



**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA
DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

**Autoperceção dos enfermeiros das suas práticas na abordagem à pessoa adulta em
situação crítica por queimadura**

Mestrando: Ana Catarina Fernandes

Orientadora: Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

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

Leiria, março de 2025



**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA
DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

**Autoperceção dos enfermeiros das suas práticas na abordagem à pessoa adulta em
situação crítica por queimadura**

Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-
Cirúrgica com área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Mestrando: Ana Catarina Fernandes nº5230203

Orientadora: Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

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

Leiria, março de 2025

“Foge de quem te diz muitas vezes “talvez”, “não sei” ou “vamos ver” e aproxima-te de pessoas que dizem sem medo “sim” ou “não”. Na vida não há tempo para indecisões nem espaço para quem não sabe o que quer.”

In “Fomos mais do que um erro”

Raul Minh'alma

AGRADECIMENTOS

Ao longo desta jornada muitos foram aqueles que me apoiaram, motivavam e incentivavam nas minhas ambições e conquistas, assim expressei a minha profunda gratidão a todas as pessoas que, de uma forma ou de outra, têm sido fundamentais na minha vida.

A ti João, pelo amor incondicional, pela paciência nos momentos difíceis e pelo apoio inabalável em todas as minhas conquistas e desafios. És a minha força, o meu refúgio e o meu maior companheiro nesta jornada.

À minha família que sempre me incentivou a seguir em frente e acreditou em mim, mesmo quando eu duvidava.

Às minhas amigas, Soraia, Beatriz, Joana, que foram as companheiras desta aventura. Obrigada por cada palavra de incentivo, por cada chamada e por nunca me deixarem cair.

E, por fim, a ti Pipa, pois esta conquista foi graças a ti e para ti.

À Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, pela orientação, disponibilidade, apoio e pelo seu saber, à Professora Adjunta Convidada Cátia Santos pela orientação, incentivo, motivação e aos Enfermeiros Supervisores e às equipas dos serviços de Urgência Polivalente, de Medicina Intensiva, de ambulância de Suporte Imediato de Vida e da Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

RESUMO

O presente relatório integra a Unidade Curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório II do 2.º ano do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria. Estrutura-se em duas partes: a primeira corresponde à reflexão crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, adquiridas nos contextos de estágio — Serviço de Urgência Polivalente, Serviço de Medicina Intensiva e em pré-hospitalar (Ambulância de Suporte Imediato de Vida/Viatura Médica de Emergência e Reanimação); a segunda parte é dedicada à componente de investigação.

A componente prática permitiu consolidar conhecimentos técnico-científicos, ético-legais e relacionais, num processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento profissional, com base em modelos teóricos como a Teoria de *Benner* e a Teoria das Transições de *Meleis*. A prática foi orientada para uma abordagem humanizada, segura e eficiente à PSC, com ênfase na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A componente de investigação teve como principais objetivos: autoperceção dos enfermeiros do serviço de urgência relativamente à frequência das suas práticas na abordagem à pessoa adulta em situação crítica por queimadura e determinar se autoperceção dos enfermeiros do serviço de urgência relativamente à frequência das suas práticas na abordagem à pessoa adulta em situação crítica por queimadura mudou com a formação realizada.

Os resultados demonstraram um impacto positivo da formação na perceção dos profissionais, destacando a importância da educação contínua na melhoria dos cuidados especializados.

Este relatório reflete um percurso formativo enriquecedor, onde se valorizou a integração da teoria com a prática, a análise crítica e a investigação como instrumentos fundamentais para a excelência da prática em enfermagem especializada.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Enfermagem de Cuidados Críticos, Queimaduras, Investigação em Enfermagem.

ABSTRACT

This report is part of the Curricular Unit Nursing Internship in Critical Care with Report II of the 2nd year of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing (MSN), in the field of Nursing in Critical Care (NCC), at the School of Health of the Polytechnic of Leiria. It is structured in two parts: the first corresponds to a critical-reflective analysis of the development of common and specific competencies of the Specialist Nurse in MSN, acquired in the internship settings — Emergency Department, Intensive Care Unit, and pre-hospital care (Immediate Life Support Ambulance/Emergency and Resuscitation Medical Vehicle); the second part is dedicated to the research component.

The practical component allowed the consolidation of technical-scientific, ethical-legal, and relational knowledge in a continuous process of learning and professional development, based on theoretical models such as Benner's Theory and Meleis' Transitions Theory. The practice was oriented towards a humanized, safe, and efficient approach to NCC, emphasizing continuous quality improvement in care.

The research component had the following main objectives: to assess the self-perception of emergency department nurses regarding the frequency of their practices in the approach to critically ill adult patients with burns and to determine whether their self-perception changed after the training provided.

The results demonstrated a positive impact of the training on professionals' perceptions, highlighting the importance of continuous education in improving specialized care.

This report reflects an enriching educational journey, emphasizing the integration of theory and practice, critical analysis, and research as fundamental tools for excellence in specialized nursing practice.

Keywords: Specialist Nurse, Critical Care Nursing, Burns, Nursing Research.

LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

ABCDEF- *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure, Fluid resuscitation*

ACSA- *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia*

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

APGAR- Aparência, Pulso, Gesticulação, Atividade, Respiração

BPS- *Behavioral Pain Scale*

CABCDE- *Catastrophic Hemorrhage Control, Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

CAM -ICU- *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*

CIAP- *Critically ill adult patient*

DCI- Denominação Comum Internacional

DGS- Direção-Geral da Saúde

DPET®- *Disaster Preparedness Evaluation Tool*

EE- Enfermeiro Especialista

EMC- Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI- Equipamento de Proteção Individual

EPSC- Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ER- Enfermagem de Reabilitação

ESMP- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

GCL-PPCIRA- Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

HCIS- *Health Care Information System*

HDF- Hemodiafiltração

HER+- Health Event & Risk Management

ICDSC- *Intensive Care Delirium Screening Checklist*

INEM-Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR- *Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation*

IR- Insuficiência Renal

IT- instrução de Trabalho

LASA- *Look-Alike, Sound-Alike*

LVT- Lisboa e Vale do Tejo

M- Manhã

MAM- Medicamentos de Alerta Máximo

ml/Kg/h- mililitro por quilo por hora

MSN- Medical-Surgical Nursing

N- Noite

Nº- Número

NCC-*Nursing in Critical Care*

NEWS- *National Early Warning Score*

OE- Ordem dos Enfermeiros

OS- Organização de Saúde

PASC- Pessoa Adulta em Situação Crítica

PBCI- Precauções Básicas do Controlo de Infecção

PCR- Paragem Cardiorrespiratória

PNSD- Plano Nacional da Segurança dos Doentes

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

PSC- Pessoa em Situação Crítica

RASS -*Richmond Agitation-Sedation Scale*

RENNDA- Registo Nacional de Não Dadores

RENTEV- Registo Nacional do Testamento Vital

RN- Recém-nascido

SE- Sala de Emergência

SIV- ambulâncias de Suporte Imediato de Vida

SMI- Serviço de Medicina Intensiva

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SPIKES- *Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy e Summary*

START- Simple Triage and Rapid Treatment

SU- Serviço de Urgência

SUP- Serviço de Urgência Polivalente

T- Tarde

TAS- Técnico Auxiliar de Saúde

TC- Tomografia Computorizada

ULS- Unidade Local de Saúde

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VV- Via Verde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	15
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	16
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	16
1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	18
1.3. EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR	20
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	22
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	22
2.1.1. Responsabilidade profissional, ético, legal.....	22
2.1.2. Melhoria contínua da qualidade.....	27
2.1.3. Gestão dos cuidados	32
2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	34
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	38
2.2.1. Cuida da pessoa a vivenciar processo complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	38
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	44
2.2.3 Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica /ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	56
Autoperceção dos enfermeiros das suas práticas na abordagem à pessoa adulta em situação crítica por queimadura	57
Introdução	59
Enquadramento	59
Questões de investigação	62
Metodologia	62

Resultados	63
Discussão	69
Conclusão	72
Referências bibliográficas.....	73
REFLEXÃO FINAL	76

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1-Distribuição da amostra quanto à idade e dados profissionais.....	64
Tabela 2-Distribuição das respostas da amostra quanto aos dados profissionais e académicos	64
Tabela 3- Distribuição das respostas da amostra quanto à autoperceção da frequência das suas práticas na abordagem à pessoa em situação crítica por queimadura no serviço de urgência.	67

INTRODUÇÃO

A realização deste relatório de estágio, que inclui uma componente de investigação, faz parte do plano curricular do 2º ano do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EPSC), lecionado na Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria. A sua realização enquadra-se na Unidade Curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório II.

