundária o painel considerou numa primeira instância opcional, com igual grau de validade o AMPLE ou o SAMPLE. No entanto, ao ser solicitado ao painel para se pronunciar uma segunda vez sobre o mesmo conteúdo e após reflexão, a preferência (100%) recaiu sobre o SAMPLE. Este facto parece refletir o interesse do painel em robustecer a avaliação secundária com um maior número de informação, que poderá ser benéfica para o resultado no tratamento do doente.

Na secção do instrumento dedicada a recomendações prévias à transferência do doente queimado, é interessante notar que a experiência dos peritos indica como consensual, uma recomendação ter conhecimento da comunicação em termos de informação que foi transmitida à família. Este fato faz pensar que a comunicação e a família assumem, cada vez mais, um papel importante no processo de tratamento assistencial dos doentes queimados.

2.5 CONCLUSÃO

Considera-se que este trabalho de validação de um protocolo de intervenção evidencia a importância da gestão e padronização dos cuidados como elementos essenciais para aumentar a qualidade dos cuidados aos doentes queimados. Por outro lado, protocolos validados por peritos permitem robustecer o instrumento a utilizar na prática clínica, realçando que o rigor metodológico é condição imprescindível para a qualidade do mesmo (Vieira et al., 2020).

Consequentemente à sua elaboração, o investigador principal deste estudo elaborou um algoritmo de atuação (APÊNDICE XIII). Futuramente, a revisão constante das recomendações e a atualização tendo em conta a evidência científica existente, é o caminho na prossecução da excelência dos cuidados, necessária aquando da abordagem a uma população específica e desafiante como são os queimados. É essencial garantir que os cuidados sejam eficazes, seguros e de acordo com as necessidades das pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahuja, R. B., Puri, V., Gibran, N., Greenhalgh, D., Jeng, J., Mackie, D., Moghazy, A., Moiemmen, N., Palmieri, T., Peck, M., Serghiou, M., Watson, S., Wilson, Y., Altamirano, A. M., Atieh, B., Bolgiani, A., Carrougher, G., Edgar, D., Guerrero, L., ... van Zuijlen, P. (2016). ISBI Practice Guidelines for Burn Care. *Burns*, 42(5), 953–1021. <https://doi.org/10.1016/J.BURNS.2016.05.013>
- Alsaqabi, F., & Ahmed, Z. (2022). The Accuracy of Prehospital Fluid Resuscitation of Burn Patients: A Systematic Review. *European Burn Journal*, 3(4), 517–526. <https://doi.org/10.3390/EBJ3040044>
- American College of Surgeons. (2018). ATLS® Advanced Trauma Life Support®. (Tenth Edition). In The Committe on Trauma
- Bartels, P., Thamm, O. C., Elrod, J., Fuchs, P., Reinshagen, K., German Burn Registry, & Koenigs, I. (2020). The ABSI is dead, long live the ABSI - reliable prediction of survival in burns with a modified Abbreviated Burn Severity Index. *Burns*, 46(6), 1272–1279. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.05.003>
- Cardoso, D. F. B., Santos, D. G. S. M., Rodrigues, J. F. C., Bento, N., Rodrigues, R. M. C., & Cardoso, A. F. dos R. M. (2021). Promoting evidence-based practice: training health professionals for the evidence synthesis. *Journal of School of Nursing - University of São Paulo*, 55, 1–7. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0180>
- Crilly, J., Bartlett, D., Sladdin, I., Pellatt, R., Young, J. T., Ham, W., & Porter, L. (2022). Patient profile and outcomes of traumatic injury: The impact of mode of arrival to the emergency department. *Collegian*, 29, 720–727. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2022.03.002>
- Dash, S., Pompermaier, L., Lavrentieva, A., Rogers, A. D., & Depetris, N. (2023). Quality indicators in burn care: An international burn care professionals survey to define them. *Burns*, 49(6), 1260–1266. <https://doi.org/10.1016/J.BURNS.2022.11.006>
- Direção Geral da Saúde (2015). Norma N.º 022/2012 atualizada a 13/07/2017 - Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/abordagem-hospitalar-das-queimaduras-em-idade-pediatica-e-no-adulto.pdf>
- European Burns Association (EBA). (2017). *European Practise Guidelines for Burn Care*. 4ª. <https://www.euroburn.org/documents/>
- Ferreira, E. G. C., Campanharo, C. R. V., Piacuzzi, L. H., Rezende, M. C. B. T. L., Batista, R. E. A., & Miura, C. R. M. (2020). Conhecimento de enfermeiros de um serviço de emergência sobre sepse. *Enfermagem Em Foco*, 11(3), 210–217. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.V11.N3.2953>
- Graghani, A., & Ferreira, L. M. (2009). Pesquisa em queimaduras. *Revista Brasileira Queimaduras*, 8(3), 91–96. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1369908>
- Hendriks, T. C. C., Botman, M., Binnerts, J. J., Mtui, G. S., Nuwass, E. Q., Meij-De Vries, A., Winters, H. A. H., Nieuwenhuis, M. K., & Van Zuijlen, P. P. M. (2022). Acute burn care in resource-limited settings: A cohort study on treatment and outcomes in a rural regional

- referral hospital in Tanzania. *Burns*, 48, 1966–1979. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2022.01.014>
- Hughes, A., Almeland, S. K., Leclerc, T., Ogura, T., Hayashi, M., Mills, J. A., Norton, I., & Potokar, T. (2021). Recommendations for burns care in mass casualty incidents: WHO Emergency Medical Teams Technical Working Group on Burns (WHO TWGB) 2017-2020. *Burns*, 47(2), 349–370. <https://doi.org/10.1016/J.BURNS.2020.07.001>
- Kearns, R. D., Bettencourt, A. P., Hickerson, W. L., Palmieri, T. L., Biddinger, P. D., Ryan, C. M., & Jeng, J. C. (2020). Actionable, Revised (v.3), and Amplified American Burn Association Triage Tables for Mass Casualties: A Civilian Defense Guideline. *Journal of Burn Care & Research*, 41(4), 770–779. <https://doi.org/10.1093/jbcr/iraa050>
- Koene, G. L. C., Cunha, N. C. P., Soares, Y. N., Jastrow, J. M. B., Saldanha, P. C. de O., & Bezerra, I. M. P. (2022). Pessoas com queimaduras: Concepções sobre o trabalho de Enfermagem na perspectiva de pacientes e profissionais. *Rev. Bras. Queimaduras*, 1, 59–68. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1434885>
- Kumar, R., E, Dr. K., Kumari, B., Kumar, A., Kumar, V., Janjua, D., & Billah, A. M. (2022). Burn Injury Management, Pathophysiology and Its Future Prospectives. *Journal for Research in Applied Sciences and Biotechnology*, 1(4), 78–89. <https://doi.org/10.55544/jrasb.1.4.10>
- Lu, L., Ko, Y. M., Chen, H. Y., Chueh, J. W., Chen, P. Y., & Cooper, C. L. (2022). Patient Safety and Staff Well-Being: Organizational Culture as a Resource. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 1–14. <https://doi.org/10.3390/IJERPH19063722>
- Moura, V. L. de L. de, Koller, F. J., Santos, A. R. dos, Batista, J., & Burdzinski, V. de F. (2021). Conhecimento dos Enfermeiros sobre o Protocolo de Lesão por Pressão em Hospital Privado e Acreditado. *Revista de Enfermagem Atual in Derme*, 95(36), 1–15. <https://doi.org/https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.36-art.1231>
- National Standards for the Provision of Adult & Paediatric Burn Care, BBA Standards 2023 Final version 9.1 1 (2023). <https://www.britishburnassociation.org/wp-content/uploads/2023/08/BBA-Burn-Care-Standards-2023.pdf>
- Parry, I., Mandell, S. P., Hoarle, K. A., Kevin, J., || B., Dissanaiké, S., Harrington, D. T., Holmes Iv, J. H., & Cartotto, R. (2023). American Burn Association Strategic Quality Summit 2022: Setting the Direction for the Future. *Journal of Burn Care & Research*. <https://doi.org/10.1093/JBCR/IRAD092>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série PARTE E N.º 128 (2019). <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Saeger, A.; Feys, B. - *Ishikawa Diagram*. Trad. Carly Probert. Management&Marketing: 50minutes, 2015.
- Silva, M. R. da, & Montilha, R. de C. I. (2021a). Contribuições da técnica Delphi para a validação de uma avaliação de terapia ocupacional em deficiência visual. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29(e2863), 1–15. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2163>
- Silva, D. F. da, Brasil, M. H. F., Santos, G. C. V., Guimarães, K. S. de L., Oliveira, F. M. R. L. de, Leal, N. P. da R., Gomes, G. L. L., & Barbosa, K. T. F. (2021b). *Conhecimento de*

- Enfermeiros Emergencistas acerca do Protocolo Clínico de Sepse*. Revista de Enfermagem UFPE On Line. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245947>
- Silva, A. M. da, Costa, D. G. da, Guanilo, M. E. E., Pinho, F. M. de, Junior, P. R. B. F., & Machado, T. D. C. S. (2022). Gestão do cuidado de pacientes queimados na perspectiva da multidisciplinaridade: Uma revisão de escopo. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 21(1), 85–90. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1434901>
- Sjöberg, F. (2012). Pre-hospital, fluid and early management, burn wound evaluation. In *Handbook of Burns: Acute Burn Care, Volume 1* (Vol. 1, pp. 105–116). Springer-Verlag Wien. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-0348-7_7
- Spiwak, R., Lett, R., Rwanyuma, L., & Logsetty, S. (2014). Creation of a standardized burn course for Low Income Countries: Meeting local needs. *Burns*, 40(7), 1292–1299. <https://doi.org/10.1016/J.BURNS.2014.01.007>
- Tan, H. M. G., Chung, L., Chong, X. Y., Joethy, J., & Chong, S. J. (2022). A simple mnemonic, B.U.R.N.S., for burns first aid. *Burns*, 48(4), 841–845. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2021.11.013>
- Vieira, T. W., Sakamoto, V. T. M., Moraes, L. C. de, Blatt, C. R., & Caregnato, R. C. A. (2020). Métodos de validação de protocolos assistenciais de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), 1–10. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0050>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação O Processo de Construção do Conhecimento*. 3ª edição. (Edições Sílabo)
- Vogel, L. L., Negrello, D., & Lindemann, I. L. (2021). Perfil epidemiológico de pacientes com queimaduras admitidos em hospital terciário. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 20(1), 29–34. <http://rbqueimaduras.org.br/related-article/265>
- World Health Organization, OECD, & World Bank Group. (2018). *Delivering quality health services - A global imperative for universal health coverage*. https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_2
- Young, A., Davies, A., Tsang, C., Kirkham, J., Potokar, T., Gibran, N., Tyack, Z., Meirte, J., Harada, T., Dheansa, B., Dumville, J., Metcalfe, C., Ahuja, R., Wood, F., Gaskell, S., Brookes, S., Smailes, S., Jeschke, M., Ali Cinar, M., ... Mary Blazeby, J. (2022). *Establishment of a core outcome set for burn care research: development and international consensus*. 1, 183. <https://doi.org/10.1136/bmjmed-2022-000183>

APÊNDICES

APÊNDICE I – INSTRUÇÃO DE TRABALHO ACERCA DO PROCEDIMENTO NA COLHEITA E ACONDICIONAMENTO DE ESPÉCIMES PARA PESQUISA DE INFEÇÃO PELO VÍRUS MONKEYPOX (VMPX)

**INSTRUÇÃO
DE
TRABALHO**

Nº **DATA:** 17-06-2022

ASSUNTO: Instrução de Trabalho acerca do procedimento na colheita e acondicionamento de espécimes para pesquisa de Infeção pelo vírus Monkeypox (VMPX)

PARA: Todos os profissionais do serviço de Urgência Geral do [REDACTED]
[REDACTED]

ENQUADRAMENTO:

O vírus Monkeypox (VMPX) é um vírus de DNA de cadeia dupla que pertence ao género Orthopoxvirus da família Poxviridae. É uma doença transmitida, através do toque ou mordida de animais selvagens infetados e ocorre principalmente na África central e ocidental, muitas vezes nas proximidades de florestas tropicais. Porém, tem vindo a aparecer cada vez mais em áreas urbanas. Os hospedeiros animais incluem uma variedade de roedores e primatas não humanos. A varíola humana foi identificada pela primeira vez em humanos em 1970 na República Democrática do Congo.

Monkeypox é uma doença de importância para a saúde pública global, pois afeta não apenas os países da África Ocidental e Central, mas o resto do mundo.

A transmissão de animal para humano (zoonótica) pode ocorrer por contato direto com sangue, fluidos corporais ou lesões cutâneas ou mucosas de animais infetados.

A transmissão de humano para humano pode resultar de contato próximo com secreções respiratórias, lesões na pele de uma pessoa infetada ou objetos recentemente contaminados. A transmissão por partículas respiratórias por gotículas geralmente requer contato pessoal prolongado, o que coloca em maior risco os profissionais de saúde, membros da família e outros contatos próximos de casos ativos.

A identificação em maio de 2022 de aglomerados de casos de varíola símia em vários países não endémicos sem ligações diretas de viagem para uma área endémica é atípica.

Atenta ao alerta emitido pela OMS, a Direção-Geral da Saúde publicou a orientação 004/2022, de 31 de maio, relativa à Abordagem de casos de infeção humana por vírus Monkeypox (VMPX).

CONTACTOS DE REFERÊNCIA:

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA):

Unidade de Resposta a Emergências e Biopreparação do Departamento de Doenças Infeciosas do INSA - tel. 217 519 200 / 217519207

Dra. Maria José Borrego

Dra. Ana Florido

Dra. Rita Cordeiro

ASPETOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS RELEVANTES:

Monkeypox é geralmente uma doença autolimitada com sintomas que duram de 2 a 4 semanas. A transmissão humana de VMPX pode ocorrer através de pele não íntegra e das mucosas ocular, nasal, oral e genital.

O período de incubação (intervalo desde a infeção até o início dos sintomas) da varíola dos macacos é geralmente de 6 a 16 dias, mas pode variar de 5 a 21 dias.

A infeção pode ser dividida em dois períodos:

- o período de invasão (dura entre 0 a 5 dias) caracterizado por febre, dor de cabeça intensa, linfadenopatia (inchaço dos gânglios linfáticos), dor nas costas, mialgia (dores musculares) e astenia intensa (falta de energia). A linfadenopatia é uma característica distintiva da varíola do macaco em comparação com outras doenças que inicialmente podem parecer semelhantes (varicela, sarampo, varíola)
- a erupção cutânea geralmente começa dentro de 1 a 3 dias após o aparecimento da febre. A erupção tende a ser mais concentrada na face e extremidades do que no tronco. Afeta a face (em 95% dos casos), palmas das mãos e plantas dos pés (em 75% dos casos). Também são afetadas as mucosas orais (em 70% dos casos), genitália (30%) e conjuntiva (20%), bem como a córnea. A erupção evolui sequencialmente de máculas (lesões com base plana) para pápulas (lesões firmes levemente elevadas), vesículas (lesões cheias de líquido claro), pústulas (lesões cheias de líquido amarelado) e crostas que secam e caem. O número de lesões varia de algumas a vários milhares.

As deficiências imunológicas subjacentes podem levar a resultados piores. As complicações da varíola dos macacos podem incluir infeções secundárias, broncopneumonia, sepses, encefalite e infeção da córnea com consequente perda de visão.

DEFINIÇÃO DE CASO:

- a. Caso suspeito: Uma pessoa cumpre critérios de caso suspeito se apresentar: exantema (macular, papular, vesicular ou pustular generalizado ou localizado) e/ou queixas anogenitais (incluindo úlceras), de início súbito, desde 15 de março de 2022, não explicados por outros diagnósticos diferenciais e que podem coexistir com um ou mais dos seguintes sinais/sintomas: febre de início súbito ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$), astenia, mialgias, dorsalgia, cefaleia, adenomegalias.
- b. Caso provável: Uma pessoa cumpre critérios de caso provável se cumprir os critérios de caso suspeito e pelo menos uma das seguintes circunstâncias:
- Contacto com um caso provável ou confirmado de infeção humana por VMPX, nos 21 dias que antecederam o início de sintomas
 - História de relações sexuais com múltiplos/as parceiros/as, ou em anonimato, nos 21 dias que antecederam o início de sintomas
 - Internamento hospitalar por situação clínica compatível com caso suspeito
 - História de viagem a países endémicos (Benim, Camarões, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Gabão, Gana, Costa do Marfim, Libéria, Nigéria, República do Congo e Serra Leoa) para o VMPX ou para países onde estejam a ocorrer casos, nos 21 dias que antecederam o início de sintomas
- c. Caso confirmado: Considera-se caso confirmado de infeção humana por VMPX, se for detetado ADN de VMPX por PCR em tempo real e/ou sequenciação numa amostra biológica

NOTIFICAÇÃO DE CASOS:

Todos os casos suspeitos e prováveis devem ser notificados pelo clínico, mesmo antes de confirmação laboratorial do diagnóstico.

Perante um caso suspeito, provável ou confirmado, o clínico deve notificar através de formulário (com a componente de notificação e de inquérito epidemiológico) da Direção de Serviços de Informação e Análise (DSIA) da DGS, acessível online através do link: <https://forms.office.com/r/f68e0w7Ni6> ou por email para sinave@dgs.min-saude.pt e para cesp@dgs.min-saude.pt

DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico diferencial clínico que deve ser considerado inclui outras doenças exantemáticas, como varicela, sarampo, infeções bacterianas da pele, sarna, sífilis e alergias associadas a

medicamentos. A linfadenopatia durante o EC prodrómico da doença pode ser uma característica clínica para distinguir a varicela dos macacos da varicela ou da varíola.

A reação em cadeia da polimerase (PCR) é o teste de laboratório preferido devido à sua precisão e sensibilidade. Para isso, as amostras diagnósticas ideais para a varíola dos macacos são de lesões de pele – o teto ou fluido de vesículas e pústulas e crostas secas.

Considerando que a maioria dos casos de doença requer cuidados em ambulatório, o tratamento é de suporte sintomático (hidratação, analgesia e antipiréticos).

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

Para prestação de cuidados diretos a doentes com sinais e sintomas recomenda-se o uso de:

- a. Respirador de partículas (FFP2). A abordagem inicial poderá ser efetuada com uma máscara cirúrgica. No entanto, após verificação de lesões suspeitas, deverá ser utilizada a máscara FFP2 (EN equivalente certificado ou N95 certificado pelo NIOSH dos EUA) em especial na recolha de amostras e para a realização de procedimentos geradores de aerossóis;
- b. Avental ou bata, e luvas descartáveis;
- c. Proteção ocular (óculos ou viseira) para procedimentos com risco de aerossolização, contacto com fluidos e durante a higienização da unidade do doente (exemplo: remoção de roupa de cama ou de banho, procedimentos que levem a pulverização de crostas ou outros produtos resultantes da descamação cutânea).
- d. A colocação e retirada do EPI deve ser realizada cuidadosamente e complementada com a higienização das mãos, nos momentos adequados e após concluída a sua remoção.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

Perante uma situação de suspeita clínica de infeção humana por VMPX, deve proceder-se à colheita dos seguintes produtos:

1. 1 zaragatoa com exsudado da ferida ou fluido vesicular, pustular ou crosta, em tubo seco; *
2. 1 zaragatoa com exsudado da ferida ou fluido vesicular ou pustular, em meio de transporte viral; **
3. Uma amostra de sangue em tubo seco (bioquímica).

SITUAÇÕES ESPECIAIS:

Se o doente apresentar febre e/ou tiver contacto com um doente infetado confirmado também se deve acrescentar às colheitas anteriores a **Colheita da orofaringe:**

4. 1 zaragatoa orofaríngea em tubo seco; *
5. 1 zaragatoa orofaríngea em meio de transporte viral **



*



**

ACONDICIONAMENTO:

As amostras de pacientes devem ser preparadas com segurança para transporte.

Devem ser envolvidas em saco de plástico e posteriormente mantidas refrigeradas com temperatura entre 2 e 8°C no frigorífico. Serão enviadas assim que possível ao Laboratório Nacional de Referência do INSA, à Unidade de Resposta a Emergências e Biopreparação do Departamento de Doenças Infecciosas, ao cuidado da Dra. Maria José Borrego.

As amostras deverão ser acompanhadas de uma requisição para pesquisa de VPMX, tal como é habitual nas instituições de origem do pedido, devendo constar o número nacional de utente do SNS, se disponível, o nome do médico que efetua o pedido e o e-mail mais adequado para envio do boletim de resultados.

PREVENÇÃO E CONTROLO NAS UNIDADES DE SAÚDE:

- Nas unidades de saúde, perante um caso suspeito, provável ou confirmado de infeção humana por VMPX, devem ser instituídas medidas de prevenção e de controlo relativas à via de transmissão de contacto e de gotícula, dando cumprimento às regras estabelecidas para controlo de infeção pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) da instituição
- As medidas de isolamento de caso suspeito, provável ou confirmado devem ser mantidas até infirmação de caso ou resolução de todas as lesões, com queda natural das crostas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>

<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0042022-de-31052022-pdf.aspx>

<https://www.gov.uk/government/news/monkeypox-cases-confirmed-in-england-latest-updates>

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/746086/Monkeypox_Guidance_cleaning_decontamination.pdf

**APÊNDICE II – INSTRUÇÃO DE TRABALHO SOBRE ATUAÇÃO EM SITUAÇÕES DE
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL EM ADULTOS**

	SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA [REDACTED]
	ATUAÇÃO EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL EM ADULTOS
	NIS. (COD DO DOC DE REF). DATA: 18-07-2022

1. OBJETIVOS

Garantir a deteção precoce de situações de violência interpessoal assim como de fatores de risco.

Assegurar, perante situações de violência interpessoal, uma intervenção adequada, atempada e articulada.

Uniformizar os procedimentos perante uma vítima de violência.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

A presente instrução de trabalho destina-se a todos os enfermeiros do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) [REDACTED]

A atuação da saúde em pessoas adultas deve ter por base os referenciais técnicos, Manual de Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde e respetivo Guia Prático, assegurando a uniformização de procedimentos pelos profissionais de saúde, de forma transversal a diversos níveis de cuidados de saúde, primários e hospitalares, urgentes/emergentes e contextos, ambulatório, internamento e comunitário. Os enfermeiros ao encontrarem-se numa posição privilegiada pelo contacto com os doentes ao longo do ciclo de vida, têm um importante papel na abordagem de situações de violência.

A violência enquanto tema presente em documentos da Organização das Nações Unidas, dos Direitos Humanos e de Saúde Pública, tem vindo a ser abordada e reconhecida no Serviço Nacional de Saúde numa perspetiva de ciclo de vida com respostas integradas e completas. Assim, no âmbito da DGS, é criado em 2019, o Despacho n.º 9494/2019, de 21 de outubro, do Gabinete da Secretária de Estado da Saúde, que contempla o Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (PNPVCV) cujo principal objetivo é o de reforçar, nos serviços de saúde, os mecanismos de prevenção, diagnóstico e intervenção no

que se refere à violência interpessoal, nomeadamente na questão de maus-tratos em crianças e jovens, violência contra as mulheres, violência doméstica e em populações identificadas como vulneráveis.

O PNPVCV integra ainda uma intervenção no domínio da violência a profissionais de saúde com a implementação do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde (PAPVSS).

2.1 QUEM EXECUTA

Os enfermeiros.

2.2 FREQUÊNCIA

Sempre que se prestem cuidados a um doente adulto que cumpra os critérios de qualquer forma de vitimação (suspeita ou confirmada), independentemente de variáveis individuais.

3. RESPONSABILIDADES

3.1 PELA IMPLEMENTAÇÃO DA INSTRUÇÃO DE TRABALHO

- Enf.^a Carmén Noivo
- Enf.^a Marta Duarte
- Enf.^a Liliana Marques

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

██

██

DGS – Direção Geral da Saúde;

Enf^o - Enfermeiro

EPI – Equipamento de Proteção Individual

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAPVSS - Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde

p.e. – por exemplo

PNPVCV - Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico;

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

5. FUNDAMENTAÇÃO

Em Portugal, nos serviços de saúde, só há cerca de 3 décadas é que começaram a surgir tentativas de resposta mais organizada ao fenómeno da violência, através da criação, em alguns hospitais, de equipas vocacionadas para lidar com este flagelo, mediante uma abordagem mais global de prevenção.

A violência é encarada como uma questão de Direitos Humanos e de Cidadania, consagrados em instrumentos internacionais, nomeadamente na Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada pelas Nações Unidas em 1948, na Declaração de Sevilha sobre Violência, aprovada pela UNESCO em 1986. No campo da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, publicou o primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde.

5.1 CONCEITOS

Violência: “Uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte, ou tenha a possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, compromisso do desenvolvimento ou privação” (Krug et al., 2002).

Este conceito engloba, várias noções fundamentais, nomeadamente, as de intencionalidade, poder, alvo, natureza e impacto, este último que ultrapassa o domínio físico da lesão ou da morte, fazendo igualmente referência aos danos psicológicos, morais e sociais que, muitas vezes, acompanham as vítimas ao longo do seu ciclo vital.

Agressividade: A agressividade determina o processo de separação/individuação, de afirmação pessoal e de construção da identidade. Vínculo que confere espaço pessoal, suporta a diferenciação e estabelece tanto uma ordem entre pares como entre gerações. A agressividade bem gerida e dirigida, pode ser entendida como uma parte organizadora em termos biológico e psicológico, assim como de regulação social e cultural.

5.2 TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA

Autodirigida- inserem-se todos os atos suicidas (suicídio e comportamentos parasuicidários) e outros comportamentos autolesivos (p.e. automutilações).

Interpessoal- nela são consideradas duas subcategorias, a violência familiar/ violência entre parceiros íntimos e a violência na comunidade.

Coletiva- pode ter múltiplas motivações, tanto de carácter social como político ou económico, diz respeito a atos cometidos por grupos alargados de indivíduos ou, formalmente, pelos próprios Estados.

5.3 NATUREZA DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL

Quadro 1- Adaptado de Redondo et al., 2012

NATUREZA DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL

VIOLÊNCIA FÍSICA	Engloba atos como empurrar, pontapear, esbofetear, lançar objetos, torcer, queimar, cuspir, puxar cabelos, beliscar, esfaquear, espancar, estrangular, entre outros, podendo haver, inclusive, tentativa ou, mesmo, homicídio da vítima
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	Inclui insultos, ameaças, críticas, humilhações, desvalorizações, intimidações, isolamento social, privação de contacto com a família e os amigos, revista a objetos pessoais (ex., agenda, telemóvel, computador), privação de documentação pessoal, negação do acesso a dinheiro ou a cuidados de saúde, entre outros. Muito embora seja difícil operacionalizar o conceito de violência psicológica, ela é geralmente descrita como o conjunto de atos verbais ou não verbais que causam dano, também simbólico em quem é vítima, ou em que haja a intenção de causar danos nesta.
VIOLÊNCIA SEXUAL	Passa por obrigar, coagir, ameaçar ou forçar a vítima a práticas sexuais contra a sua vontade, incluindo a violação no contexto conjugal, que muitas vezes não é entendida pelas vítimas enquanto tal.
PRIVAÇÃO E NEGLIGÊNCIA	Envolve qualquer ato de privação ou omissão no que respeita ao provimento de necessidades básicas de um indivíduo, a nível emocional, de saúde, educação, nutrição, segurança, habitação e condições de vida, entre outras

5.4 ORIENTAÇÕES PARA AS BOAS PRÁTICAS NA DETEÇÃO E INTERVENÇÃO EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL

- **Humanização no atendimento:**

Acolhimento: A vítima deve ser recebida de forma amável e logo que possível encaminhada para a sala de espera ou, havendo disponibilidade, diretamente para o gabinete de atendimento

Tempo de espera: Havendo necessidade de espera, esta deve ser encurtada ao máximo, sendo explicada à vítima a razão da demora e solicitando a sua compreensão.

Nota: Períodos prolongados de espera, poderão constituir um fator desencorajador para que a vítima peça auxílio

Zona de espera: A vítima deve aguardar num local minimamente acolhedor, uma cadeira ou sofá onde possa acomodar-se e, se possível, dispor de leitura de jornais, revistas, panfletos que permitam mitigar a tensão da espera

Prioridades: Por princípio, a vítima deve ser atendida por ordem de chegada, salvo se tiver previamente solicitado entrevista a uma hora determinada. Contudo, há que dar prioridade às vítimas idosas, às que manifestarem sinais de se encontrarem em situação de crise e às que apresentarem sequelas físicas que possam ser consideradas constrangedoras diante das outras pessoas que esperam

Comodidade: No espaço reservado ao atendimento, a vítima deve ser convidada a sentar-se no lugar mais cómodo

Conforto: Se a vítima manifestar sinais de estar em situação de crise, como chorar e/ou tremer, devem ser-lhe facultados pequenos apoios logísticos, tais como lenços de papel ou um copo de água

Correção: O tom do diálogo deve demonstrar respeito, consideração e ausência de juízos de valor sobre o comportamento da vítima. É necessário manter uma postura não inibitória para a vítima, devendo evitar, por exemplo, falar-lhe de pé quando ela estiver sentada, assim como o contrário. O profissional deve ainda ter em atenção outros aspetos que possam manifestar rigidez, formalidade ou informalidade excessivas e que dificultem o sucesso do próprio atendimento

Final da entrevista: Após o atendimento, a vítima deve, sempre que possível, ser acompanhada à saída, mostrando-se no ato da despedida a disponibilidade para o apoio e os contactos subsequentes.

- **Comunicação empática:**

Apresentação cordial: O acolhimento deve ser feito de uma forma agradável, enquanto o enfermeiro se apresenta

Escuta atenta: Quando a vítima fala, há que ouvi-la com a máxima atenção, procurando apreender todos os conteúdos da sua mensagem, tanto factuais, como emocionais. O enfermeiro deve procurar incentivar o discurso da vítima respondendo de forma não-verbal, mostrando atenção ao que aquela diz. O discurso da vítima não deve ser interrompido, evitando também que dele não se retirem conclusões prematuras

Repetição e reformulação: Os conteúdos emitidos pela vítima no seu discurso podem ser repetidos e reformulados pelo enfermeiro de modo a ter certeza de tê-los apreendido

adequadamente. Esta técnica é importante também para que a vítima tenha a percepção de que está a ser ouvida com atenção

Colocação de questões: Torna-se necessário questionar a vítima sempre que esta não tenha emitido toda a informação necessária ao processo de apoio e/ou ao encaminhamento, ou quando a informação tenha sido contraditória ou menos clara. Para tal, utilizam-se: “questões abertas” por exemplo: Que receio tem de ir a Tribunal? Como se sente agora? ou Quer falar-me do que o/a preocupa?). Contudo, há que ter especial cuidado em evitar que a pessoa se sinta interrogada, pois tal poderá inibi-la ou levá-la a adotar uma atitude defensiva. O equilíbrio entre a formulação de questões abertas e questões fechadas facilita a comunicação. A pergunta “Porquê?” deve ser evitada, já que, em determinados contextos de comunicação, pode incutir sentimentos de culpa

Encorajamento da expressão de emoções e/ou sentimentos: É necessário mostrar disponibilidade para que a vítima se expresse espontaneamente, auxiliando-a na libertação de emoções e/ou sentimentos, usando expressões como “Não se reprima, chorar é natural e pode fazer-lhe bem, esteja à vontade...”, “É natural que se sinta assim abalado”, “Chorar não é motivo de vergonha” ou “Desabafe, pode fazer-lhe bem”. É desejável encorajar a expressão de emoções e/ ou sentimentos

Informação: É imprescindível informar a vítima dos seus direitos, de como exercê-los, dos vários recursos de que pode dispor e das diversas opções que pode tomar. Há que evitar a emissão de juízos e opiniões pessoais pelo enfermeiro, pois essa atuação pode incutir uma ideia de submissão e de inexistência de autonomia de decisão. Informar de um modo adaptado às características socioculturais da vítima, facilita o entendimento correto do que é dito

Sumarização: Resumir todos os aspetos do discurso da vítima e do próprio enfermeiro permite confirmar que ambas as partes se compreenderam adequadamente. Pode também evitar maus entendimentos quanto ao que foi realmente comunicado e avivar a memória sobre determinados aspetos

Comunicação não-verbal: É indispensável prestar atenção à linguagem corporal da vítima, aferindo da correspondência da mesma com o discurso que está a ser produzido: certos aspetos, como o gaguejo ou a voz vacilante, podem denunciar vontade de emitir informações que, contudo, tem receio de revelar.