A prestação de cuidados de enfermagem exige uma abordagem organizada e eficaz, pautada na busca contínua pela excelência profissional. O enfermeiro, enquanto agente fundamental no sistema de saúde, desempenha um papel essencial na otimização da organização dos cuidados, garantindo que estes sejam prestados com qualidade, segurança e eficiência (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2001).

Um dos pilares da organização dos cuidados é a implementação de uma política de formação contínua, que possibilita o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e a melhoria constante da qualidade dos cuidados prestados. A capacitação contínua permite a atualização de conhecimentos, a incorporação de novas práticas baseadas em evidências e o aprimoramento das competências técnicas e humanas (OE,2001).

Assim, torna-se essencial reforçar que a prática de enfermagem transcende o domínio teórico, incorporando valores essenciais para a prestação de cuidados de excelência. Pascoal & Souza (2021), mencionam que o estágio supervisionado assume um papel fundamental na formação profissional do enfermeiro, pois proporciona uma vivência direta com as situações práticas do quotidiano da profissão, desafiando o estudante a tomar decisões ágeis e assertivas. Consequentemente, o supervisor desempenha um papel indispensável, não apenas ao implementar metodologias de ensino-aprendizagem eficazes e promover a atualização técnica, mas também ao transmitir princípios éticos, morais e humanizadores.

Dessa forma, ao investir na formação contínua, a enfermagem fortalece o seu compromisso com a excelência, assegurando que a assistência prestada às pessoas seja cada vez mais qualificada e humanizada, indo de encontro ao enunciado descritivo da organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Assim, com este relatório pretende-se demonstrar através de uma análise crítico-reflexiva com base no percurso desenvolvido ao longo dos estágios, uma avaliação aprofundada das práticas aplicadas e dos resultados obtidos. Esse processo possibilita ao enfermeiro identificar os seus

pontos fortes e reconhecer áreas que necessitam de aperfeiçoamento, ajustando a sua atuação às exigências do contexto clínico (Ferreira, 1999; Regulamento nº656/2021,2021).

A partir da análise do percurso académico e profissional, pretende-se demonstrar a evolução das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em EMC na área de EPSC, conforme descrito nos Regulamentos nº 140/2019 (2019) e nº 429/2018 (2018). Esta análise baseia-se na prática clínica desenvolvida em diferentes contextos, nomeadamente no Serviço de Urgência Polivalente (SUP), no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e na Emergência Pré-Hospitalar, através da experiência na ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). A vivência nestes diversos cenários permitiu consolidar competências especializadas, sustentadas na mais recente evidência científica, bem como na reflexão sobre a prática, promovendo a melhoria contínua dos cuidados prestados.

A escolha deste percurso formativo decorreu da vontade de assumir novos desafios, aprofundar os conhecimentos e desenvolver competências especializadas, reconhecendo a importância da especialização na área. Conforme salientam Guerrero-Menéndez et al. (2024) no seu estudo, a crescente complexidade dos serviços de saúde impõe aos enfermeiros a necessidade de exercer um papel crucial, adaptando as suas competências a diversos contextos e níveis de exigência. Dessa forma, o cuidado à pessoa em situação crítica (PSC), marcado por desafios constantes, sublinha a imprescindibilidade do contínuo aperfeiçoamento profissional.

Além disso, conforme destacado por McEwen & Wills (2022) a aplicação das teorias de Enfermagem na prática clínica desempenha um papel essencial na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e no desenvolvimento das competências dos profissionais. Essas teorias fornecem uma base estruturada que orienta a atuação dos enfermeiros, permitindo uma tomada de decisão mais precisa e fundamentada em evidências científicas.

Nesse contexto, a teoria de *Benner* revela-se particularmente relevante, pois defende que a competência dos enfermeiros se constrói não apenas através do conhecimento teórico, mas também pela experiência adquirida ao longo da prática clínica. Este modelo reforça a necessidade de um processo contínuo de desenvolvimento profissional, apoiado por uma supervisão qualificada, garantindo que os enfermeiros avancem progressivamente até atingirem a excelência no exercício da sua profissão (*Benner*, 2005). Em alinhamento com a valorização da aprendizagem contínua promovida pela OE, este mestrado combina de forma equilibrada os aspetos teóricos e práticos, garantindo uma formação robusta e enriquecedora (OE,2001).

Este relatório será igualmente alicerçado na Teoria das Transições de *Afaf Meleis*, que descreve o processo dinâmico pelo qual uma pessoa abandona um estado estável para ingressar num novo estágio. Nesta jornada, é imprescindível ajustar comportamentos previamente consolidados e redefinir a própria identidade. Frequentemente, esse processo de mudança é desencadeado por eventos críticos que alteram significativamente a saúde e o bem-estar da PSC/família/ pessoa significativa, aumentando a sua vulnerabilidade a riscos (Meleis, 2010).

Em síntese, o presente relatório será dividido em duas partes. A primeira centra-se no desenvolvimento de competências comuns e específicas em EMC na área da PSC, tendo como objetivo a descrição pormenorizada das atividades realizadas durante os estágios e a realização de uma análise reflexiva. Esta abordagem fundamenta-se, de forma intrínseca, nas competências específicas e práticas de enfermagem no cuidado à PSC/famíliares/cuidadores, promovendo a integração entre a teoria e a prática no processo formativo. Por sua vez, a segunda parte refere-se à componente de investigação cujo tema é: autoperceção dos enfermeiros das suas práticas na abordagem à pessoa adulta em situação crítica por queimadura, que tem como objetivos caracterizar a amostra quanto às características sociodemográficas, profissionais e de formação; avaliar a autoperceção dos enfermeiros do serviço de urgência relativamente à frequência das suas práticas na abordagem à pessoa adulta em situação crítica por queimadura e determinar se autoperceção dos enfermeiros do serviço de urgência relativamente à frequência das suas práticas na abordagem à pessoa adulta em situação crítica por queimadura mudou com a formação realizada.

Em suma, para elaboração deste documento, foram seguidas as diretrizes da *American Psychological Association 7ª Edição* e o guia de elaboração de trabalhos escritos do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Leiria na parte I para a correta formatação do trabalho (Politécnico de Leiria, 2023; Gomes & Ramalho, 2018). Relativamente à Parte II, foram seguidas as normas editoriais da Revista Referência, por ter sido esta a revista selecionada para a submissão do projeto de investigação desenvolvido.

PARTE I – REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

O relatório basear-se-á na experiência adquirida ao longo de três estágios realizados no âmbito do EMC na área da EPSC, que decorreram nas seguintes datas e contextos: o estágio no SUP teve início a 6 de maio e terminou a 13 de julho de 2024, realizado numa Unidade Local de Saúde (ULS) de Lisboa e Vale do Tejo (LVT); o estágio no SMI estendeu-se de 3 de setembro a 17 de novembro de 2024; e, por fim, o estágio na SIV/VMER realizou-se de 18 de novembro a 3 de fevereiro de 2025, ambos numa ULS da região centro.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O estágio foi realizado numa SUP de uma ULS LVT, cuja Organização de Saúde (OS) tem como missão oferecer cuidados de saúde diferenciados, em colaboração com outras entidades do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Esta OS responde às necessidades da população com base nas melhores práticas clínicas e numa estrutura de governação clínica que assegura a utilização eficiente dos recursos. Sendo uma ULS de cariz Universitário as suas atividades tal como referido no Relatório Final da Comissão Independente em incluem a investigação, o ensino, a prevenção e a continuidade dos cuidados, priorizando sempre a pessoa (Serviço Nacional de Saúde (SNS), 2025).

O SUP dispõe de indicadores internos de qualidade e segurança da pessoa, sendo eles: incidência de quedas, incidência de úlceras por pressão e tempos de espera na triagem. Segundo dados disponibilizados a incidência dos mesmos tem vindo a diminuir significativamente.

Assim, sendo o SUP o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, contempla todas as especialidades, conforme deliberado no Despacho n.º 10319/2014 (2014). Neste estão implementadas as Vias Verdes (VV): Coronária, Acidente Vascular Cerebral, Sepsis e Trauma como mencionado no Grupo Português de Triagem (2011), sendo estes protocolos importantes para a otimização do atendimento a PSC, garantindo um percurso ágil e eficiente desde o primeiro contato com os serviços de urgência até o tratamento definitivo.

Este serviço, é composto por uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos, técnicos auxiliares de saúde, técnicos de diagnóstico, pessoal administrativo e da limpeza. Sendo a equipa de enfermagem composta por cerca de 138 enfermeiros, subdivididos em cinco grupos, cada um coordenado por um especialista em EMC, como recomendado pelo

Regulamento nº743/ 2019 (2019). O serviço conta com 33 especialistas em EMC em EPSC, 2 em Enfermagem de Reabilitação (ER) e 1 em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP). Segundo o Regulamento nº743/2019 (2019) é recomendado que 50 % sejam EE em EMC em EPSC, neste serviço verificou-se que 23,8% eram EE EMC EPSC.

Aquando da realização do estágio, a equipa de enfermagem era distribuída da seguinte forma: 25 elementos no turno da manhã (M) e da tarde (T) e 19 elementos no turno da noite (N).

No serviço o método de trabalho implementado é o método individual, onde um único enfermeiro assume a responsabilidade completa pelo cuidado de um grupo de pessoas durante todo o turno, assegurando uma abordagem personalizada e contínua que integra todas as dimensões da assistência (J. Ventura-Silva et al., 2021).

O serviço está situado no piso 0 do edifício principal. O circuito das pessoas inicia-se com a admissão no balcão administrativo. Seguindo-se para o gabinete de triagem à exceção de uma pessoa emergente que é encaminhada diretamente à sala de emergência (SE) e triado na mesma, sendo assim necessário que quem desempenha funções nestas áreas detenha o curso de triagem, neste caso, o curso de Triagem de Manchester, uma vez que este que prioriza o atendimento com base na identificação dos problemas das pessoas, sendo posteriormente encaminhadas para as diversas áreas do serviço de acordo prioridade atribuída (Grupo Português de Triagem, 2011).

Os enfermeiros são alocados pelas seguintes áreas: 4 gabinetes de triagem,, sendo um de retriagem, e 5 salas de emergência (2 médicas, 2 trauma e uma de isolamento), 5 unidades de observação, a zona 6 (pessoas a aguardar internamento), balcão macas (pessoas em maca triadas de verde e amarelo), 1 balcão ambulatório (pessoas em cadeirão ou cadeira de rodas), a pequena cirurgia, a ortopedia e o gabinete 6 (pessoas a pé) e a clínica de atendimento de serviço de urgência que funciona das 10 às 22horas, que observa pessoas verdes e azuis a pé e, por fim, o i-URGÊNCIA (gabinete de informação que laborava das 10-20horas).

Nas salas de emergência, são designados enfermeiros especialistas em EMC na área EPSC bem como enfermeiros com formação em Suporte Avançado de Vida e cuidados à PSC. Além disso, um dos enfermeiros responsáveis pela SE integra a Equipa de Emergência Intra-hospitalar. A participação ativa nesses cuidados proporcionou o aprimoramento de conhecimentos e práticas direcionadas à PSC. Por outro lado, a responsabilidade atribuída ao enfermeiro alocado na reposição da sala permitiu assegurar o cumprimento do equipamento médico das

recomendações estabelecidas pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) nas Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência ACSS(2019).

1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O estágio realizou-se numa ULS situada na região centro, cuja visão é ser uma referência em cuidados de saúde integrados, abrangendo as áreas de cuidados primários, hospitalares, paliativos e de convalescença. Nesta ULS procuram-se prestar serviços preventivos, personalizados, humanizados e de excelência técnica, científica e relacional, ao longo de todas as fases da vida, com o objetivo de criar um ambiente de confiança e vínculo entre colaboradores e doentes, enquanto promove a investigação, a formação contínua e o ensino, valorizando e retendo profissionais altamente qualificados e competentes.

A ULS é constituída por 3 hospitais e 82 Unidades Funcionais na área dos Cuidados de Saúde Primários, regendo-se por valores essenciais como a qualidade e segurança, a integração e complementaridade, a ética e integridade, a sustentabilidade e a humanização e dando resposta direta a cerca de 170 mil habitantes dos 11 concelhos abrangentes.

Em 2024, a ULS foi recertificada pelo Modelo Internacional de Acreditação em Saúde com “Nível Bom” da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia* (ACSA) (SNS, 2024).

O estágio decorreu no SMI desta ULS, sendo este serviço certificado pela norma NP EN ISO 9001:2015.

Tal como referido na Portaria nº290/2012 (2012), o SMI tem um Regulamento interno onde consta a identificação do diretor clínico e do seu substituto; da estrutura organizacional; dos deveres gerais dos profissionais; das categorias e graduações profissionais, funções e competências de cada grupo profissional e das normas de funcionamento.

Este regulamento estabelece que o serviço é organizado funcionalmente em duas unidades: a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, com 8 camas de nível III (incluindo duas salas de pressão negativa) e a Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente, com 4 camas de nível II, totalizando 12.

As camas estão organizadas em boxes individuais dispostas em formato *open space*, permitindo uma vigilância contínua. Cada *box* segue uma padronização: a cama está centralizada; à esquerda, encontram-se equipamentos como ventiladores mecânicos, monitores hemodinâmicos e insufladores manuais; à direita, localizam-se bombas e seringas infusoras, bem como sistemas de aspiração.

A equipa de enfermagem do SMI é composta por 37 enfermeiros, todos os elementos da equipa desempenham funções de coordenação de turno, ao contrário do recomendado pelo Parecer nº15/2018 (2018), e apresenta como método de trabalho implementado é o método individual de trabalho, uma vez que, o enfermeiro centra-se nas necessidades específicas de cada pessoa doente.

O enfermeiro gestor do serviço além de ser responsável pela equipa de enfermagem tem ainda a seu cargo a equipa de técnicos de auxiliar de saúde, sendo este EE em Enfermagem de Reabilitação.

O serviço conta com 6 especialistas em EMC PSC, 7 em ER e 1 em Enfermagem de Saúde Comunitária. De acordo com o Regulamento nº743/2019 (2019) , recomenda-se que 50% da equipa sejam especialistas em EMC PSC, assegurando esta proporção em permanência nas 24 horas e em cada turno. No entanto, essa norma não é cumprida no SMI, já que cada turno conta com 5 profissionais, e, na maioria das vezes, menos de 50% são especialistas em EMC PSC. A par disso, a equipa de reanimação intra-hospitalar está alocada ao SMI, sendo assegurada por elementos desta equipa exclusivamente, sendo constituída por um médico intensivista e um enfermeiro (Despacho nº9639/2018, 2018).

Por outro lado, e de acordo com o Regulamento nº743/2019 (2019) é recomendado que a equipa integre EE em ER, assegurando 12 horas de cuidados especializados por cada 8 doentes nas unidades de nível II, e por cada 5 doentes nas unidades de nível III, em todos os dias da semana. Embora o serviço conte com 7 EE nesta área, a flexibilidade de horários de alguns impede o cumprimento integral destas recomendações. No entanto, foi possível verificar a atuação destes profissionais nos cuidados à PSC, nomeadamente no recrutamento alveolar.

Por fim, o SMI colabora com outros serviços da ULS, com destaque o serviço de medicina física e reabilitação que oferece apoio diário nas manhãs, com terapeutas responsáveis pela realização de fisioterapia e cinesioterapia respiratória, além de contar com a consultoria da fisioterapia quando necessário; o serviço farmacêutico que garante assistência através de um farmacêutico, que gerência e orienta o uso da medicação; o serviço social que disponibiliza o apoio de uma técnica de serviço social, que, a partir da sinalização da equipa multidisciplinar, realiza avaliações de situações sociais e providencia o devido encaminhamento e o serviço de alimentação e dietética que é acionado conforme a necessidade identificada pela equipa, oferecendo suporte na alimentação.