5.5 CUIDADOS FORENSES NO HOSPITAL – PARA PRESERVAÇÃO E RECOLHA DE VESTÍGIOS:

- Usar EPI: uso de luvas antes de tocar na vítima. Para evitar a contaminação e/ou destruição dos vestígios (Princípio da transferência de Locard)
- Lavar as mãos antes de calçar as luvas e voltar a lavar depois de as retirar
- Trocar de luvas entre a recolha de vestígios
- Evitar tocar nas áreas do corpo onde possam existir sinais de agressão e/ ou fluídos
- Caso seja necessário despir a vítima, será em cima de lençol branco
- Ter atenção ao manuseamento de itens molhados e ao seu armazenamento
- Preservar vestígios em sacos de papel individuais
- Identificar os locais de punção realizados na vítima, caso sejam realizados

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Despacho n.º 9494/2019, do Gabinete da Secretária de Estado da Saúde. Diário da República n.º 202/2019, Série II de 2019-10-21, páginas 142 – 143
<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9494-2019-125517180>

DGS: Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde (2016), 2ª Edição https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-juvenis-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx

DGS: Orientação n.º 001/2022 – Atuação em Situações de Violência em Adultos: Registo Clínico de Violência em Adultos - Registo de Saúde Eletrónico, de 9 de fevereiro de 2022 <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012022-de-09022022-pdf.aspx>

GALVÃO DA SILVA, Frederico Guilherme Soares - Preservação da Cadeia de Custódia em vestígios biológicos para fins forenses: caracterização da situação atual e proposta de critérios de recolha e envio de vestígios biológicos. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2006. Tese de Mestrado.

Regulamento n.º 728/2021 - Diário da República n.º 151/2021, Série II de 2021- 08-05

**APÊNDICE III - ANÁLISE SWOT DA METODOLOGIA DE TRABALHO DE ENFERMEIRO
DE REFERÊNCIA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

ANÁLISE SWOT (Strengths / Weaknesses / Opportunities / Threats)

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem preconizam a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

No âmbito deste ensino clínico II que decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) Polivalente, decidi elaborar uma análise SWOT que de seguida apresento, em relação ao método de trabalho de enfermeiro de referência.

Optei por elaborar este trabalho com o objetivo de desenvolver o meu core no âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, em particular no domínio da gestão dos cuidados. Por outro lado, por ser um método de trabalho que não está implementado neste serviço e uma vez que ao fazer alguns *brainstorming* com elementos da equipa de enfermagem na UCI surgiram diferentes pontos de vista e os mesmos revelaram interesse em conhecer o método de enfermeiro de referência.

A análise SWOT é uma ferramenta de gestão que ajuda no desenvolvimento do planeamento estratégico das organizações e na tomada de decisões. Considerada uma vantagem para servir de base na criação de opções estratégicas e definição da avaliação de futuras linhas de ação. Enquanto ferramenta, a análise SWOT fornece um resumo geral dos pontos fortes e dos pontos fracos ao fazer uma análise interna, mas também propicia dados que dizem respeito às oportunidades e às ameaças, que resultam de uma análise externa ao ambiente envolvente (Witcher, 2020).

O termo SWOT é um acrónimo que vem do inglês *Strengths*, *Weaknesses*, *Opportunities* e *Threats*, que em português se traduz por FOFA - Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças.

Whittington, et al. (2020) referem que é benéfico a utilização de uma matriz SWOT no processo de discussão e definição estratégica, de forma a facilitar a construção e organização da informação. Esta ferramenta de gestão permite identificar diferentes combinações entre os fatores internos e externos, ou seja, permite relacionar as forças e fraquezas com as oportunidades e ameaças.

Apesar da análise SWOT gerar informação vital para a organização Witcher (2020) alerta para o fato deste tipo de análise para ter valor efetivo dever ser realizada por um grupo alargado de pessoas das áreas mais determinantes na área a que se refere, preferencialmente no mínimo de 8, por forma a obter uma visão global e real dos fatores críticos, o que nem sempre é possível.

Existe evidência científica acerca desta temática em que vários autores nos últimos anos têm feito estudos.

Rego & Coelho (2016) afirmam que os cuidados de enfermagem de qualidade podem implicar mudança dos métodos de trabalho tradicionais, pois o método de enfermeira de referência é congruente com a delegação da gestão de cuidados e, simultaneamente, facilitador do desenvolvimento profissional dos enfermeiros. As mesmas autoras apontam para a importância do enfermeiro especialista como promotor deste método de trabalho por possuir competências diferenciadas ao nível da conceção e gestão de cuidados, bem como de supervisão dos mesmos. Por outro lado, favorece a coordenação e avaliação dos cuidados, e estimula a utilização do processo de enfermagem na sua real dimensão.

Segundo as mesmas autoras, o método de enfermeiro de referência favorece a interação entre o enfermeiro/equipa/doente/família uma vez que permite uma maior articulação e confiança entre todos os intervenientes. Por outro lado, possibilita a tomada de decisões em conjunto através de uma comunicação verdadeira, ajustada, realista e objetiva, assim como facilita o esclarecimento de dúvidas, receios e medos diminuindo a ansiedade e angústia.

Santos et al. (2019) defendem que o modelo de Referência de Enfermagem, originalmente chamado de *Primary Nursing* (PN), é focado na relação enfermeira-paciente e tem como pedra basilar a continuidade dos cuidados. Estes autores relembram que este modelo teve a sua origem nos Estados Unidos em 1968, e foi descrito pela primeira vez por Manthey, Ciske, Robertson e Harris em 1970. Consiste num modelo assistencial que enfatiza a prestação de cuidados de Enfermagem completos, individualizados e contínuos por meio de uma enfermeira de referência que assume a responsabilidade de gerir todos os aspetos assistenciais

do doente durante todo o período de internamento. Os mesmos autores argumentam que de acordo com o seu estudo é um modelo personalizado que envolve conhecimento científico e que proporcione autonomia ao enfermeiro, podendo ser uma contribuição para a Enfermagem conquistar seu espaço e o caminho para intervir no processo saúde-doença e ser impactante na qualidade e segurança dos cuidados. Os mesmos autores referem que este modelo de trabalho já é amplamente utilizado em diversos países, como Canadá, China, Reino Unido, Finlândia, Estados Unidos e Brasil, apresentando-se particularmente preferido nas instituições hospitalares.

Ventura-Silva et al. (2021) enfatizam igualmente que este método de trabalho leva a uma mudança de paradigma, de uma assistência fragmentada, para uma assistência centrada no doente. Reforçando que cada enfermeiro de referência trabalha em parceria com outros enfermeiros, recorrendo à delegação de intervenções, na ausência do primeiro, garantindo desta forma a continuidade dos cuidados. Estes autores argumentam que outro aspecto que poderá refletir a adoção deste método de trabalho centra-se nos cuidados omissos, relacionados com uma assistência fragmentada ou total e, como tal, uma dificuldade/facilidade na perceção das reais necessidades do doente. Podem também refletir-se na eficiência e eficácia das organizações de saúde, nomeadamente na diminuição dos custos, tempo de internamento e taxa de reinternamento dos doentes.

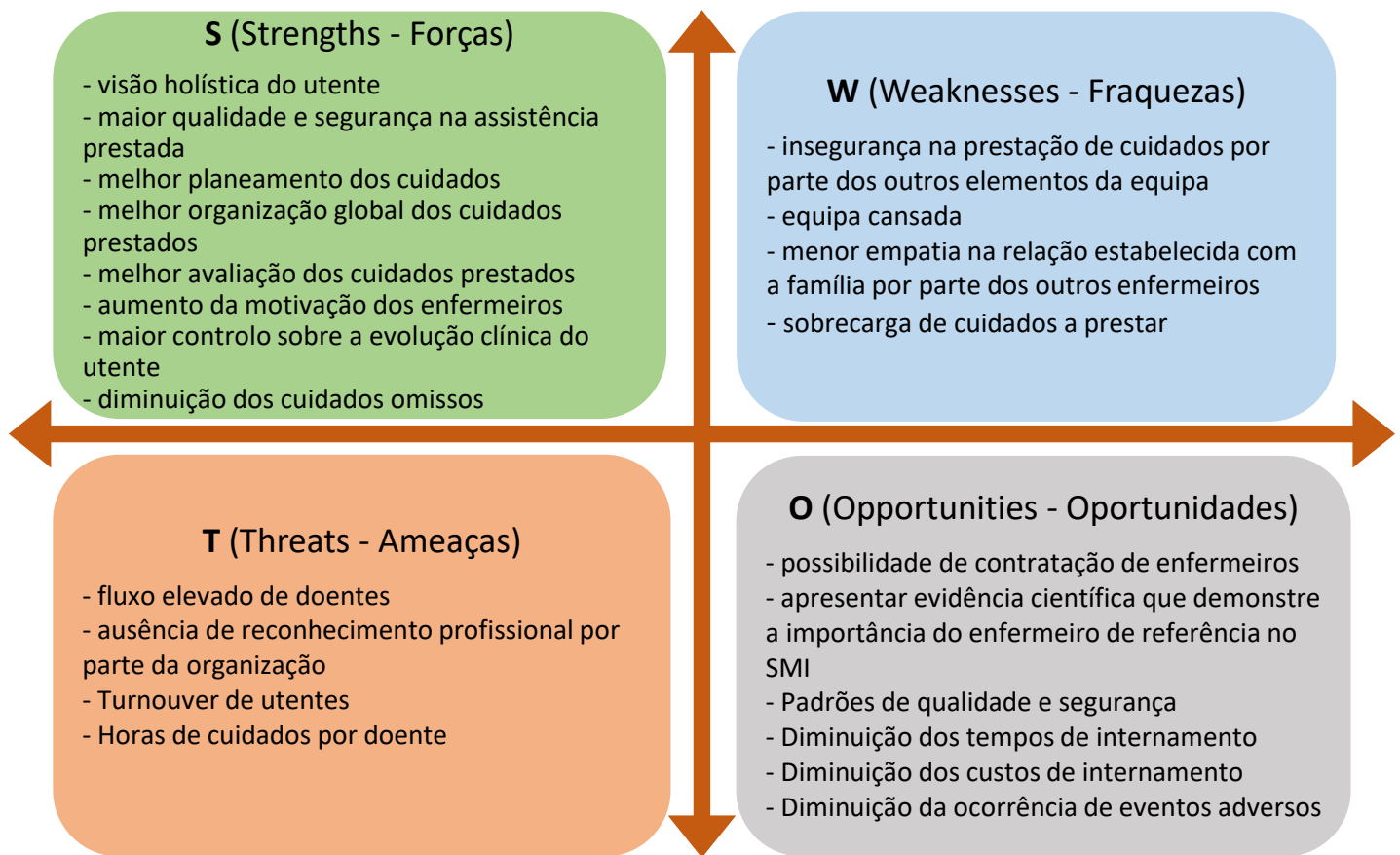



Figura 1- análise SWOT da metodologia de trabalho de enfermeiro de referência

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

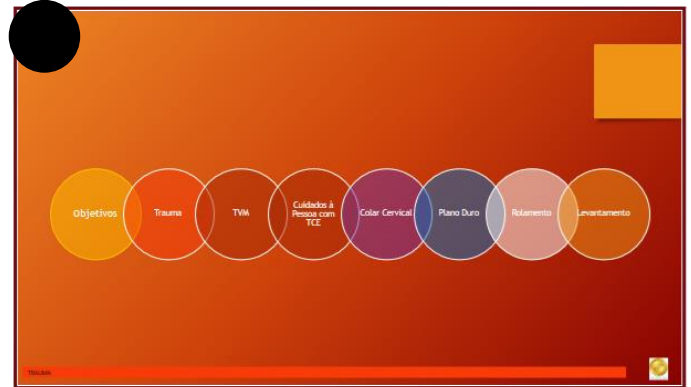
- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem -, Conselho de Enfermagem 1 (2001).
<https://www.ordemenfermeiros.pt/a-ordem/projectos-e-programas/padr%C3%B5es-de-qualidade-dos-cuidados-de-enfermagem/>
- Rego, A., & Coelho, P. (2016). Organizar a Prestação de Cuidados Por “Enfermeiro de Referência” Promove a Qualidade. *Servir*, 59(5–6), 68–75.
- Santos, K. C. B. dos, Cavalcante, T. B., Ribeiro, A. S. F., Alencar, T. R. G., Fontenele, A. M. de M., & Santos, D. M. A. dos. (2019). Implantation of the Reference Nurse Model in a University Hospital. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 13(1), 268–274. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a236542p268-274-2019>
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. da S., Trindade, L. de L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Whittington, R., Regné P., Angwin, D., Johnson, G., & Scholes, K. (2020). Exploring strategy : text and cases (12th edition). Pearson Education Limited.
- Witcher, B. J. (2020). Absolute Essentials of Strategic Management. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/978042943079>

APÊNDICE IV – FORMAÇÃO: O DOENTE COM TRAUMA NO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O Doente com trauma no SMI



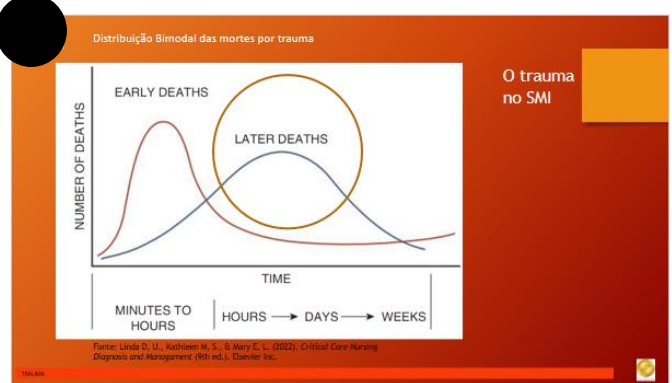
1



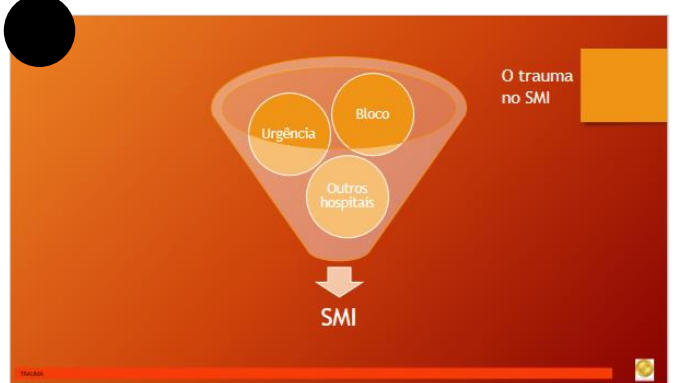
2

OBJETIVOS

- Conhecer os princípios de gestão dos cuidados à pessoa vítima de trauma
- Conhecer os equipamentos de imobilização e assegurar a correta transferência das vítimas de trauma
- Conhecer as indicações e contra-indicações dos equipamentos de imobilização



5



6

O trauma no SMI

- Garantir transições seguras de cuidados na admissão**
 - + Recorrer a linguagem estratificada (ISBAR)
 - + Garantir que se conhece o que já foi realizado anteriormente, antecedentes relevantes e qual o prognóstico ao momento
- Avaliação primária e secundária de acordo com os pressupostos do ATLS**
- Monitorização apertada**
 - + O segundo pico da distribuição bimodal ocorre, habitualmente nos SMI
 - + Estar alerta para potenciais complicações, nomeadamente, ARDS e/ou SDMO
- Focos de atenção da monitorização**
 - + Oxigenação - prevenção e tratamento da hipoxemia
 - + Vigilância de fatores de perturbação da oxigenação (anemia, pneumo ou hemotórax, etc)
 - + Vigilância do Ph, temperatura e sinais de coagulopatia (triade letal)

Fonte: Linda D. U., Kathleen M. S., & Mary E. L. (2022). *Critical Care Nursing: Diagnosis and Management* (9th ed.). Elsevier Inc.