1.3. EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

O estágio decorreu em duas unidades pertencentes a uma ULS localizada na região centro de Portugal, sendo estas SIV e VMER, tal com o estágio em SMI. Estas unidades regem-se pelas normas do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) assim como da ULS que estão integradas.

O INEM possui certificações que atestam a conformidade com normas internacionais, incluindo a NP EN ISO 9001:2015 para o Sistema de Gestão da Qualidade, a NP EN ISO 14001:2015 para Gestão Ambiental e a ISO 45001:2018 para Gestão de Segurança e Saúde no Trabalho e a NP ISO 21001:2020, referente a Sistemas de Gestão para Organizações Educativas/Formativas (Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), 2023).

Para atuar como tripulante nessas unidades, os enfermeiros e, no caso da VMER, também os médicos devem, primeiramente, concluir com sucesso o curso de VMER ou SIV, somente após a aprovação nesse curso poderão exercer funções nessas equipas (INEM, n.d.).

A equipa da SIV é constituída por 12 enfermeiros, incluindo três EE em EMC EPSC e um especialista em ER. Desses profissionais, três possuem vínculo com o INEM, enquanto os restantes desempenham funções no Serviço de Urgência do hospital correspondente.

Além disso, integram a equipa quatro Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar, que em conjunto com os enfermeiros, asseguram a resposta às emergências. Diariamente, essas equipas encontram-se operacionais para prestar assistência imediata a vítimas de doença súbita ou trauma, garantindo um atendimento qualificado e adequado no local das ocorrências.

O enfermeiro da SIV desempenha um papel fulcral no sistema de emergência pré-hospitalar, assumindo não só a liderança da equipa composta por um técnico de emergência pré-hospitalar, como também a responsabilidade pela prestação de cuidados diferenciados às pessoas vítimas de acidente ou doença súbita em situação crítica. Para além de assegurar a estabilização clínica e o transporte seguro da PSC, o enfermeiro que trabalha em SIV é também quem garante a operacionalidade permanente do meio, zelando pela verificação de equipamentos, higienização da célula sanitária, reposição de materiais e medicação, e pelo cumprimento rigoroso dos registos clínicos. O seu contributo técnico e humano, aliado à exigência de formação especializada, representa um ganho inegável para a eficiência, qualidade e segurança dos cuidados prestados às PSC (Parecer nº22/2015,2015).

Quanto à equipa da VMER é composta por 18 enfermeiros pertencentes à ULS, incluindo 5 EE em EMC EPSC, 1 EE em ER e 1 EE em Saúde Infantil e Pediátrica. Além disso, integram médicos de diferentes hospitais e especialidades, garantindo uma resposta multidisciplinar.

Nos locais de estágio, adotou-se um método de trabalho em equipa, no qual um líder orienta um grupo de profissionais. Na SIV esse líder é o enfermeiro, enquanto na VMER é o médico por ser a pessoa mais diferenciada na equipa. No entanto, todos os membros têm conhecimento das necessidades da vítima, contribuindo de forma específica para o seu cuidado, dado que o trabalho em equipa interprofissional baseia-se na colaboração entre diferentes áreas, exigindo coordenação e integração para uma atuação complementar e eficaz, o que é verificado no pré-hospitalar (Peduzzi et al.,2020).

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências do EE englobam um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes avançadas que permitem a prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade, adaptados às necessidades específicas das pessoas e contextos clínicos. Estas competências são regulamentadas pela OE, que estabelece tanto as competências comuns a todos os especialistas como as específicas de cada área de especialização (Regulamento nº140/2019, 2019).

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Este capítulo visa destacar as competências desenvolvidas durante o estágio, refletindo sobre as experiências e atividades realizadas. A sua elaboração fundamenta-se nas competências comuns do EE, conforme estabelecido no Regulamento nº140/2019, 2019.

2.1.1. Responsabilidade profissional, ético, legal

No decorrer dos estágios foi possível mobilizar a Deontologia Profissional, o Regulamento do Exercício Profissional e os princípios éticos na prática reflexiva, de forma a garantir cuidados de excelência. Esses elementos orientam as ações e decisões dos enfermeiros, promovendo responsabilidade, competência e ética. Dado que, a tomada de decisão é uma constante na prática dos enfermeiros, especialmente no cuidado à PSC devido à complexidade inerente a essas situações (OE, 2005; OE, 2015a; OE, 2015b).

Na prática clínica, é fundamental aplicar conhecimentos e seguir os regulamentos e princípios éticos, como a beneficência, a não maleficência e a justiça. Este último estabelece que "situações idênticas devem ser tratadas igualmente e as que não são iguais, tratadas de forma diferente, de acordo com as suas diferenças" (OE, 2015b, p.60). Durante o estágio no SUP, observou-se que uma parte significativa das pessoas não falava português, o que dificultava a compreensão dos motivos que as levavam a procurar o serviço e, conseqüentemente, a realização de uma triagem de Manchester adequada. Este desafio está relacionado com o facto de a ULS LVT ter assinado a Carta Portuguesa para a Diversidade e Inclusão, tendo atendido, em 2023, pessoas de 189 nacionalidades diferentes.

A par disso, no decorrer dos estágios priorizou-se o respeito pela privacidade, dignidade e confidencialidade das pessoas. No SUP, decorreu uma situação na SE onde uma pessoa vítima de atropelamento apresentou uma dissecação da artéria femoral com isquémia do membro, necessitando de amputação. Mesmo diante da urgência da situação, a pessoa foi informada sobre a sua condição e os procedimentos necessários, uma vez que se apresentava consciente e

orientada, obteve-se o seu consentimento para as intervenções, respeitando o seu direito à autonomia, conforme destacado por Santos e Magri (2024), uma vez que, a autonomia é um princípio ético fundamental na enfermagem, promovendo a dignidade humana e o respeito pelos valores individuais em diversos contextos da prática. Além disso, após autorização da pessoa, permitiu-se a visita de familiares e partilharam-se informações conforme autorizado pela vítima, em conformidade com o artigo nº 106 do Código Deontológico da OE (2005) que refere que elevados padrões éticos e legais, promovem um cuidado humano e compassivo, essencial para o bem-estar da pessoa e das suas famílias em momentos difíceis, alinhando-se com a Teoria das Transições de Meleis (Meleis, 2010).

Por sua vez, no SMI, apesar do ambiente em *open space* facilitar a vigilância e monitorização, a privacidade das pessoas é assegurada através de cortinas que separam as unidades. Durante o estágio, estes valores foram rigorosamente mantidos, especialmente numa situação delicada envolvendo uma PSC sob investigação da Polícia Judiciária. Esta pessoa tinha ingerido mais de 50 invólucros de estupefacientes, um dos quais se alojou na parede gástrica, provocando infeção e necessitando de intervenção cirúrgica para remoção dos invólucros. Nestas circunstâncias, foi fundamental manter o foco nos cuidados centrados à PSC, garantindo sempre a preservação do sigilo profissional OE (2005).

Já em contextos pré-hospitalares, manter a privacidade e a confidencialidade da pessoa é um desafio, especialmente em situações de emergência onde a segurança e a eficácia do atendimento são prioritárias. Uma situação que ocorreu foi o acionamento para uma Paragem Cardiorrespiratória (PCR) numa residência localizada numa estrada de difícil acesso. A chegada de múltiplas ambulâncias (SIV e de Suporte básico de vida) que atraiu a atenção de vizinhos, comprometendo a privacidade da pessoa. Nessas circunstâncias, é essencial que solicitar educadamente aos presentes que se afastem e, sempre que possível, fechar portas ou utilizar barreiras físicas para limitar a exposição da pessoa, garantindo o sigilo profissional e o respeito pela sua dignidade, tal como se efetuou nesta situação.

Além disso, os profissionais de saúde devem estar cientes das diretrizes estabelecidas pelo INEM, que enfatizam a importância da confidencialidade e do comportamento ético no atendimento pré-hospitalar (INEM,2023a). A adesão a essas diretrizes assegura que, mesmo em ambientes desafiadores, os direitos das pessoas sejam protegidos e que os cuidados prestados respeitem os mais altos padrões éticos e profissionais.