Breves conceitos de qualidade em saúde e de qualidade em trauma


Conceito multidimensional e multicêntrico

"grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente" (Institute of Medicine, 2001)

Doing the right things right at the first time to the right people at the right time in the right place at the lowest cost (Department of Health UK, 1997)


Fazer as coisas certas, à primeira vez, à pessoa certa e no tempo certo, com eficiência e satisfação do doente e da família

"Assessing and monitoring the quality of care in trauma patients through quality indicators would allow identifying opportunities for improvement whose implementation would improve outcomes in hospital mortality, functional outcomes and quality of life of survivors".



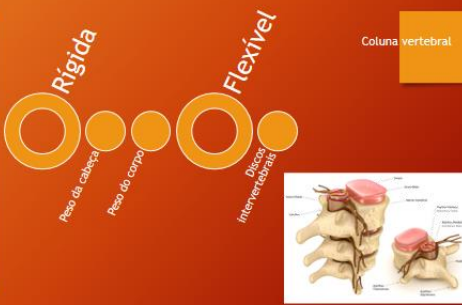
9

Breves conceitos de qualidade em saúde e de qualidade em trauma



10

Coluna vertebral



9

Traumatismo Vertebral-Medular (TVM)

Qualquer erro na abordagem inicial vai refletir-se na qualidade de vida futura da vítima de trauma.

- O TVM ocorre quando forças energéticas externas atingem o corpo, de forma direta ou indireta, podendo causar alterações estruturais ou fisiológicas dos elementos componentes da coluna vertebral e/ ou medula espinhal.
- Lesão da coluna vertebral, com ou sem déficits neurológicos, deve ser sempre considerada em pacientes com lesões múltiplas.
- Cerca de 5% dos doentes com TCE apresenta lesão da coluna vertebral. (ACS, 2021)

10


Traumatismo Vertebral-Medular (TVM)

- A coluna cervical é a mais vulnerável à lesão: vértebras mais móveis e mais pequenas, estruturas de sustentação menos resistentes.
- Risco de lesão da espinal medula e raízes nervosas, capazes de provocar incapacidade
- Só a prevenção pode reduzir as lesões da espinal medula
- A excessiva manipulação do doente e imobilização inadequada pode agravar as lesões neurológicas e piorar o prognóstico dos doentes



13

Traumatismo Vertebral-Medular (TVM)



14

Recomendações de cuidados à Pessoa com TCE num hospital sem recursos neurocirúrgicos

Cuidados à Pessoa com TCE

World Journal of Emergency Surgery

RESEARCH

Early management of isolated severe traumatic brain injury patients in a hospital without neurosurgical capabilities: a consensus and clinical recommendations of the World Society of Emergency Surgery (WSES)

Edoardo Piretti¹, Fausto Cabeni¹, Fikri Abu-Zidan¹, Luca Anseloni¹, Rocco A. Amonda¹, Mahesh Bala¹, Zoran J. Balogh¹, Alessandro Bertuccio¹, Wael L. Bhatti¹, Pierre Bouzat¹, Andras Ruki¹, Davide Cesari¹, Randall M. Chesnut^{1,11}, Giuseppe Cioffi^{1,11}, Federico Coccolini¹, Raul Coimbra¹, Carlo Congia¹, Enrico Fanaro¹, Deepak Gupta¹, Jennifer M. Gurney^{1,12}, Gregory W. J. Haerly^{1,13}, Ramund Heibohk¹, Peter J. Hutchinson¹, Conrado Iaccarino¹, Angelos Kolia^{1,14}, Ronald W. Mason¹, Matthew J. Martin¹

13

Recomendações de cuidados à Pessoa com TCE num hospital sem recursos neurocirúrgicos

Cuidados à Pessoa com TCE



14

Recomendações de cuidados à Pessoa com TCE num hospital sem recursos neurocirúrgicos

Cuidados à Pessoa com TCE

Das 28 declarações propostas e discutidas, 22 foram consensuais para recomendação forte, 3 para recomendação fraca e em 3 casos não houve consenso, e portanto, não foi emitida nenhuma recomendação.

17

Recomendações de cuidados à Pessoa com TCE num hospital sem recursos neurocirúrgicos

Cuidados à Pessoa com TCE

Recomendação 1
Todos os doentes com potencial de recuperação, com necessidade de neurocirurgia e/ou monitorização da pressão intracraniana, devem ser rapidamente transferidos após estabilização hemodinâmica e respiratória (% de concordância: 97,6, recomendação forte).

Recomendação 2
Disponibilidade de um serviço de telemedicina para transferência rápida de imagens digitais (% de concordância: 92,7, recomendação forte).

Recomendação 3
Antes e durante a transferência comunicação contínua e clara, confirmação de disponibilidade de vaga, deterioração clínica significativa durante a transferência, etc. (% de concordância: 92,7, recomendação forte).

18

Recomendações de cuidados à Pessoa com TCE num hospital sem recursos neurocirúrgicos

Cuidados à Pessoa com TCE

Recomendação 4
Sedação, intubação e ventilação mecânica para a transferência de todos os doentes com TCE grave (% de concordância: 95, recomendação forte).

Recomendação 5
Doentes com sinais/risco elevado de herniação cerebral e necessidade de neurocirurgia, sejam transportados diretamente para o BO (% de concordância: 85,1, recomendação forte).

Recomendação 6
Manter a pressão arterial sistólica (PAS) > 110 mmHg ou pressão arterial média (PAM) > 80 mmHg (% de concordância: 90, recomendação forte).

Recomendações de cuidados à Pessoa com TCE num hospital sem recursos neurocirúrgicos

Cuidados à Pessoa com TCE

Recomendação 7
Realização de avaliações neurológicas seriadas(GCS + exame da pupila) no hospital de origem e durante a transferência, para detetar deterioração neurológica em doentes sem sinais de hipertensão intracraniana (% de concordância: 95, recomendação forte).

Recomendação 8
Manter a cabeceira da cama elevada em 30°-45° para facilitar a drenagem venosa cerebral no hospital de origem e durante a transferência(% de concordância: 92,7, recomendação forte).

Recomendação 9
Cabeça mantida na linha média, evitando a compressão das veias do pescoço no hospital de origem e durante a transferência (% de concordância: 97,7, recomendação forte).

Recomendações de cuidados à Pessoa com TCE num hospital sem recursos neurocirúrgicos

Cuidados à Pessoa com TCE

Recomendação 10
Evitar temperatura corporal central > 37,5 °C e manter a normotermia (% de concordância: 95, recomendação forte).

Recomendação 11
Manter SpO₂ > 94% (% de concordância: 87,8, recomendação forte).

Recomendação 12
Manutenção da PaCO₂ entre 35-38 mmHg (% de concordância: 90, recomendação forte).

Recomendação 13
Manutenção de um nível sérico de sódio (Na) de 140-145 mEq/L (% de concordância: 90, recomendação forte).

21

Recomendações de cuidados à Pessoa com TCE num hospital sem recursos neurocirúrgicos

Cuidados à Pessoa com TCE

Recomendação 14
Hiperventilação de curto prazo como manobra terapêutica que deve ser utilizada apenas em doentes com sinais de herniação cerebral a aguardar neurocirurgia emergente (% de concordância: 90, recomendação forte).

22

Colar Cervical

É um equipamento destinado à imobilização da região cervical mantendo a cabeça em posição anatómica e neutra



Colar Cervical

Objetivos:

Imobilização da coluna cervical de uma vítima de trauma, mantendo o alinhamento da cabeça, evitando o agravamento de eventuais lesões.



Colar Cervical

Indicações

Quando o mecanismo de lesão sugere traumatismo da coluna cervical

Contra- Indicações

Trauma penetrante com eventual objeto empalado e/ou hematoma expansivo, no pescoço ou zonas adjacentes.



25

Colar Cervical

Princípios na sua colocação

2 elementos

- Manter o alinhamento da cabeça da vítima.
- Antes da colocação/substituição do colar deve ser avaliada a região cervical e pesquisados sinais de dismorfia ou hipersensibilidade.
- Deve optar-se preferencialmente pela utilização de colares de duas peças e de quatro apoios (tipo Necloc).
- O colar cervical não deve ser retirado até exclusão de lesão cervical.



26

Colar Cervical

Trauma

- Concebido em polietileno de baixa densidade.
- Colar cervical de duas peças, rígido.
- É fácil e rápido de aplicar. Permite uma alinhamento preciso.
- Impede movimento de flexão e extensão.



Ortopédicos (não são indicados em trauma)

- Termoplástico de baixa densidade
- Regulável em altura com extremidades almofadas e forradas
- Permite posição correta e ergonómica - alivia a dor
- Indicado para restringir movimentos de cabeça e pescoço - Flexão e extensão



29

Colar Cervical

Técnica

1. O 1º elemento estabiliza manualmente a cabeça da vítima
2. O 2º elemento procede à escolha do tamanho do colar:
 - Colocar a mão em posição transversal entre o ângulo da mandíbula e a base do pescoço, avaliando o número de dedos que separa essa distância.
 - No colar essa distância corresponde entre o topo da fita de velcro e a margem que pousa no ombro.



30

Colar Cervical

Técnica

3. O 2º elemento começa por colocar a região anterior e fixar a fita (sem pressão).
4. De seguida, coloca a metade posterior do colar, deslizando-a suavemente sob o pescoço.
5. Coloca os polegares na abertura traqueal da metade anterior do colar e com o 2º e 3º dedos de cada mão pinça as fitas de velcro de cada lado da metade posterior, tracionando para cima e prendendo-as na metade anterior.



Colar Cervical

Nota importante:

A fixação da cabeça só é completa com a associação do colar cervical semi-rígido, os imobilizadores laterais e as fitas de fixação da cabeça.



(Demonstração) - Vídeo

<https://youtu.be/-pcwi1sla1g>

Colar Cervical


Higienização

- Enviar para a central de esterilização completo
- Descontaminação em temperaturas elevadas

Colar Cervical

Entubação orotraqueal em vítima com colar cervical

- A técnica de emergência de EOT em pessoas com lesão cervical presumida ou conhecida deve ser rápida
- A coluna cervical deve manter-se imobilizada
- A estabilização manual da região cervical poderá facilitar a abertura da boca e visualização das vias aéreas.



Colar Cervical

Entubação orotraqueal em vítima com colar cervical

- O procedimento realiza-se em dois tempos:
 - O médico (colocado à cabeceira) imobiliza a cabeça enquanto o enfermeiro (colocado ao lado do doente) solta a metade anterior do colar cervical.



33

Colar Cervical

Entubação orotraqueal em vítima com colar cervical

- O procedimento realiza-se em dois tempos:
 - O enfermeiro coloca uma mão na região occipital, colocando a outra mão no bordo do maxilar inferior, passando este a imobilizar a cabeça, libertando o médico para a EOT



34

Plano duro

- O plano duro proporciona um sistema de **recuperação, transporte e imobilização** da vítima com suspeita de lesões vertebrais.
- Permite o levantamento da vítima na vertical, durante extração ou transporte em condições difíceis.




35

Plano duro

Objetivos:

- Manter e estabilidade da coluna vertebral numa vítima com suspeita de trauma vertebro-medular.



36

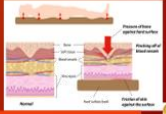
Plano duro

Indicações

- Na suspeita de lesão vertebro-medular e quando é necessário proceder à imobilização de uma vítima instável.

Contra-Indicações

- Deve ser utilizada apenas num tempo indispensável pois o uso prolongado pode provocar úlceras de pressão, dor.



37

Plano duro

Características


Polietileno de alta densidade.	Rigidez	Leveza	Resistente a deformações e corrosão.
Flutuante	Impermeável.	100% radio-translúcido	Fácil limpar.

38

Plano duro

(Demonstração) - vídeo

<https://youtu.be/jteq-qLErmQ>



39

Plano duro

Limpeza

- Limpar com água quente e detergente
- Secar
- Desinfetar com álcool a 70°

Na presença de sangue:

- Aplicar toalhetes de papel embebidos numa solução de *presept* a 1% (7 pastilhas em 1litro de água) sobre o sangue
- Deixar atuar durante 2 minutos
- Limpar com água quente e detergente neutro
- Desinfetar com álcool a 70°

40

Plano duro - Estabilizadores laterais

- Constituído por **dois monoblocos**, em material plástico macio, tendo uma **base com cintos integrados** adaptáveis ao plano duro.
- Apresentam **orifícios** para permitir a **inspeção do pavilhão auricular** e maior conforto.
- Impermeável e facilmente lavável.
- Foi concebido de forma a assegurar a **imobilização ótima da cabeça** de doentes com suspeita de lesão cervical.



41

Plano duro - Estabilizadores laterais

Limpeza

- Lavar com água quente e detergente neutro;
- Secar
- Se presença de sangue nos velcros aplicar água oxigenada e esfregar com uma escova
- Desinfetar com álcool a 70°.

42

Plano duro

Técnica

Confirmar se o plano duro tem a base do imobilizador de cabeça;

1. O 1º elemento mantém o alinhamento e imobilização da coluna cervical;
2. Confirmar/ colocar o colar cervical;

43

Plano duro

Técnica

Colocar os imobilizadores de cabeça:

- O 2º elemento substitui o 1º no alinhamento da coluna cervical (colocar mão em chave polegar indicador sob o maxilar inferior, exercendo pressão no sentido do plano e para cima);
- O 1º elemento aplica os estabilizadores laterais lateralmente ajustadas ao crânio;
- O 1º elemento procede à colocação das cintas de fixação: 1º a cinta frontal e depois a cinta do mento.

44

Cintas de imobilização

- Sistema prático e robusto para imobilização das vítimas, sendo obrigatório no transporte das mesmas.
- Constituído por fitas de polipropileno.
- Adaptável a todos os planos duros e todos os doentes, com um sistema de retenção de segurança com 10 pontos de fixação em sistema de 5 cintos. Este sistema é composto por passadeiras e velcro para fixação e ajuste correto.
- Fácil de guardar e limpar.



45

Princípios da Imobilização da vítima de trauma

- Evitar o movimento do tronco nos dispositivos de imobilização
- Manter a cabeça numa posição neutra e alinhada
- Assegurar a estabilização manual e alinhamento da coluna cervical, até à substituição mecânica (estabilizadores laterais)
- Imobilizar eficazmente a cabeça, para que não se mova em qualquer direção
- Proporcionar, se necessário, o preenchimento do espaço sobre a cabeça



46

Princípios da Imobilização da vítima de trauma

- Assegurar que nada inibe ou dificulta a abertura da boca
- Assegurar que a imobilização torácica não inibe a expansão torácica ou provoca compromisso ventilatório
- Imobilizar os membros inferiores, para que não se movam quando a vítima é lateralizada
- Assegurar que a imobilização não compromete a circulação distal em qualquer membro
- Verificar a função neurológica das extremidades.



47

Cintas de imobilização

Limpeza

- Lavar com água quente e detergente neutro;
- Deixar secar;
- Se presença de sangue nos velcros aplicar água oxigenada e esfregar com uma escova.



48

Rolamento

Objetivos:

- Mobilizar uma vítima para um plano duro, mantendo a estabilização e alinhamento da coluna vertebral;
- Rodar uma vítima com suspeita de TVM para examinar a face posterior do tronco:

49


Rolamento

Indicações:

- Mobilizar uma vítima para dispositivo de imobilização ou transporte;
- Lateralizar uma vítima com suspeita de TVM para pesquisa da região posterior do corpo.

Contra-Indicações:

- Vítimas em decúbito dorsal com suspeita de trauma da bacia
- Trauma bilateral dos membros
- Objectos empalados
- Eviscerações



50

Rolamento

Técnica:

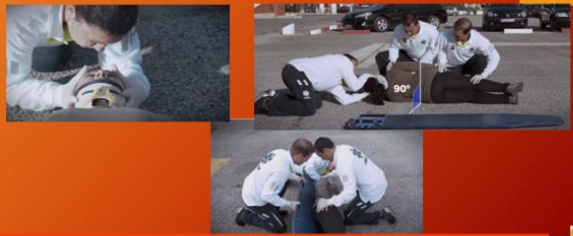
1. O 1º elemento coloca-se à cabeça e mantém o alinhamento e estabilização da cabeça
2. O 2º elemento coloca-se ao nível do tórax e o 3º elemento ao nível dos joelhos
3. A vítima é agarrada pelos ombros e cintura pélvica em simultânea de modo a manter as extremidades alinhadas em posição neutra e é rodada em direção ao 2º e 3º elemento;
4. O 4º elemento procede a inspeção do dorso e se necessário coloca o plano duro do hospital;
5. Reposicionar a vítima no plano duro agarrando nos ombros e cintura pélvica e deslocando na diagonal.

51

Rolamento


(Demonstração) - (vídeo)

https://youtu.be/iFtwRWe_7Jk



52

Levantamento



53

Levantamento

Objetivos:

- Levantamento da vítima mantendo o alinhamento da coluna vertebral em posição neutra (eixo nariz - umbigo - pés)

54

Levantamento

Indicações:

- Quando há suspeita de lesão da coluna cervical.

Contra-indicações:

- Técnica pouco consensual em virtude das diversas limitações (nº de elementos, treino) e relação custo- benefício para dos doentes vítimas de trauma;
- A técnica só deve ser utilizada se existirem 6 elementos para a sua execução;
- Nas situações de fratura da bacia a técnica recomendada é a utilização da maca pluma

Levantamento

Técnica

1. Antes do levantamento deve confirmar-se se a vítima apresenta colar cervical
2. O 1º elemento mantém o alinhamento e imobilização da cabeça e procede aos comandos
3. O 2º e 3º elemento colocam-se de um dos lados do doente e o 3º e 4º elemento no outro lado
4. O 1º elemento dá a ordem: "Apresentar mãos". Os elementos posicionados lateralmente à vítima colocam as mãos sobre esta, para percecionarem a correta localização durante o levantamento, de forma a distribuir o peso da cintura escapular, tronco, abdómen e cintura pélvica e membros inferiores

Levantamento

Técnica


- O 1º elemento dá a ordem: "Colocar mãos". Os restantes elementos introduzem as mãos debaixo da vítima na localização definida, com movimentos de deslizamento
- O 1º elemento dá a ordem: "Á minha voz três, levantar! - Um, dois, três!" e é realizado um levantamento em bloco.
- O 6º elemento remove o plano duro/ maca coquille pelos pés da vítima e coloca o plano duro da hospitalar
- Sob indicação do 1º elemento: "Baixar!", deve baixar-se a vítima em bloco ficando posicionada com a cabeça colocada no topo do plano e o corpo centrado
- Retira-se as mãos e procede-se de seguida à imobilização em plano duro.

57

(Demonstração) - Vídeo

<https://youtu.be/OBrDQ6IROB8>

Levantamento



58

MUITO OBRIGADO

Liliana Marques, Pedro Rodrigues, Sílvia Domingues

Bibliografia

Linda D, U., Kathleen M, S., & Mary E, L. (2022). *Critical Care Nursing Diagnosis and Management* (9th ed.). Elsevier Inc.

Picotti, E., Catena, F., Abu-Zidan, F. et al. Manejo precoce de pacientes isolados com traumatismo craneoencefálico grave em um hospital sem recursos neurocirúrgicos: um consenso e recomendações clínicas da Sociedade Mundial de Emergência (WSES). *World J Emerg Surg* 18 , 9 (2023). <https://doi.org/10.1186/s13017-023-00468-2>

American College of Surgeons (2021). *ATLS® Advanced Trauma Life Support - Student Course Manual*. <https://www.emergencymedicalelibrary.org/wp-content/uploads/2021/09/ATLS-10th-Edition.pdf>

Pino Sánchez, F. I., Ballesteros Sanz, M. A., Cordero Lorenzana, L., & Guerrero López, F. (2015). Calidad y registros en trauma. *Medicina Intensiva*, 39(2), 114-123. <https://doi.org/10.1016/j.medint.2014.06.008>

INEMA - Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Emergência Trauma Versão 1.0.* (2ª Edição).

APÊNDICE V – INDICADORES DE OBSERVAÇÃO PESSOAIS

INDICADORES DE OBSERVAÇÃO PESSOAIS

A Unidade curricular “Ensino Clínico I - Urgência” é uma unidade integrada no 2º semestre do 1º ano de curso e pretende o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na prática clínica, com uma visão centrada nos problemas, desenvolvimento de uma atitude científica e pensamento crítico e reflexivo sobre os cuidados à pessoa e à família como atuação do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na pessoa em situação crítica (PSC), no âmbito de urgência e emergência (ESSLei, 2022).

Neste contexto, o planeamento tem um lugar de destaque na gestão do ensino clínico, de uma forma ascendente, articulada e contínua, entre todos os domínios de competências do enfermeiro especialista.

Existem indicadores que são medidas estabelecidas para determinar o quanto uma organização está a ir ao encontro das necessidades dos seus doentes e outras expectativas de desempenho operacional e financeiro (AQS).

Os indicadores de saúde quando elaborados de forma regular e num sistema dinâmico, podem ser instrumentos valiosos para a gestão e avaliação das ações em todos os níveis.

A Organização Mundial da Saúde, 2015, refere que os indicadores são um meio e não um fim e “muitos indicadores e definições de indicadores foram desenvolvidos por organizações internacionais, grupos de referência... e outros. Costumam ser utilizados para diferentes fins, incluindo a gestão de programas, a alocação de recursos, o monitoramento do progresso pelos países” (p. 10).

Seguir as recomendações da metodologia SMART é um ótimo caminho para retirar as dúvidas sobre como fazer indicadores que sejam realmente efetivos. Isto porque esta metodologia indica uma esquematização simples e eficiente para poder estabelecer as metas exequíveis, evitando falhas nos detalhes que dificulte ou inviabilize que os objetivos sejam alcançados (FIA, 2020).

O acrónimo SMART foi difundido inicialmente por Doran (1981) e representa a união entre vários critérios e que se baseia em 5 fatores: específicas, mensuráveis, atingíveis, relevantes e temporais.

Assim, mediante uma pesquisa e reflexão, foi construído o quadro 1 que se segue, para avaliação de alguns indicadores distribuídos pelos 4 domínios das competências comuns do enfermeiro especialista e pelos 3 domínios das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica, de forma a poder cumprir com os meus objetivos neste ensino clínico, de realizar ações mais efetivas e ajudar na tomada de decisão.

Quadro 1 - indicadores de observação pessoais

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA		
DOMÍNIOS	INDICADORES	AVALIAÇÃO
Responsabilidade profissional, ética e legal	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar os vários <i>stakeholders</i> -Promover pelo menos 5 situações de privacidade ao doente, sobretudo em alturas de sobrelotação das áreas de prestação de cuidados -Promover pelo menos 4 oportunidades de informação e esclarecimento de dúvidas por parte da família de doentes -Aplicar pelo menos 10x a mnemónica ISBAR na transmissão de informação para a promoção da continuidade de cuidados 	
Melhoria contínua da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar pelo menos 3 indicadores de qualidade do serviço -Elaborar uma análise SWOT acerca de uma dinâmica do serviço -Participar em pelo menos 1 instrução de trabalho 	
Gestão de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> -Conhecer as funções do enfermeiro coordenador do turno -Estar distribuída pelo menos 4x com o coordenador de turno -Supervisionar pelo menos 5 tarefas delegadas a outros elementos da equipa do SUMC, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados 	
Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	<ul style="list-style-type: none"> -Priorizar pelo menos 4 situações que impliquem ações de tomada de decisão rápida e eficientes na sala de emergência 	

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PSC		
<i>DOMÍNIOS</i>	<i>INDICADORES</i>	<i>AVALIAÇÃO</i>
Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica	-Observar pelo menos 6 doentes na sala de emergência -Identificar pelo menos 3 focos de instabilidade nos doentes observados na sala de emergência -Participar em pelo menos 1 situação de SAV -Ter responsabilidade na gestão de pelo menos 2 protocolos terapêuticos que visam o controlo de sintomas inerentes à situação crítica -Colaborar no transporte intra-hospitalar do doente crítico em pelo menos 5 vezes -Avaliar e mensurar corretamente a dor em pelo menos 10 doentes -Gerir eficazmente a dor em pelo menos 10 doentes -Estabelecer uma comunicação de suporte na relação com o doente em pelo menos 15 vezes -Ter uma atitude de escuta ativa em pelo menos 10 vezes	
Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação	-Conhecer o plano de catástrofe existente no serviço -Saber identificar o local de armazenamento dos kits utilizados em situações de catástrofe	
Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face a	-Conhecer os protocolos elaborados pela PPCIRA da instituição -Cumprir pelo menos 10 vezes os 5 passos da higienização das mãos -Identificar pelo menos 2 necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção	

complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas		
--	--	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Society for Quality, Fishbone diagram

<http://www.asq.org/learn-about-quality/cause-analysis-tools/overview/fishbone.html>

Doran, G. T. (1981). *There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives*. AMA FORUM.
[https://www.scirp.org/\(S\(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1459599](https://www.scirp.org/(S(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1459599)

FIA. (2020, October). *Metas SMART: como usar para alcançar seus objetivos*.
<https://fia.com.br/blog/metas-smart/>

Organização Mundial da Saúde. (2015). *Lista de referência global de 100 indicadores de saúde fundamentais, 2015*. <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/>

APÊNDICE VI – DIAGRAMA DE ISHIKAWA

DIAGRAMA DE ISHIKAWA

Para definir a questão de investigação decidiu-se fazer preliminarmente algumas sessões de *brainstorming* com a equipa de enfermagem onde decorreu o estudo, a saber: um SUMC de um hospital público na zona centro do país, de modo a identificar o objeto de estudo. O *brainstorming* trata-se de uma ferramenta de gestão da qualidade que incentiva a se proceder a uma análise estruturada e bem pensada de um problema, identificando as suas causas (Saeger & Feys, 2015). Neste âmbito foi possível identificar a problemática a ser estudada: a ausência de um protocolo de intervenção nos cuidados de enfermagem à Pessoa Adulta em Situação Crítica Queimada na SE. Assim, numa tentativa de organizar as possíveis causas para esta problemática foi elaborado o Diagrama de *Ishikawa*, que consta na figura 1.

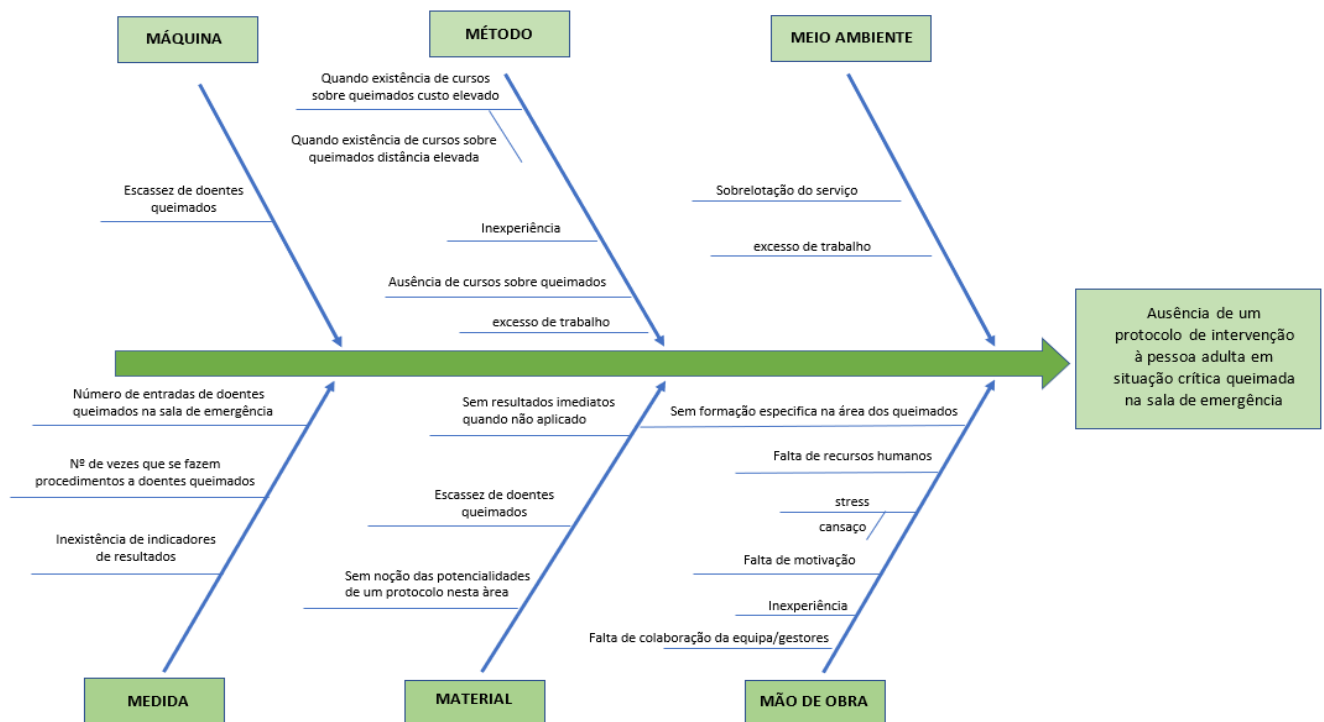


Figura 2 - Diagrama adaptado de Ishikawa

APÊNDICE VII – FORMAÇÃO – O DOENTE QUEIMADO NA SALA DE EMERGÊNCIA



1



2

QUEIMADURA

A queimadura é um trauma complexo que necessita de terapia multidisciplinar e contínua. As queimaduras ocorrem pelo contato intenso do calor com o corpo, que destrói e/ou danifica a pele humana (queimaduras térmicas). Além das queimaduras térmicas, existem as queimaduras elétricas, químicas, por radiação e por inalação.