Quanto à passagem de turno, no SMI esta realiza-se junto do balcão central, com a presença de todos os enfermeiros, garantindo a partilha de informações sobre a situação clínica das pessoas e assegurando uma vigilância contínua. No entanto, verificou-se que as PSC conseguem ouvir a transmissão das informações, o que pode impactar negativamente a sua experiência no serviço.

Este facto foi identificado através das consultas de *follow-up* realizadas pelos EE EMC na área EPSC, que ocorrem três meses após a alta hospitalar. De acordo com dados internos, uma percentagem significativa das pessoas referiu que a principal recordação negativa do internamento foi o ruído durante a passagem de turno.

Com o objetivo de sensibilizar os profissionais do serviço para esta questão, foi elaborado um póster informativo com o tema “Ruído: Impacto e Intervenções”, destacando a importância da redução do ruído na promoção do conforto e bem-estar da PSC.

Relativamente à gestão da informação, o processo clínico encontra-se totalmente informatizado, garantindo a confidencialidade dos dados. Os documentos em papel, como as folhas de passagem de turno e de terapêutica, utilizadas como apoio durante o turno, são devidamente eliminados numa destruidora de papel, reforçando a segurança e a proteção da informação clínica.

Por sua vez, no SUP, a passagem de turno é realizada junto às pessoas nas salas de atendimento, que frequentemente acomodam múltiplas pessoas doentes, comprometendo a privacidade durante a transmissão de informações clínicas. Esta prática decorre da necessidade de vigilância contínua das pessoas. Para mitigar a falta de privacidade, os profissionais adotam um tom de voz mais baixo e aproximam-se da pessoa em questão, procurando minimizar a possibilidade de outros ouvirem informação privada. No entanto, é importante considerar que, apesar destas medidas, a confidencialidade pode não ser totalmente assegurada. Pereira & Oliveira (2022) destacam que a preservação da privacidade e confidencialidade durante a passagem de turno é essencial para a qualidade dos cuidados prestados, sendo necessário implementar estratégias que garantam a segurança das informações das pessoas.

No ambiente pré-hospitalar é fundamental a comunicação para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados às pessoas. Uma transmissão de informações clara e precisa entre as equipas de emergência e os serviços hospitalares assegura a continuidade dos cuidados e minimiza riscos, assim tal como recomendado pela Norma nº001/2017 da Direção-Geral da Saúde (DGS) a utilização da mnemónica ISBAR (I – identificação; S – situação atual; B –

anteriores; A – avaliação; R – recomendações) revela-se importante a fim de garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados de saúde, promovendo uma troca eficaz de informações entre os profissionais (Marques et al., 2023). A utilização desta mnemónica foi evidente em todos os locais de estágio.

A par disto, torna-se fundamental assegurar as condições de segurança na abordagem à PSC, especialmente porque essas condições são mais difíceis de garantir em ambiente pré-hospitalar. Um exemplo ocorrido durante o estágio ilustra essa situação: num acidente com múltiplas vítimas, o condutor de um dos veículos envolvidos encontrava-se em PCR, sendo necessária à sua remoção através de desencarceramento. No entanto, não foi possível realizar imediatamente a extração devido à falta de segurança, dado que, na traseira do veículo havia colmeias, representando um risco para as equipas de socorro. Assim, foi necessário aguardar a chegada de um apicultor para eliminar o perigo e viabilizar o desencarceramento em condições de segurança. No estudo de Dias et al. (2016) é evidenciado a importância de verificar as condições de segurança para assegurar uma abordagem segura.

Após asseguradas as condições de segurança e garantida a privacidade, é necessário proceder à anamnese, começando por uma avaliação primária da vítima, seguida de uma avaliação secundária (*International Trauma Life Support, 2019*). Além de se questionar a pessoa, caso esta esteja em condições ou uma pessoa significativa, se presente é importante questionar a equipa que chegou previamente nomeadamente os bombeiros, sobre os dados já recolhidos.

A implementação do Testamento Vital em Portugal visa assegurar que as preferências dos cidadãos sejam respeitadas em situações de incapacidade de expressão. Contudo, a consulta ao Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) enfrenta desafios significativos, especialmente em contextos pré-hospitalares e de serviços de urgência. A falta de acesso ao registo de saúde eletrónico dificulta que os profissionais de emergência pré-hospitalar conheçam as diretivas antecipadas de vontade das pessoas, levando frequentemente à aplicação do consentimento presumido, baseado nos princípios éticos de beneficência e não maleficência, como consta no artigo nº156 do código penal que refere que o tratamento foi realizado visando a *leges artis* de forma a evitar um perigo à vida, corpo ou saúde da pessoa, e não se verificando circunstâncias de que o consentimento teria sido recusado (Decreto-Lei nº48/95, 1995). Nunes (2015) destaca que, em situações críticas, os enfermeiros devem centrar-se na pessoa em risco, considerando tanto as suas escolhas e decisões como a garantia de uma morte digna. Este cenário sublinha a necessidade de melhorar o acesso e a consulta ao RENTEV, garantindo que

as vontades previamente expressas pelas pessoas sejam respeitadas em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

Por sua vez, no SMI, onde está implementado um programa de doação e colheita de órgãos em dadores em morte cerebral, é fundamental consultar o RENTEV e o Registo Nacional de Não Dadores (RENDA) para respeitar a vontade expressa da pessoa ou do seu representante legal. Esta consulta assegura que apenas são colhidos órgãos ou tecidos de indivíduos que não tenham manifestado oposição prévia, garantindo o respeito pelos direitos e desejos individuais. Dado que, a doação de órgãos em Portugal baseia-se no princípio da doação presumida, o que significa que todos os cidadãos são considerados potenciais dadores, a menos que tenham expressado formalmente a sua objeção (Decreto de Lei nº244/94, 1994).

Além disso, a legislação portuguesa assegura que todos aqueles que, no exercício das suas funções, tomem conhecimento dos dados pessoais constantes do RENDDA, fiquem obrigados a observar sigilo profissional, mesmo após o termo das respetivas funções. Esta confidencialidade é fundamental para manter a confiança no sistema de saúde e no processo de doação de órgãos (Decreto de Lei nº244/94, 1994).

A falta de conhecimento por parte das famílias sobre as vontades dos seus entes queridos pode originar dilemas éticos para os profissionais de saúde. Além disso, a morte cerebral é frequentemente mal compreendida, gerando resistência à doação de órgãos. Neste contexto, a comunicação eficaz do enfermeiro com a família/ pessoa significativa em situações críticas é essencial para assegurar a qualidade dos cuidados prestados e o bem-estar dos envolvidos. No hospital onde se realizou o estágio, a equipa responsável pela colheita de órgãos tem de se deslocar à instituição para realizar a mesma. Por vezes, o intervalo entre a confirmação da morte cerebral e certificação do óbito e a colheita de órgãos ultrapassa as 12 horas, exigindo a manutenção da estabilidade hemodinâmica do dador, incluindo suporte ventilatório, para garantir a viabilidade dos órgãos.

Para as famílias, pode ser difícil aceitar que, apesar do diagnóstico de morte, o corpo do seu familiar permaneça com suporte ventilatório para preservar os órgãos destinados à doação. Nessas situações, é fundamental que o enfermeiro adote uma abordagem humanizada e sensível, fornecendo informações claras e apoio emocional, de modo a facilitar a compreensão e aceitação do processo por parte dos familiares. O estudo de Furtado et al. (2021) corrobora esta visão, concluindo que o enfermeiro desempenha um papel essencial na coordenação e

execução do processo de doação de órgãos, desde a procura ativa e manutenção da pessoa em morte cerebral até ao suporte às famílias na tomada de decisão.

Deste modo, ao longo dos estágios, foi possível evidenciar a integração e aplicação consistente dos princípios éticos e deontológicos da profissão, assegurando a prestação de cuidados seguros, humanizados e orientados pela excelência. Através da reflexão crítica sobre as práticas, da tomada de decisão fundamentada e do compromisso com a privacidade, dignidade e autonomia das pessoas, considera-se que esta competência foi atingida, demonstrando sentido de responsabilidade, ética e profissionalismo no exercício da enfermagem.