3

Vigilância Primária

Via Aérea

- Avaliar a permeabilidade da via aérea
- Avaliar a presença de corpos estranhos
- Aspirar vias aéreas superiores se necessário
- Avaliar a necessidade de intubação endotraqueal
- Avaliar se suspeita de lesão traqueal
- Se suspeita de lesão cervical ou de coluna vertebral imobilizar

Critério	Pontuação
Espeque inchado	2
Dispneia	2
Alteração de consciência	1
Assimétrico	1
Opacidade focal	1
Expiração acústica	1
Pericardio/ribo auscultado	1

Índice de Clark

Índice de Clark > 2 corresponde a uma intubação para lesão traqueal

Situações a serem consideradas para intubação endotraqueal

- Ingestão com S&O>30%
- Alteração estado consciência
- Índice de Clark > 2
- Instabilidade hemodinâmica por CO
- Queimaduras circunferenciais do pescoço/ tórax
- Queimadura na face inferior
- Insuficiência respiratória

4

Oxigenação e Ventilação

Sinais de dificuldade respiratória

- adeno nasal
- polipnéia
- tiragem
- cianose
- uso de musculatura acessória

Se suspeita de intoxicação por Monóxido Carbono (CO)

- Administrar O₂ com FIO₂ a 100%

TER ATENÇÃO
 Se uso de Máscara Alta Concentração, esta tem de ser não reventar

5

Circulação

Avaliar a Perfução Venoclavicular

- Tempo de Perfução Capilar (TPC) - abastecer em 10"
- Colocação da pele (sem áreas de queimadas)

Se instabilidade hemodinâmica considerável

- Check hipotensão
- Sinais de permeabilidade
- Sinais de instabilidade
- Instalar vasopressor
- Reavaliado vítima

TER ATENÇÃO
 Se a condição hemodinâmica do doente permitir e a lesão permitir (ver sido excluído, eleva o cabeça e o tórax em 30°)

6

Verificação do Estado de Consciência

- Avaliar a Escala de Coma de Glasgow (ECG)
- Avaliar glicémia capilar
- Avaliar a dor
- Avaliar a necessidade de iniciar ventilação

Var. Item	Descrição	pontuação
Oleores	Supinidade	4
	Lateral	3
	Flexão	2
Resposta Verbal	Orientado	5
	Confusa	4
	Palavras incoerentes	3
Resposta Motora	Obediente comandos	6
	Localiza dor	5
	Flexão anormal	4
Resposta Motora	Extensão anormal	3
	Flexão normal	4
	Extensão normal	3

✓ A alteração do estado de consciência pode indicar:

- Intoxicação por CO
- choque hipovolémico
- hipoxia
- Lesão Isotórmica
- Síndrome compartimental
- Hipoglicémia

7

Verificação do Estado de Consciência

Controlo da dor / Analgesia

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

- A cobertura das queimaduras, com compressas húmidas esterilizadas é o 1º passo para diminuir a dor
- Exemplos: Paracetamol, Metamizol, Tramadol, Morfina, Fentanil
- Via de administração preferencial: **Endovenosa**

TER ATENÇÃO
Por princípio, a via IM e SC não devem ser utilizadas, porque a absorção das fármacos poderá ser aumentada imprevisível!

8

Exame da vítima com despiste de lesões associadas

- Remover roupas não aderentes
- Avaliar a presença de traumas associados
- Remover aderências
- Cobrir as queimaduras com compressas húmidas esterilizadas
- Cobrir a vítima com lençol esterilizado

SCQ - Superfície Corporal Queimada

Regra dos 9

Datar Hipotermia

9

Fluidoterapia Quantificada

Considerar:

- Queimaduras de espessura completa (qualquer % SCQ)
- Queimaduras de espessura parcial profunda > 25% SCQ
- Queimaduras de espessura parcial superficial > 20% SCQ
- Queimaduras face, genélio, tórax, genélio, mãos, pés
- Queimaduras químicas
- Queimaduras elétricas

Fórmula de Parkland
2-4 ml x Peso kg x % SCQ

- 50% nas 12h 1ª hora
- 50% nas 16 horas seguintes

Fluidoterapia Quantificada

- Administração preferencial de cristalóides (Lactato de Ringer ou Soro Fisiológico)
- Ajustar a fluidoterapia ao agente etiológico
- Ajustar ao débito urinário: 0,5 ml/ Kg/ h

A queimadura superficial não deve ser considerada no cálculo da SCQ para efeitos de reposição hídrica

10

Cuidados com Queimaduras especiais

Queimadura Química

- Os danos são semelhantes a uma queimadura causada pelo calor.
- Tatamento:
 - Remover as roupas contaminadas com cuidado
 - Enxaguar a zona com água pelo menos cerca de 20 minutos

Exceção: Na queimadura química por calor vivo, a primeira atitude deverá ser a de remover, sem água, o produto químico

Queimadura elétrica

- Frequentemente são mais graves do que parece à inspeção externa
- Deve-se caracterizar se a queimadura ocorreu com alta voltagem (>1000V) ou baixa
- Monitorização ECG;
- Urina vermelho-escura (presença de mioglobina) → aumentar infusão de líquidos e/ou iniciar diálise.
- Deve considerar-se alcalinizar a urina, administrando bicarbonato de sódio

Alerta: Pode haver lesão do miocárdio com presença de arritmias

11

Vigilância Secundária

SAMPLE

- S** - Sinais e sintomas característicos
- A** - Anamnése
- M** - Medicção habitual
- P** - Antecedentes pessoais
- L** - Última refeição
- E** - Agente etiológico

- Realização de ANCDT's
- Realização de episódios
- Transmissão informações à família/pessoa referência

12



13

Protocolo na sala de emergência

The form is divided into several sections with tables and checkboxes. It includes fields for patient identification, vital signs, and specific treatment protocols for burn patients in an emergency room.

14

CENTROS NACIONAIS DE REFERENCIAÇÃO DE DOENTES QUEIMADOS

Critérios para referenciação em Centro de Queimados

- Queimadura em mais de 10% SCQ
- Queimadura de espessura parcial profunda em mais de 2% da SCQ
- Queimadura de espessura completa
- Queimaduras da face, pescoço, tórax, perineo, mãos e pés
- Queimaduras circulares do tórax e/ou membros e/ou dedo
- Queimaduras elétricas
- Queimaduras químicas
- Lesão inalatória e/ou intoxicação por CO
- Queimaduras com lesões associadas
- Queimaduras com doenças associadas (p.02, 2017)

15

OBRIGADA

Enfermeira Liliana Marques

The graphic features a stylized illustration of a person's hands using a laptop, surrounded by colorful geometric shapes and icons representing digital technology and healthcare.

16

APÊNDICE VIII – QUESTIONÁRIO 1 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM, NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À VÍTIMA QUEIMADA NA SALA DE EMERGÊNCIA, ANTES DA FORMAÇÃO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO

Questionário de Validação das Intervenções de Enfermagem, na Prestação de Cuidados à Vítima Queimada na Sala de Emergência

Estimado/a enfermeiro/a,

O tratamento das queimaduras perdura entre as intervenções mais complexas no tempo da medicina moderna (Kearns et al., 2020).

No sentido de aferir qual o conhecimento dos enfermeiros acerca das intervenções mais adequadas e relevantes a adotar na sala de emergência perante um doente queimado que permitirão obter ganhos em saúde e uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população queimada, solicito que preencha este questionário, que faz parte integrante do estudo de investigação/ ação, intitulado, Intervenções de Enfermagem na prestação de cuidados à vítima queimada na sala de emergência: construção e validação de um protocolo, inserido no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Especialização em Enfermagem à pessoa em Situação Crítica, sob a orientação do Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte, na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

Este trabalho tem como principais objetivos: Melhorar a assistência à pessoa adulta vítima de queimadura que acede ao serviço de urgência pela sala de emergência; sistematizar os cuidados prestados à pessoa adulta vítima de queimadura que acede ao serviço de urgência pela sala de emergência; validar com peritos um protocolo de prestação de cuidados à pessoa adulta vítima de queimadura.

Ao participar neste estudo, você concorda com os seguintes termos e condições:

Participação voluntária: A sua participação nesta pesquisa é voluntária e poderá optar por interrompê-la a qualquer momento.

Uso de dados: Os dados recolhidos serão usados apenas para fins académicos e de pesquisa, sendo realçado que as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião individual. Os resultados desta pesquisa podem ser publicados em revistas e conferências académicas, embora todos os dados sejam anónimos para proteger a confidencialidade dos participantes. O tratamento das respostas será efetuado de forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada.

Compromisso de tempo: A sua colaboração é indispensável, pelo que solicito que responda a todas as questões deste questionário que tem uma estimativa de tempo de preenchimento de 5 minutos.

forneça informações precisas.

A pessoa responsável pelo cumprimento de todas as obrigações legais decorrentes do Regulamento Geral de Proteção de Dados será a investigadora principal, Lilliana Sofia Carvalho Marques. Caso tenha alguma dúvida e necessite de esclarecimentos adicionais antes, durante ou após o preenchimento do questionário poderá fazê-lo através do contacto: 5210030@my.iplleiria.pt

* Indica uma pergunta obrigatória

PARTE I – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

1. Declaro ter lido e compreendido toda a informação previamente fornecida. *
Aceito participar neste estudo, intitulado **Intervenções de Enfermagem na prestação de cuidados à vítima queimada na sala de emergência: construção e validação de um protocolo** e, permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, e que apenas serão usados para fins científicos e publicações que delas decorram, na garantia de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Marcar apenas uma oval.

- Sim, confirmo que li e concordo com os termos e condições deste questionário
- Não, confirmo que li e não concordo com os termos e condições deste questionário

PARTE II – CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

2. Idade (anos) *

3. Género *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino

PARTE III – CARACTERIZAÇÃO ACADÉMICA E PROFISSIONAL

4. Anos de experiência profissional como enfermeiro/a (em anos completos, se inferior a 1 colocar 0) *

5. Habilitações Académicas (maior grau académico concluído até ao momento) *

Marcar apenas uma oval.

- Bacharelato
 Licenciatura
 Pós-graduação
 Pós- licenciatura de Especialização
 Mestrado
 Doutoramento

6. Categoria Profissional: *

Marcar apenas uma oval.

- Enfermeiro/a *Avançar para a pergunta 9*
 Enfermeiro/a especialista *Avançar para a pergunta 7*

Enfermeiro especialista

7. Especialidade adquirida (assinale a(s) especialidade(s) concluída (s) até ao momento)? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Especialidade de Enfermagem Comunitária
 Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica
 Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
 Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
 Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
 Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

8. Há quanto tempo tem a especialidade? (em anos completos, se inferior a 1 colocar 0) *

9. Já participou em um ou mais cursos de formação/ jornadas sobre queimados? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

10. Já prestou cuidados a vítima(s) queimada(s) na sala de emergência? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim *Avançar para a pergunta 11*
 Não *Avançar para a pergunta 12*

11. De acordo com a sua perceção, sentiu algum tipo de dificuldade? *

12. Considera que a existência de um protocolo de abordagem à vítima queimada na sala de emergência contribui para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim *Avançar para a pergunta 14*
 Não *Avançar para a pergunta 13*

13. Porque não considera que a existência de um protocolo de abordagem à vítima queimada na sala de emergência contribui para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem? *

PARTE IV – CARACTERIZAÇÃO DOS CONHECIMENTOS, NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À VÍTIMA QUEIMADA NA SALA DE EMERGÊNCIA

Cada uma das 12 questões que a seguir são apresentadas serve para avaliar o nível de conhecimento acerca das vítimas queimadas e intervenções na prestação de cuidados na sala de emergência.

Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Assinale no círculo respetivo, aquela que se aproxima mais da sua opinião/ percepção.

14. **QUESTÕES GERAIS SOBRE VÍTIMAS QUEIMADAS** *

1) Conceito: A queimadura é uma lesão provocada pela ação de energia térmica, elétrica, substâncias químicas ou radiações que resulta em níveis variados de perda tecidual. Esta lesão é determinada pela temperatura ou causticidade do agente e duração do contacto com a fonte.

Marcar apenas uma oval.

- Concordo
 Discordo
 Não sei

15. 2) Classificação: Considera-se um queimado de grande gravidade a vítima com queimaduras profundas de espessura parcial em mais de 20% da superfície corporal atingida. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo
 Discordo
 Não sei

16. 3) O doente queimado é referenciado para o Centro de Tratamento de queimados se apresentar queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, mãos e pés. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo
 Discordo
 Não sei

17. 4) Na sua percepção, um protocolo de intervenções de Enfermagem, na prestação de cuidados à vítima queimada na sala de emergência, é uma ferramenta adequada para padronizar as intervenções face às necessidades identificadas da vítima queimada. *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo
 Discordo
 Não sei

18. INTERVENÇÕES NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À VÍTIMA QUEIMADA *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
A admissão hospitalar da vítima queimada obriga a vigilância primária do ABCDEF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Numa vítima queimada é importante saber a sua altura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A vigilância primária e secundária fazem parte das intervenções de Enfermagem, durante a prestação de cuidados à vítima queimada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para fazer o cálculo da superfície corporal queimada considera-se que a área da mão da vítima, incluindo os	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

dedos juntos e estendidos corresponde a 0,5% da sua superfície corporal queimada

O Índice de Clark está diretamente relacionado com a volémia da vítima queimada

Deve ser feita monitorização hemodinâmica dos seguintes parâmetros: pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigénio, estado de consciência e débito urinário

Para prevenção de complicações renais e cardíacas a equipa de enfermagem deverá monitorizar, rigorosamente, a pressão arterial, pois esta é a única maneira de monitorizar a volémia da vítima

A fórmula de Parkland é a fórmula que permite avaliar a superfície corporal queimada

PARTE V – OBSERVAÇÕES/ SUGESTÕES

19. Se considerar pertinente, identifique neste campo as observações e/ou sugestões acerca deste tema que gostaria de ver esclarecidas.

Muito obrigada pela sua participação!!

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE IX - QUESTIONÁRIO 2 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM, NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À VÍTIMA ADULTA QUEIMADA NA SALA DE EMERGÊNCIA, APÓS FORMAÇÃO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO

2º Questionário de Validação das Intervenções de Enfermagem, na Prestação de Cuidados à Vítima Queimada na Sala de Emergência

Estimado/a enfermeiro/a,

No sentido de aferir o conhecimento dos enfermeiros acerca das intervenções mais adequadas e relevantes a adotar na sala de emergência perante um doente queimado após apresentação da formação, assim como qual a utilidade e exequibilidade do protocolo desenvolvido neste âmbito solicito que preencha este questionário, que faz parte integrante do estudo de investigação/ ação, intitulado, Intervenções de Enfermagem na prestação de cuidados à vítima queimada na sala de emergência: construção e validação de um protocolo, inserido no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Especialização em Enfermagem à pessoa em Situação Crítica, sob a orientação do Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte, na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

Este trabalho tem como principais objetivos: Melhorar a assistência à pessoa adulta vítima de queimadura que acede ao serviço de urgência pela sala de emergência; sistematizar os cuidados prestados à pessoa adulta vítima de queimadura que acede ao serviço de urgência pela sala de emergência; validar com peritos um protocolo de prestação de cuidados à pessoa adulta vítima de queimadura.

O prazo de resposta a este questionário é até dia 9 de setembro (inclusive).

Recorde-se que é fundamental a sua colaboração para o desenvolvimento deste estudo.

A participação é voluntária. Os dados recolhidos serão usados apenas para fins académicos e de pesquisa e a sua confidencialidade será garantida.

Comissão de Ética: Este estudo recebeu parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Leiria (Ref.CE-Nº 3/23)

Compromisso de tempo: Solicito que responda a todas as questões deste questionário que tem uma estimativa de tempo de preenchimento de 5 minutos.