2.1.2. Melhoria contínua da qualidade

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem orientam a prática profissional, assegurando que os cuidados prestados são seguros, eficazes e humanizados. A sua implementação contribui para a valorização da enfermagem e para a melhoria contínua dos serviços de saúde, garantindo que a pessoa esteja sempre no centro do cuidado. Nestes padrões estão presentes os 6 enunciados descritivos, sendo eles: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e por fim, a organização dos cuidados de enfermagem (OE,2001).

Nas OS onde decorreram os estágios, são seguidos rigorosos padrões de qualidade e segurança. A OS onde se realizou o estágio de urgência dispõe de um Gabinete de Segurança da pessoa doente, cuja missão é contribuir para a deteção, prevenção e controlo de fatores de risco, promovendo o desenvolvimento de sistemas de trabalho, práticas e instalações mais seguras. Este gabinete integra oito dimensões fundamentais, incluindo a segurança na comunicação e na utilização de medicação, o sistema de relato de incidentes, a identificação inequívoca da pessoa e a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.

Por sua vez, a OS onde decorreram os estágios de medicina intensiva e ambiente pré-hospitalar (SIV e VMER), por pertencer à mesma ULS, também dispõe de um serviço de gestão da qualidade. Este serviço tem como objetivo desenvolver métodos, ferramentas e programas que garantam a melhoria contínua do desempenho, assegurando a satisfação das pessoas, a qualidade da assistência, a eficácia e a eficiência organizacional, bem como a gestão de riscos hospitalares.

Estes setores atuam como parceiros no grupo de gestão de risco da segurança do doente, contribuindo para a implementação de políticas internacionais nesta área. Entre estas destacam-

se o controlo de infeções, a segurança nos procedimentos cirúrgicos, a gestão de eventos relacionados com a medicação, a prevenção de quedas e o tratamento de úlceras de pressão, conforme estabelecido no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (DGS,2022).

No que diz respeito à cultura de segurança no uso de medicamentos é de extrema importância, seguir as diretrizes da Norma nº008/2023 (2023). Esta norma destaca que os Medicamentos de Alerta Máximo (MAM) apresentam um risco acrescido de causar danos significativos devido a falhas no seu processo de utilização.

Deste modo, torna-se essencial desenvolver estratégias adequadas de armazenamento, incluindo o uso de equipamentos semiautomáticos, para garantir a separação física e a correta identificação destes medicamentos. Entre essas estratégias, destacam-se o armazenamento separado, a sinalização com grafismos distintos para medicamentos *Look-Alike*, *Sound-Alike* (LASA) e o uso de cores ou pictogramas, especialmente para os MAM e os medicamentos com a mesma Denominação Comum Internacional (DCI) (Norma nº008/2023, 2023).

Assim, a SUP dispõe do sistema *Pyxis*, sistema semiautomáticos, para o armazenamento de medicação, contribuindo para reforçar a segurança em todas as etapas do processo de utilização dos medicamentos. A par disto, os medicamentos estão organizados respeitando a sinalização com grafismo mencionada na Norma nº 008/2023 (2023). Paralelamente, a utilização do *Health Care Information System (HCIS)* permite aos profissionais notificar de forma eficiente incidentes, erros de medicação e eventos adversos, promovendo uma resposta mais ágil e eficaz.

No entanto, no SMI, assim como na SIV e VMER, não existem equipamentos semiautomáticos para o armazenamento de medicação. Contudo, nos respetivos armazéns, os medicamentos encontram-se organizados e com a sinalização e o grafismo emanados pela norma anterior.

No contexto pré-hospitalar, a medicação que integra a carga das viaturas e é armazenada numa bolsa específica, não apresentando a mesma sinalização ou grafismo como consta na norma. No entanto, a reposição da medicação é realizada após cada saída, garantindo que os *stocks* estão sempre atualizados. Adicionalmente, é realizada uma auditoria semanal para verificar se o stock estipulado pelo INEM é cumprido e se os medicamentos estão devidamente acondicionados. Além disso, a cada mês, procede-se ainda à verificação das datas de validade, assegurando a qualidade e segurança dos fármacos utilizados.

Ademais, na OS onde decorreram os estágios de medicina intensiva e pré-hospitalar, a utilização do *Health Event & Risk Management (HER+)* permite que os profissionais notifiquem de forma eficiente incidentes, erros de medicação e eventos adversos, contribuindo para a melhoria contínua da segurança e qualidade dos cuidados prestados (Shaikh,2022).

No SMI encontra-se implementado o sistema informático *Bsimple-PatientCare*, que integra monitores de sinais vitais e ventiladores numa central, possibilitando a transferência automática de dados diretamente para o sistema. Esta tecnologia permite uma monitorização contínua em tempo real, promovendo maior eficiência, precisão e suporte avançado à tomada de decisão clínica.

Por sua vez, em contexto pré-hospitalar, a segurança é reforçada pela utilização do *iTeams® (INEM Tool for Emergency Alert Medical System)*, uma plataforma desenvolvida para facilitar a comunicação e coordenação entre as equipas de emergência, incluindo ambulâncias, enfermeiros e médicos. O *iTeams®* melhora a gestão das operações de emergência, garantindo uma resposta mais rápida e eficaz em situações críticas.

Esta ferramenta permite ao enfermeiro identificar a pessoa registar o incidente, definir diagnósticos de enfermagem com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e selecionar os protocolos adequados às intervenções realizadas. No entanto, é importante destacar que os protocolos são aplicáveis apenas em contextos SIV, uma vez que, nas equipas de VMER, a validação das prescrições é da responsabilidade do médico (parecer nº22/2015,2015; parecer nº05/2021,2021).

Outro elemento crucial no processo de monitorização clínica é a escala *NEWS (National Early Warning Score)*, um sistema de pontuação de alerta precoce que identifica situações críticas, antecipa eventos adversos e suporta a decisão de referenciação da pessoa. Com base na avaliação de parâmetros fisiológicos vitais, a escala permite a deteção rápida de alterações clínicas, possibilitando uma intervenção precoce e a referenciação atempada para unidades hospitalares adequadas. Este processo otimiza a gestão de recursos e assegura que as PSC recebem assistência de forma eficaz e oportuna, conforme evidenciado por (Miranda et al., 2024).

O *iTeams®* também desempenha um papel fundamental na comunicação entre os profissionais de saúde e o médico regulador, permitindo a transmissão de informações detalhadas sobre o estado da pessoa. Esta comunicação ocorre tanto através do envio de dados pelo sistema, como via telefone, para confirmar o local de transferência da pessoa. Nos casos em que o sistema se

encontra indisponível, a comunicação é assegurada através do Verbete Nacional de Socorro, em formato físico, sendo posteriormente arquivado, e a passagem de dados é realizada exclusivamente por telefone (INEM, 2021).

Adicionalmente, sempre que ocorre uma situação de PCR o registo é efetuado na Plataforma Nacional de PCR Pré-Hospitalar. A conjugação deste registo com os dados inseridos no iTeams® e com o resumo de informações enviadas a partir do monitor/desfibrilhador permite a realização de auditorias realizadas por um Enfermeiro do INEM, com o objetivo de melhorar a atuação nestes casos e garantir a qualidade dos cuidados prestados (INEM, 2021).

Para além das ocorrências clínicas, todos os acionamentos, incidentes operacionais ou inoperabilidade das viaturas são registados numa base de dados criada especificamente para este efeito. Esta base de dados possibilita a análise anual da atividade das ambulâncias SIV e das VMER, permitindo avaliar a eficiência e a eficácia dos serviços de emergência em Portugal e identificar oportunidades de melhoria.

Além disso, no SMI e no SUP foram implementadas medidas para minimizar os riscos associados às transfusões de sangue, nomeadamente através do programa *Biolog Transfusion - Patient Safety*. Este sistema permite adotar práticas e protocolos rigorosos para garantir a segurança das pessoas durante todo o processo transfusional.

O programa foca-se na redução de riscos, como reações adversas e infeções, através de procedimentos que incluem a verificação da compatibilidade sanguínea, o controlo de qualidade dos produtos hemoterápicos e a monitorização contínua das pessoas durante e após a transfusão. A adoção destes protocolos é essencial para prevenir erros transfusionais e garantir a segurança do procedimento (Almeida et al., 2022).

Durante a transfusão, podem ocorrer intercorrências, como hipertermia, que requerem a suspensão imediata do processo (Almeida et al., 2022). Ao interromper a perfusão, o motivo é registado no dispositivo, permitindo ao serviço de sangue identificar a bolsa e o tempo de transfusão. A bolsa é devolvida ao serviço de sangue para análise, o que possibilita investigar as causas e assegurar um controlo rigoroso sobre a qualidade dos componentes sanguíneos.

Este protocolo não se aplica ao meio pré-hospitalar, uma vez que, atualmente, a transfusão de componentes sanguíneos ainda não é realizada nesse contexto. No entanto, a evidência científica aponta para potenciais benefícios da sua implementação futura. De acordo com o estudo de Marcussi et al. (2024) a administração de concentrados de eritrócitos em ambiente

pré-hospitalar pode desempenhar um papel fundamental na abordagem inicial de vítimas com hemorragia grave.

A transfusão precoce de concentrados de hemácias permitiria uma reanimação hemostática mais rápida e eficaz, favorecendo a estabilização hemodinâmica e reduzindo a necessidade de transfusões adicionais no ambiente hospitalar. Além disso, este procedimento pode contribuir significativamente para a atenuação da tríade letal da hemorragia traumática, que inclui hipotermia, acidose e coagulopatia, fatores que agravam o prognóstico das PSC e aumentam a taxa de mortalidade

Deste modo, apesar de ainda não estar disponível na prática pré-hospitalar nacional, a utilização de concentrados de hemácias pode representar um avanço significativo na abordagem à PSC, podendo vir a integrar futuras estratégias de melhoria.

Os meios SIV e VMER assentam nos 5 pilares que regem pelo PNSD, como tal o INEM fornece formação sobre ações de sensibilização dirigidas aos seus profissionais sobre Segurança do Doente no Pré-hospitalar. Um exemplo desse cumprimento no decorrer do estágio foi aquando na VMER, é-se acionado para um acidente de um veículo de 4 rodas contra uma árvore. Há chegada, sendo a primeira corporação a chegar, depara-se que a viatura se encontrava em posição lateral fixa somente na árvore com o condutor no interior da mesma, dado ser necessário garantir condições de segurança, tem que se aguardar pela chegada dos bombeiros sapadores, enquanto isso é de extrema importância conversar com a vítima, de forma a acalmar a mesma e tentar perceber se tem queixas álgicas para antecipar possíveis complicações (INEM, 2019). Esta situação reflete os 5 pilares do PNSD, pois a Cultura de Segurança foi evidenciada pela priorização da proteção da vítima e da equipa, aguardando a chegada dos bombeiros sapadores para garantir a segurança na abordagem; a Liderança e Governança ficou clara na coordenação eficaz da equipa, com cada membro cumprindo a sua função específica; a Comunicação foi essencial para acalmar a vítima, obter informações sobre as suas condições e transmitir esses dados à equipa de apoio; a Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança demonstrou-se na gestão do incidente, com a identificação de riscos como a necessidade de desencarceramento e a espera pelos profissionais adequados para garantir segurança; e, por fim, o pilar das Práticas Seguras em Ambientes Seguros foi evidenciado pela atuação da equipa apenas após garantir condições de segurança (Despacho n°9390/2021, 2021).

A par disso, no SMI foi possível identificar que as práticas alinhadas com o Despacho n°9390/2021(2021) que promove a implementação de práticas seguras nas seguintes áreas: “

quedas, úlceras por pressão, infeções associadas a cuidados de saúde, identificação inequívoca de doentes, e segurança da medicação” (p.121), é realizada e auditada neste serviço.

Ao participar-se nestas práticas, esta competência é desenvolvida e consolidada, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

2.1.3. Gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados de enfermagem é uma responsabilidade fundamental dos enfermeiros, englobando diversas tarefas essenciais para assegurar a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde. A competência dos enfermeiros nesta área é crucial para a segurança e excelência dos cuidados prestados, conforme destacado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, particularmente no enunciado descritivo relativo à organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2017).

Adicionalmente, o Regulamento nº101/2015 (2015) estabelece o perfil de competências do enfermeiro gestor, reconhecendo a importância de competências acrescidas na gestão para responder de forma dinâmica às necessidades em cuidados de saúde da população.

Este regulamento define as competências do enfermeiro gestor, que incluem a liderança, a tomada de decisões estratégicas, a gestão de recursos humanos e materiais, e a promoção de um ambiente de trabalho que favoreça a qualidade dos cuidados de enfermagem. A implementação eficaz destas competências contribui significativamente para a melhoria contínua dos serviços de saúde e para a satisfação das pessoas (Regulamento nº101/2015, 2015).

No decorrer dos estágios foi possível participar ativamente com os enfermeiros chefes/gestores do serviço evidenciando a importância crucial do seu papel. Estes profissionais supervisionam a assistência prestada pela equipa, resolvem conflitos, oferecem soluções, organizam reuniões, facilitam atualizações através de cursos e palestras, planeiam horários e preparam o setor hospitalar para obter certificações e qualificações necessárias (Monteiro et al., 2023).

No SUP, além do enfermeiro chefe, a equipa é composta por cinco enfermeiros gestores que trabalham de 2ª a 6ª, das 8 às 16h30 horas. As suas funções incluem a reposição de stock, assegurar a operacionalidade dos equipamentos, gestão de armazéns e supervisão dos técnicos auxiliares de saúde (TAS).

Paralelamente, existem os enfermeiros responsáveis ou coordenadores de turno sendo estes especialistas, que possuem conhecimento das competências dos enfermeiros e do funcionamento do serviço. Estes profissionais planificam a distribuição dos enfermeiros nos

turnos, autorizam trocas, gerem o material e coordenam a equipa de TAS na ausência dos enfermeiros gestores, garantindo o funcionamento eficiente e seguro do serviço (Parecer Conjunto nº1/2017,2017).

Já no SMI, o enfermeiro gestor possui uma especialidade e um conhecimento aprofundado do serviço, conforme recomendado pelo Regulamento nº76/2018 (2018). No entanto, todos os enfermeiros desempenham funções de responsabilidade e coordenação de turno, assumindo tarefas como a gestão do turno, a organização do material, a distribuição de recursos e a garantia do funcionamento eficiente e seguro do serviço.

Por outro lado, na VMER e SIV existe um enfermeiro coordenador do serviço, sendo em ambos os meios, detentores de especialidade em EMC na área de EPSC.

Durante os estágios, na colaboração nas tarefas de gestão houve a possibilidade elaborar horários e recolher dados para a elaboração do relatório anual de atividades. Na SIV, houve também a possibilidade de realizar auditorias aos registos e de contribuir para a elaboração do relatório anual. Sendo este documento um instrumento essencial para a análise e avaliação do desempenho do serviço, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (INEM, 2023b).

A par disto, na SIV, o enfermeiro assume a função de *team leader*, coordenando a atuação da equipa. Já na VMER, essa responsabilidade cabe ao médico, ambos trabalhando em articulação com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes para garantir uma resposta eficaz às emergências (INEM, 2019).

A função de *team leader* é essencial para a orientação, motivação e desenvolvimento dos membros da equipa, influenciando diretamente tanto o desempenho individual como os resultados globais do grupo (Moura et al., 2020). Foi evidente a existência de um verdadeiro espírito de equipa nas duplas que compõem as equipas da SIV e da VMER, o que resultou num trabalho coordenado e eficaz. Verificou-se um ambiente propício ao diálogo, à reflexão e à tomada de decisão conjunta, sempre com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados prestados, conforme demonstrado no estudo de Pereira & Lima (2009).

No que concerne o trabalho de enfermagem no SMI foi ainda possível contactar com o *Nursing Activities Score*, este instrumento quantifica a carga de trabalho da enfermagem em cuidados intensivos, atribuindo pontuações a diferentes atividades realizadas. Permite estimar a

necessidade de profissionais, otimizando a gestão de recursos e garantindo a qualidade dos cuidados (Marcussi et al., 2024).