Caso tenha alguma dúvida e necessite de esclarecimentos adicionais antes, durante ou após o preenchimento do questionário poderá fazê-lo através do seguinte endereço: 5210030@my.iplleiria.pt

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Email *

PARTE I – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

2. Declaro ter lido e compreendido toda a informação previamente fornecida. *
Aceito participar neste estudo, intitulado **Intervenções de Enfermagem na prestação de cuidados à vítima queimada na sala de emergência: construção e validação de um protocolo** e, permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, e que apenas serão usados para fins científicos e publicações que delas decorram, na garantia de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Marcar apenas uma oval.

- Sim, confirmo que li e concordo com os termos e condições deste questionário
- Não, confirmo que li e não concordo com os termos e condições deste questionário

PARTE II – CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

3. Idade (anos) *

4. Género *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino

PARTE III – CARACTERIZAÇÃO ACADÉMICA E PROFISSIONAL

5. Anos de experiência profissional como enfermeiro/a (em anos completos, se inferior a 1 colocar 0) *

6. Habilitações Académicas (maior grau académico concluído até ao momento) *

Marcar apenas uma oval.

- Bacharelato *Avançar para a pergunta 8*
 Licenciatura *Avançar para a pergunta 8*
 Pós-graduação *Avançar para a pergunta 8*
 Pós- licenciatura de Especialização *Avançar para a pergunta 7*
 Mestrado *Avançar para a pergunta 8*
 Doutoramento *Avançar para a pergunta 8*

Enfermeiro especialista

7. Especialidade adquirida (assinale a(s) especialidade(s) concluída (s) até ao momento)? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Especialidade de Enfermagem Comunitária
 Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica
 Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
 Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
 Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
 Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

PARTE IV – CARACTERIZAÇÃO DOS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS, NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À VÍTIMA QUEIMADA NA SALA DE EMERGÊNCIA, APÓS FORMAÇÃO

Cada uma das 5 questões que a seguir são apresentadas serve para avaliar o nível de conhecimento acerca das intervenções de enfermagem na prestação de cuidados, a uma vítima adulta queimada, na sala de emergência.

Assinale no círculo respetivo, aquela que se aproxima mais da sua opinião/ percepção.

8. INTERVENÇÕES NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À VÍTIMA QUEIMADA

* 100 pontos

Marcar apenas uma oval por linha.

	Verdadeiro	Falso	Não sei
Numa vítima queimada é importante saber a sua altura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para fazer o cálculo da superfície corporal queimada considera-se que a área da mão da vítima, incluindo os dedos juntos e estendidos, corresponde a 0.5% da sua superfície corporal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O índice de Clark está diretamente relacionado com a volémia da vítima queimada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A fórmula de Parkland avalia a superfície corporal queimada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considera-se um queimado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

grave a
 vítima com
 queimaduras
 de
 espessura
 parcial em
 mais de 20%
 da superfície
 corporal
 atingida

PARTE V – CARACTERIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO FEITA PELOS ENFERMEIROS ACERCA DA UTILIDADE E EXEQUIBILIDADE DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À VÍTIMA QUEIMADA NA SALA DE EMERGÊNCIA

Cada uma das 7 questões que a seguir são apresentadas serve para avaliar o seu nível de concordância, quanto à utilidade e exequibilidade das intervenções de enfermagem na prestação de cuidados à vítima adulta queimada na sala de emergência, através do desenvolvimento de um protocolo.

A tipologia das respostas baseia-se numa escala de Likert com 5 opções: concordo totalmente; concordo; não concordo nem discordo; discordo e discordo totalmente.

9. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Na sua perspetiva, este protocolo tem aplicabilidade na prestação de cuidados à vítima adulta queimada, na sala de emergência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considera que a implementação deste protocolo poderá ser um suporte à tomada de decisão, na prestação de cuidados ao doente queimado na sala de emergência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considera que a implementação deste protocolo permite priorizar as intervenções necessárias, durante a avaliação primária, na abordagem ao doente queimado na	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

sala de emergência

Na sua perspectiva, com a implementação deste protocolo, existe clareza nas intervenções necessárias, durante a avaliação secundária, do doente vítima de queimadura na sala de

Na sua opinião, este protocolo permite esclarecer dúvidas acerca dos procedimentos a ter antes da transferência inter hospitalar de um doente queimado

Na sua apreciação global, com a utilização deste protocolo de atuação, considera-se mais habilitado para abordar o doente queimado na sala de emergência

Na sua apreciação global.

considera que este protocolo, satisfaz as suas expectativas

Muito obrigada pela sua participação!!

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE X – QUESTIONÁRIO I – PAINEL DE DELPHI

Fase I. Questionário de validação das Intervenções de Enfermagem, na prestação de cuidados à vítima queimada na sala de Emergência

Estimado/a enfermeiro/a especialista,

O tratamento das queimaduras perdura entre as intervenções de tratamento mais complexas no tempo da medicina moderna (Kearns et al., 2020).

A evidência científica sugere que a equipa de enfermagem através do seu core de conhecimentos tem um papel fundamental na problemática dos doentes queimados, através das intervenções e sistematização dos cuidados. Em termos de magnitude, a segurança do utente configura-se como um desafio para as instituições de saúde, principalmente quanto à redução de danos causados ao utente no momento da prestação de cuidados.

Eu, Líliliana Sofia Carvalho Marques, enfermeira mestranda na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei), venho por este meio convidá-lo, a participar no estudo de investigação/ ação, intitulado, Intervenções de Enfermagem na prestação de cuidados à vítima queimada na sala de emergência: construção e validação de um protocolo, inserido no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Especialização em Enfermagem à pessoa em Situação Crítica, sob a orientação do Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte.

Este trabalho tem como principais objetivos: Melhorar a assistência à pessoa adulta vítima de queimadura que acede ao serviço de urgência geral (SUG) pela sala de emergência (SE); sistematizar os cuidados prestados à pessoa adulta vítima de queimadura que acede ao SUG pela SE; elaborar e validar com especialistas um protocolo de prestação de cuidados à pessoa adulta vítima de queimadura que acede ao SUG pela SE.

Participação voluntária: A sua participação nesta pesquisa é voluntária e gratuita e poderá optar por interrompê-la a qualquer momento sem qualquer tipo de sanção, prejuízo ou consequências.

Uso de dados: A confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos serão garantidos e os dados serão usados apenas para fins académicos e de pesquisa, sendo realçado que as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião individual. Os resultados desta pesquisa podem ser publicados em revistas e conferências académicas. O tratamento das respostas será efetuado de forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada.

Compromisso de tempo: A sua colaboração é indispensável, pelo que solicito que responda a todas as questões deste questionário que tem uma estimativa de tempo de preenchimento de 6 minutos.

Precisão das informações: responda às perguntas da melhor maneira possível e forneça informações precisas.

A pessoa responsável pelo cumprimento de todas as obrigações legais decorrentes do Regulamento Geral de Proteção de Dados será a investigadora principal, Líliliana Sofia Carvalho Marques. Caso tenha alguma dúvida e necessite de esclarecimentos adicionais antes, durante ou após o preenchimento do questionário poderá fazê-lo através do contacto: 5210030@my.ipleiria.pt

Muito obrigada pela sua participação.

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Email *

PARTE I – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

2. Declaro ter lido e compreendido toda a informação previamente fornecida. *
Aceito participar neste estudo, intitulado **Intervenções de Enfermagem na prestação de cuidados à vítima queimada na sala de emergência: construção e validação de um protocolo** e, permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, e que apenas serão usados para fins científicos e publicações que delas decorram, na garantia de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Marcar apenas uma oval.

- Sim, confirmo que li e concordo com os termos e condições deste questionário
 Não, confirmo que li e não concordo com os termos e condições deste questionário

PARTE II – CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

3. Idade (anos) *

4. Género *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
 Masculino

5. Anos de experiência profissional como enfermeiro/a (em anos completos) *

6. Especialidade adquirida (assinale a(s) especialidade(s) concluída(s) até ao momento)? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Especialidade de Enfermagem Comunitária
 Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica
 Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
 Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
 Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
 Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

7. Há quanto tempo terminou a especialidade? (em anos completos, se inferior a 1 colocar 0) *

8. Unidade de queimados onde exerce funções *

Marcar apenas uma oval.

- Centro Hospitalar Universitário São João (CHUSJ)
 Santa Casa da Misericórdia do Porto -Hospital da Prelada
 Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)
 Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC) -Hospital São José
 Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN) -Hospital de Santa Maria

9. Considera que a existência de um protocolo de abordagem à vítima queimada na sala de emergência é uma ferramenta adequada para padronizar as intervenções face às necessidades identificadas da vítima queimada, contribuindo para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sei

PARTE III – AVALIAÇÃO DA VÍTIMA QUEIMADA NA SALA DE EMERGÊNCIA

Em Portugal, de acordo com a norma da DGS n° 022/2012 atualizada a 13/07/2017, a admissão hospitalar da pessoa vítima de queimadura obriga a uma abordagem sistemática com vigilância primária segundo o algoritmo ABCDEF. A vigilância secundária obriga à identificação da AMPLE.

Identifique, por favor, o seu nível de concordância quanto à presença das seguintes intervenções durante a vigilância de uma vítima adulta queimada na sala de emergência. A tipologia das respostas baseia-se numa escala de Likert com 5 opções de resposta: concordo totalmente; concordo; não concordo nem discordo; discordo e discordo totalmente.

Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea.

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

10. A. VIA AÉREA *

Qual o seu grau de concordância das seguintes intervenções, na avaliação da via aérea da vítima queimada, na sala de emergência.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Avaliar a permeabilidade da via aérea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar a presença de corpos estranhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aspirar vias aéreas superiores se necessário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar a necessidade de entubação endotraqueal (colocar as 7 situações que devem ser consideradas de acordo com a norma n.º022/2012 DGS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar se existe suspeita de lesão inalatória	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se suspeita de lesão inalatória recorrer ao índice de Clark	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para verificar a pertinência da entubação endotraqueal

Se suspeita de lesão cervical ou da coluna vertebral imobilizar, tendo em conta a análise de risco/benefício para o doente

11. Se considerar pertinente, refira neste campo outros dados ou procedimentos a incluir, acerca da avaliação do A na avaliação primária da vítima queimada, na sala de emergência.

12. **B. VENTILAÇÃO** *

Qual o seu grau de concordância das seguintes intervenções, na avaliação da ventilação da vítima queimada, na sala de emergência.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Avaliar a SatO2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar a frequência respiratória	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar a presença de sinais de dificuldade respiratória (adejo nasal, tiragem, cianose, utilização de músculos acessórios, polipneia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar o padrão ventilatório (profundidade, frequência, simetria)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elevar a cabeça a 30° se a condição hemodinâmica do doente permitir e a lesão na coluna tiver sido excluída	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Administrar oxigénio a 100% na suspeita de intoxicação por monóxido de carbono

Identificação da presença de queimaduras circunferenciais do pescoço ou tórax

13. Se considerar pertinente, refira neste campo outros dados ou procedimentos a incluir, acerca da avaliação do B na avaliação primária da vítima queimada, na sala de emergência.

14. C. CIRCULAÇÃO *

Qual o seu grau de concordância das seguintes intervenções, na avaliação da circulação da vítima queimada, na sala de emergência.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Monitorização cardíaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar a frequência cardíaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar a pressão arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar acesso venoso (de preferência 2 acessos periféricos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar a necessidade de iniciar perfusão de vasopressores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazer colheita de sangue para testes laboratoriais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar a cor da pele não queimada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar cateter vesical sempre que seja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.4

**seja necessário
 Iniciar reposição
 volémica ou
 sempre que se
 Justifique**

15. Se considerar pertinente, refira neste campo outros dados ou procedimentos a incluir, acerca da avaliação do C na avaliação primária da vítima queimada, na sala de emergência.

16. **D. VERIFICAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA** *

Qual o seu grau de concordância das seguintes intervenções, na avaliação neurológica da vítima queimada, na sala de emergência.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Avaliar a Escala de Coma de Glasgow (ECG)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar a necessidade de iniciar sedação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar glicémia capilar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliação da dor com escala apropriada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Controle efetivo da dor com administração de analgesia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AVALIAÇÃO DA DOR

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão, a Direcção-Geral da Saúde institui a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

17. Qual o seu grau de concordância, de acordo com a sua experiência profissional, da pertinência das seguintes escalas, na avaliação da dor da vítima queimada, na sala de emergência. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Escala Visual Analógica (EVA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escala de Faces (EF)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escala Qualitativa (EQ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Se considerar pertinente, refira neste campo outros dados ou procedimentos a incluir, acerca da avaliação do D na avaliação primária da vítima queimada, na sala de emergência.

19. E. EXAME DA VÍTIMA COM DESPISTE DE LESÕES ASSOCIADAS *

Qual o seu grau de concordância das seguintes intervenções, na avaliação da exposição da vítima queimada, na sala de emergência.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Avaliar a presença de traumas associados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Remover roupas não aderentes, mas não remover as que têm vestígios de alcatrão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Remover adereços e adomos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se tiver havido um atraso no início do arrefecimento, este ainda pode ser efetuado até 3 horas após a queimadura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar a percentagem de superfície corporal queimada, usando a "Regra dos 9"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Classificar a profundidade das queimaduras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cobrir as queimaduras com compressas húmidas esterilizadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cobrir a vítima com lençol esterilizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Se considerar pertinente, refira neste campo outros dados ou procedimentos a incluir, acerca da avaliação do E na avaliação primária da vítima queimada, na sala de emergência.

21. **F. FLUIDOTERAPIA QUANTIFICADA** *

Qual o seu grau de concordância das seguintes intervenções, na avaliação da ressuscitação volémica da vítima queimada, na sala de emergência.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Doentes com queimaduras superiores a 20% da superfície corporal queimada têm indicação para ressuscitação volémica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usar a fórmula de Parkland	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar débito urinário 1/1 hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Se considerar pertinente, refira neste campo outros dados ou procedimentos a incluir, acerca da avaliação do F na avaliação primária da vítima queimada, na sala de emergência.

AValiação Secundária

A avaliação secundária não começa até que a avaliação primária (ABCDE) seja concluída e os esforços de ressuscitação estejam em curso.

Dois possíveis acrónimos na avaliação secundária são: **AMPLE** (alergias; medicamentos habituais; antecedentes; última refeição; causa da queimadura) e **SAMPLE** (sinais e sintomas; alergias; medicamentos habituais; antecedentes; última refeição; causa da queimadura).

23. Qual o seu grau de concordância, com a pertinência dos seguintes acrónimos, * na avaliação secundária da vítima queimada na sala de emergência.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
AMPLE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SAMPLE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARTE IV - TRANSFERÊNCIA DA VÍTIMA PARA UNIDADE DE QUEIMADOS

Na sala de emergência a transferência da vítima queimada para uma Unidade de Queimados deve incluir a realização e registo de vários procedimentos.

24. Qual o seu grau de concordância, com os seguintes procedimentos efetuados * antes da transferência para a Unidade de Queimados.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Vigilância primária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vigilância secundária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acesso venoso (sempre que possível)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informação médica escrita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informação de enfermagem escrita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contacto prévio com a Unidade de Queimados que vai receber o doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Restrição da via peros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entubação nasogástrica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Profilaxia do tétano, se aplicável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARTE V – OBSERVAÇÕES/ SUGESTÕES

25. Se considerar pertinente, identifique neste campo as observações e/ou sugestões que tiver, acerca das intervenções de enfermagem, de uma forma global, à vítima queimada, na sala de emergência.

Muito obrigada pela sua participação!!

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE XI – QUESTIONÁRIO 2 – PAINEL DE DELPHI

Fase II. Questionário de validação das Intervenções de Enfermagem, na prestação de cuidados à vítima adulta queimada na Sala de Emergência

Estimado/a enfermeiro/a especialista,

Tem hoje início a segunda fase de respostas do painel Delphi para a validação das intervenções de Enfermagem, na prestação de cuidados à vítima adulta queimada na Sala de Emergência: construção e validação de um protocolo, um estudo de investigação/ ação desenvolvido pela mestranda Liliana Sofia Carvalho Marques, inserido no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Especialização em Enfermagem à pessoa em Situação Crítica, sob a orientação do Professor Doutor Hugo Miguel Santos Duarte.

Solicita-se a todos os participantes da primeira fase de respostas deste painel que participem nesta segunda ronda.

O questionário desta segunda fase diz apenas respeito às questões que não obtiveram consenso $\geq 80\%$ na primeira fase de respostas.

Caso tenha alguma dúvida e necessite de esclarecimentos adicionais antes, durante ou após o preenchimento do questionário poderá fazê-lo através do seguinte endereço: 5210030@my.ipleiria.pt

O prazo de resposta desta segunda fase é até 11 de agosto (inclusive).

Recorde-se que é fundamental a sua colaboração para o desenvolvimento deste estudo.

A participação é voluntária. A confidencialidade dos dados recolhidos serão garantidos.

Comissão de Ética: Este estudo recebeu parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Leiria (Ref.CE-Nº 3/23)

Compromisso de tempo: Solicito que responda a todas as questões deste questionário que tem uma estimativa de tempo de preenchimento de 5 minutos.

Muito obrigada pela sua participação.

1. Email *

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

2. Unidade de queimados onde exerce funções *

Marcar apenas uma oval.

- Centro Hospitalar Universitário São João (CHUSJ)
- Santa Casa da Misericórdia do Porto - Hospital da Prelada
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)
- Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC) -Hospital São José
- Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN) -Hospital de Santa Maria

PARTE II – AVALIAÇÃO DA VÍTIMA QUEIMADA NA SALA DE EMERGÊNCIA

Identifique, por favor, o seu nível de concordância quanto à presença das seguintes intervenções durante a vigilância de uma vítima adulta queimada na sala de emergência. A tipologia das respostas baseia-se numa escala de Likert com 5 opções: concordo totalmente; concordo; não concordo nem discordo; discordo e discordo totalmente. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta.

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

3. **C. CIRCULAÇÃO** *

Qual o seu grau de concordância das seguintes intervenções, na avaliação da circulação da vítima queimada, na sala de emergência.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Avaliar a cor da pele nas áreas não queimadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar o tempo de preenchimento capilar em áreas não queimadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. **D. VERIFICAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA** *

Qual o seu grau de concordância das seguintes intervenções, na avaliação neurológica da vítima queimada, na sala de emergência.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Avaliar a glicémia capilar a todos os doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar a glicémia capilar apenas nos doentes que apresentem alteração do estado de consciência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AVALIAÇÃO DA DOR

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão, a presença de dor e a sua intensidade devem ser sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

5. Qual o seu grau de concordância, de acordo com a sua experiência profissional, *
 da pertinência das seguintes escalas, na avaliação da dor da vítima queimada,
 na sala de emergência.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Escala Visual Analógica (EVA) sempre que o doente esteja consciente e colaborante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escala de Faces sempre que o doente apresente alguma limitação na comunicação ou compromisso no processo de pensamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escala Qualitativa (EQ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. **E. EXAME DA VÍTIMA COM DESPISTE DE LESÕES ASSOCIADAS** *

Qual o seu grau de concordância das seguintes intervenções, na avaliação da exposição da vítima queimada, na sala de emergência.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Remover apenas as roupas não aderentes da vítima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. F. FLUIDOTERAPIA QUANTIFICADA *

Qual o seu grau de concordância das seguintes intervenções, na avaliação da ressuscitação volémica da vítima queimada, na sala de emergência.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Os doentes com queimaduras superiores a 20% da superfície corporal queimada têm indicação para ressuscitação volémica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A ressuscitação volémica é necessária perante queimaduras de espessura total e parcial inferiores a 20% da superfície corporal queimada se houver perda contínua de fluidos devido à inflamação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A quantidade de fluidos fornecidos deve ser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ajustado com base na diurese do doente, tendo por referência 0,5ml/Kg/h (ATLS,2018)

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

A avaliação secundária não começa até que a avaliação primária (ABCDE) seja concluída e os esforços de ressuscitação estejam em curso.

Dois possíveis acrónimos na avaliação secundária são: **AMPLE** (alergias; medicamentos habituais; antecedentes; última refeição; causa da queimadura) e **SAMPLE** (sinais e sintomas; alergias; medicamentos habituais; antecedentes; última refeição; causa da queimadura).

8. Qual o seu grau de concordância, com a pertinência dos seguintes acrónimos, na avaliação secundária da vítima queimada na sala de emergência. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
AMPLE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SAMPLE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARTE III - TRANSFERÊNCIA DA VÍTIMA PARA UNIDADE DE QUEIMADOS

Na sala de emergência a transferência da vítima queimada para uma Unidade de Queimados deve incluir a realização e registo de vários procedimentos.

9. Qual o seu grau de concordância, com os seguintes procedimentos efetuados * antes da transferência efetiva para a Unidade de Queimados.

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Contacto prévio com a Unidade de Queimados que vai receber o doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informação médica e de enfermagem por escrito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informação acerca da comunicação já estabelecida com a família ou pessoa de referência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
informação acerca da existência ou não de espólios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informação acerca de MCDT's já realizados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARTE IV – OBSERVAÇÕES/ SUGESTÕES

10. Se considerar pertinente, identifique neste campo as observações e/ou sugestões que tiver, acerca das intervenções de enfermagem, de uma forma global, à vítima queimada, na sala de emergência.

Muito obrigada pela sua participação!!

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE XII – PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO

IDENTIFICAÇÃO																				
Nome	Nº Processo																			
Idade	Peso																			
Hora da queimadura : h	Hora chegada ao SUG : h																			
Local do acidente: casa <input type="checkbox"/> trabalho <input type="checkbox"/> espaço público <input type="checkbox"/> desconhecido <input type="checkbox"/>																				
Lugar: fechado <input type="checkbox"/> aberto <input type="checkbox"/> desconhecido <input type="checkbox"/>																				
A - VIA AÉREA																				
Permeabilidade: Permeável <input type="checkbox"/> Não permeável <input checked="" type="checkbox"/>	Existe suspeita lesão inalatória: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Considerar necessidade de TET: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>																		
1. Avaliar o risco de compromisso da VA devido à presença de: Estridor <input type="checkbox"/> Secreções <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Alteração de consciência <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Queimadura da face e/ou pescoço <input type="checkbox"/> Espetoração carbonácea <input type="checkbox"/> Alterações auscultatórias <input type="checkbox"/> Cílios queimados <input type="checkbox"/> (assinale com x caso a vítima apresente algum destes riscos que comprometam a permeabilidade da VA)	2. Índice Clark - Critério <table border="1"> <thead> <tr> <th>Critério</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Espaço fechado</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Dispneia</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Alteração consciência</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Rouquidão</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Queimadura facial</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Espetoração carbonácea</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Fervores/Alteração auscultatória</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> (Índice de Clark >2 corresponde a score clínico para lesão inalatória)	Critério	Score	Espaço fechado	1	Dispneia	1	Alteração consciência	1	Rouquidão	1	Queimadura facial	1	Espetoração carbonácea	1	Fervores/Alteração auscultatória	1	TOTAL		3. Situações para considerar TET (norma n.º 022/2012 DGS) Coma <input type="checkbox"/> Hipoxemia com SatO ₂ < 90% (após de aporte de O ₂) <input type="checkbox"/> % Superfície Corporal Queimada > 35% <input type="checkbox"/> Insuficiência respiratória <input type="checkbox"/> Índice de Clark > 2 <input type="checkbox"/> Inalação e/ou intoxicação por monóxido carbono <input type="checkbox"/> Queimaduras circunferenciais do pescoço/tórax <input type="checkbox"/> Queimadura face <input type="checkbox"/> Espetoração carbonácea <input type="checkbox"/> Alteração consciência <input type="checkbox"/> (assinale com x caso a vítima apresente uma ou mais situações que justifiquem a necessidade de TET)
Critério	Score																			
Espaço fechado	1																			
Dispneia	1																			
Alteração consciência	1																			
Rouquidão	1																			
Queimadura facial	1																			
Espetoração carbonácea	1																			
Fervores/Alteração auscultatória	1																			
TOTAL																				
Presença de corpos estranhos: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, quais:																				
Aspiração de secreções: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, características:																				
Adjuvantes básicos da VA: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, qual:																				
Suspeita de lesão cervical: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, colocação de colar cervical tamanho S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>																				
B - VENTILAÇÃO																				
Avaliar SatO ₂ _____ %																				
Aporte suplementar O ₂ : Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> óculos nasais <input type="checkbox"/> Máscara Venturi <input type="checkbox"/> Máscara Alta Concentração <input type="checkbox"/>																				
Suspeita de intoxicação por monóxido de carbono? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>																				
Avaliação do Padrão Ventilatório: Frequência respiratória: _____ cpm; Amplitude: preservada <input type="checkbox"/> aumentada <input type="checkbox"/> diminuída <input type="checkbox"/> ; Ritmo: regular <input type="checkbox"/> irregular <input type="checkbox"/>																				
Existem sinais de dificuldade respiratória? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>																				
Se sim, qual/quais: Adejo nasal <input type="checkbox"/> cianose <input type="checkbox"/> polipneia <input type="checkbox"/> tiragem <input type="checkbox"/> uso de músculos acessórios <input type="checkbox"/>																				
Existe queimadura circunferencial do pescoço? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Existe queimadura circunferencial do tórax? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>																				
Se excluída lesão cervical fazer elevação da cabeceira do leito a 30º Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se não, motivo:																				
C - CIRCULAÇÃO																				
Monitorização cardíaca Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se não, qual o motivo:																				
Sinais Vitais	Perfusão																			
PA _____ / _____ mmHg; PAM _____ mmHg; FC _____ bpm	TPC: ≤ 2s <input type="checkbox"/> > 2s <input type="checkbox"/> Coloração da pele (ANQ):																			
PA (pressão arterial); PAM (pressão arterial média); FC (frequência cardíaca)	TPC (tempo de preenchimento capilar); ANQ (área não queimada)																			
Acessos venosos: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Periféricos <input type="checkbox"/> Intraósseo <input type="checkbox"/> cateter venoso central <input type="checkbox"/>																				
Colheita de sangue: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> bioquímica <input type="checkbox"/> coagulação <input type="checkbox"/> hemograma <input type="checkbox"/> Outro: _____																				
Necessidade de iniciar vasopressores: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, qual:																				
Sonda vesical: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tipo: _____ Nº _____																				
D - VERIFICAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA																				
Avaliação da Escala de Coma de Glasgow (ECG)																				
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA																		
Espontânea 4 À voz 3 À dor 2 Nenhuma 1	Orientada 5 Confusa 4 Palavras inapropriadas 3 Palavras incompreensíveis 2 Nenhuma 1	Obedece comandos 6 Localiza dor 5 Movimento de retirada 4 Flexão anormal 3 Extensão anormal 2 Nenhuma 1																		
Avaliação da glicemia capilar: _____ gr/dl																				
Avaliação da Dor (assinale com um x a dor da vítima queimada, na escala mais adequada)																				
Escala Visual Analógica EVA (doente com ECG=15)		Escala de Faces (doente com ECG ≤ 14)																		
Administração de analgesia: Endovenosa <input type="checkbox"/> Intraóssea <input type="checkbox"/> Paracetamol <input type="checkbox"/> Metamizol <input type="checkbox"/> Tramadol <input type="checkbox"/> Morfina <input type="checkbox"/> Fentanil <input type="checkbox"/>																				
Sedação: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, qual:																				



E – EXPOSIÇÃO DA VÍTIMA COM DESPISTE DE LESÕES ASSOCIADAS (ver quadro 1)

Remover as roupas não aderentes: Não Sim Temperatura: _____ °C

Traumas associados: Não Sim Se sim, localização: _____

Retirar adereços: Não Sim Se sim, quais: _____

Colocar lençol esterilizado sobre a vítima: Não Sim

Cobrir as queimaduras com compressas húmidas esterilizadas: Não Sim

Avaliar a percentagem de SCCQ _____ % (recurso à Regra dos 9^º)

Profundidade das queimaduras (ver quadro 2)

Espessura Parcial Superficial Localização _____

Espessura Parcial Profunda Localização _____

Espessura Completa Localização _____

(SCCQ – Superfície Corporal Queimada)

FLUIDOTERAPIA QUANTIFICADA

Fluidoterapia: Não Sim Cristalóide ml; Colóide ml

Iniciar ressuscitação volémica com recurso Fórmula de Parkland: Não Sim

Fórmula de Parkland (P)	50% nas 1 ^ª s 8 horas	50% nas 16 horas seguintes
_____ ml x _____ Kg x _____ % SCCQ	_____ ml/h	_____ ml/h

Causa	Fórmula Parkland
Queimadura térmica	2 ml x peso corporal Kg x % SCCQ
Queimadura química	2 ml x peso corporal Kg x % SCCQ
Queimadura elétrica	4 ml x peso corporal Kg x % SCCQ

(Fluidos ajustados ao agente etiológico. ATLS, 2018)

Avaliação Hemodinâmica durante a ressuscitação volémica

Horas	Pressão arterial	Frequência cardíaca	SatO2	Estado Consciência (ECG)	Débito urinário
h: min	/ mmHg	bpm	%		ml
h: min	/ mmHg	bpm	%		ml
h: min	/ mmHg	bpm	%		ml
h: min	/ mmHg	bpm	%		ml

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

S (Sinais e Sintomas apresentados)

A (Alergias) Não Sim Se sim, quais: _____

M (Medicação habitual) Não Sim Sem sim, qual: _____

P (Antecedentes pessoais) Não Sim Se sim, quais: _____

L (Última refeição) _____ h: _____ min

E (agente etiológico) fogo chama líquido quente frio química elétrica desconhecida explosão

Tempo contacto com o agente etiológico : _____ h

Realização de MCDT's: Não Sim Se sim, quais: _____

Fornecidas informações família/ pessoa referência: Não Sim Se sim a quem: _____

Realização de espólio: Não Sim Se sim de que tipo (de acordo com Re-CHL.001) tipo I ; tipo II ; tipo III ; tipo IV

TRANSFERÊNCIA DO DOENTE

Unidade de Queimados: Não Sim Se sim qual: CHUSI HP CHUC CHULC CHULN

Contacto prévio com a Unidade que recebe o doente: Não Sim motivo do não contacto: _____

Profilaxia do tétano: Não Sim Se não o motivo: _____

CHUSI (Centro Hospitalar Universitário São João); HP (Hospital da Prolada); CHUC (Centro Hospitalar Universitário Coimbra); CHULC (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central); CHULN (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte)

Quadro 1 – Queimaduras Especiais		
Agente Etiológico	Cuidados específicos	Não Sim
Queimadura Química	1. Limpar a área atingida com compressas secas (exceto nos olhos)	
	2. Enxaguar a área atingida com água durante 20 minutos	
Queimadura Elétrica	A queimadura ocorreu com alta voltagem (>1000V)?	
	A urina apresenta coloração vermelho-escura? (mioglobinúria)	

(American Burns Association, 2022)

Quadro 2 – Classificação das Queimaduras		
Classificação Antiga	Classificação Atual	Apresentação Clínica
1º Grau	Superficial	Seco, vermelho, empalidece facilmente, às vezes doloroso
2º Grau	Espessura Parcial Superficial	Húmido, vermelho, esbranquiçado, bolhas, muito dolorido
	Espessura Parcial Profunda	Mais seco, mais pálido, menos branqueamento, menos dor
3º Grau	Espessura Completa	Textura seca e semelhante a couro, cor variável (branco, marrom, preto), perda da sensação de picada de alfinete

(American Burns Association, 2022)

APÊNDICE XIII – ALGORITMO DE ATUAÇÃO