Assim, a progressão na competência de gestão evidencia-se pelo envolvimento dos enfermeiros em atividades de coordenação, auditoria, liderança e organização dos cuidados, destacando a relevância da experiência prática no desenvolvimento profissional. Este conceito está alinhado com a teoria de *Benner*, que descreve a evolução dos enfermeiros desde o nível de iniciado até ao de perito, sublinhando o papel fundamental da prática na consolidação das competências (Benner, 2005).

Em suma, estas experiências realçaram a importância de uma gestão estratégica eficiente na otimização dos recursos, sendo essencial para garantir a qualidade e a eficácia dos cuidados prestados à PSC. Este processo é determinante para assegurar o bom funcionamento do serviço e a excelência no atendimento, promovendo a segurança e a melhoria contínua dos cuidados de saúde.

2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A aprendizagem contínua ao longo da vida profissional é essencial para os enfermeiros permitindo-lhes adaptar-se às constantes evoluções tecnológicas e sociais, garantir a qualidade dos cuidados prestados e contribuir para a saúde universal. Este processo contínuo de desenvolvimento profissional requer a integração de conhecimentos técnicos e comportamentais, bem como a capacidade de gerir ativamente competências e atitudes. A prática reflexiva desempenha um papel fundamental neste contexto, incentivando os EE a analisarem criticamente as suas ações e decisões, promovendo uma melhoria contínua na prestação de cuidados de saúde (Ornellas & Monteiro, 2023).

Ao longo dos estágios, foram realizadas análises crítico-reflexivas baseadas em artigos científicos. No estágio realizado em SIV, o tema selecionado centrou-se nos contributos da intervenção do enfermeiro para a evolução clínica da PSC, explorando o papel fundamental deste profissional no contexto pré-hospitalar e destacando a sua influência positiva, especialmente em casos de PCR. Esta análise concluiu que a competência de dinamizar a resposta vai além da execução de protocolos, abrangendo a capacidade de gerir recursos, liderar equipas, adaptar-se a contextos imprevisíveis e tomar decisões informadas sob pressão. Este conjunto de habilidades é essencial para garantir uma prestação de cuidados eficiente, segura e humanizada à PSC, promovendo não apenas a sobrevivência, mas também a dignidade e o bem-estar nos momentos mais vulneráveis (Miranda et al., 2024).

Por outro lado, no SMI, durante as consultas de follow-up, nas quais estão presentes as pessoas, a família e/ou a pessoa significativa, é possível identificar que estes referem o ruído como uma das memórias negativas marcantes do internamento no serviço. Estes referem que o ruído é frequentemente causado tanto pelas conversas entre os profissionais de saúde como pelos dispositivos médicos em funcionamento. Face a esta realidade, tornou-se essencial realizar uma análise crítico-reflexiva sobre esta problemática, tendo como objetivo compreender o impacto do ruído no SMI, os seus efeitos e as intervenções para a sua redução. Nesta análise conclui-se que a redução do ruído contribui para a humanização dos cuidados, um conceito central na prática de enfermagem pois este afeta negativamente a saúde e o bem-estar das pessoas, perturbando o sono e aumentando o stress. Para mitigar esses efeitos, recomenda-se implementar programas educacionais que promovam a modificação comportamental e a educação contínua, introduzir períodos sem perturbação ou horários de silêncio, reduzir o volume dos alarmes, minimizar os cuidados durante a noite, desligar dispositivos eletrónicos desnecessários e limitar conversas. Estas medidas promovem um ambiente mais tranquilo e propício à recuperação, alinhando-se com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem que visam a satisfação da pessoa, a promoção da saúde e a prevenção de complicações (Pal et al., 2022; OE, 2001).

Adicionalmente, durante o estágio em pré-hospitalar, ocorreram casos de PCR em diferentes circunstâncias. Um desses casos decorreu em meio SIV, em que uma pessoa em PCR apresentava sinais de *livor e rigor mortis*, indícios de inviabilidade de ressuscitação cardiopulmonar, no entanto, apesar da formação em Suporte Imediato de Vida, foi necessária a prestação de cuidados específicos, nomeadamente Suporte imediato de vida. Por outro lado, uma experiência semelhante ocorreu no meio VMER, onde na presença de um médico, este procedeu à verificação do óbito e, havendo ausência de indícios de crime, o corpo permaneceu no local até à chegada da agência funerária para o levantamento do corpo, ficando a equipa disponível. Com base nesta reflexão foi realizado um estudo de caso, neste conclui-se que tendo em consideração a formação técnica, científica e ética dos enfermeiros, é pertinente defender a ampliação das suas competências legais para incluir a verificação de óbitos. Esta medida promoveria maior eficiência nos cuidados de emergência, evitando procedimentos desnecessários e assegurando uma atuação mais célere e humanizada.

Os cuidados em ambiente pré-hospitalar são intrinsecamente desafiantes, devido à imprevisibilidade dos cenários, à urgência na tomada de decisões, à gravidade das situações

clínicas e às condições adversas dos locais de intervenção. Esses fatores elevam os níveis de stress, exigindo dos profissional resiliência, rápida adaptação e elevado nível de competência técnica e emocional (Montero-Tejero et al., 2024). Um exemplo disso foi um caso de PCR em que a PSC se encontrava num quarto exíguo, dificultando tanto a prestação de cuidados no local como a sua extração. Além disso, a presença de uma pessoa significativa, que encontrou a PSC, acrescentou um fator adicional de tensão emocional à situação.

Desta forma, é necessário adotar-se uma postura de disponibilidade, esclarecimento e respeito, visando proporcionar conforto à família/pessoa significativa e fomentar competências na relação interpessoal, respeito e responsabilidade em relação a PSC e os seus familiares/pessoas significativas como regulamentado pela Entidade Reguladora da Saúde (2021).

Como tal em todos os estágios, procurou-se assegurar uma comunicação eficaz e humanizada com os familiares e pessoas significativas das PSC, adaptando as estratégias conforme o contexto de cada serviço. No SUP, priorizou-se a transmissão de informação clara à família, permitindo, sempre que possível, uma breve visita à PSC nomeadamente na Sala de Emergência (SE). No contexto da SIV e VMER destacou-se a importância de informar os familiares/ pessoa significativa sobre o local de transferência e o estado clínico da pessoa antes do transporte para o hospital. Já no SMI, durante os períodos de visita adotou-se uma postura de disponibilidade, esclarecimento e respeito, visando proporcionar conforto à família/pessoa significativa e fomentar competências na relação interpessoal, respeito e responsabilidade em relação à pessoa e aos seus familiares/ pessoas significativas. Um exemplo disso é que na primeira visita, os familiares são recebidos pelo médico e pelo enfermeiro responsável pela PSC, numa sala de reuniões, onde lhes é apresentada a condição clínica da pessoa e explicado o que esperar em termos de dispositivos médicos, como a ventilação mecânica invasiva, de forma a minimizar o impacto emocional do encontro. Durante o estágio, participou-se ativamente neste processo, contribuindo para o desenvolvimento desta competência.

Para promover o desenvolvimento das aprendizagens, participou-se em diversas formações ao longo dos estágios. Esta participação resultou num aprofundamento significativo de conhecimentos em temáticas cruciais, nomeadamente: “1º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico”; 17ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem, subordinada ao tema “Da intenção de mudar, à mudança!”; Simpósio Internacional de Enfermagem em Cuidados Intensivos: “Transição do Doente Crítico para a Comunidade” e num *Webinar* cujo tema é “Capacitar para o (improvável): gestão de recursos

em emergência médica e catástrofe”. Além disso, surgiu a oportunidade juntamente com a equipa pedagógica do mestrado, organizar umas jornadas, que se revelou uma experiência enriquecedora ao proporcionar a aquisição de competências específicas na área de organização e gestão de eventos científicos. Essa iniciativa permitiu não apenas o aprofundamento do conhecimento científico, mas também o desenvolvimento de habilidades práticas. Estas jornadas de EMC intitularam-se: “Queimadura- Presente e Futuro: uma cicatriz de dor, uma marca de resiliência”.

Além disso, durante os estágios, tornou-se necessário aprofundar conhecimentos por meio da observação da prática clínica, da reflexão conjunta com o enfermeiro orientador e da pesquisa. Este processo de reflexão é fundamental na formação em enfermagem, permitindo que os estudantes desenvolvam competências críticas e analíticas essenciais para a prática profissional. A prática reflexiva, realizada em colaboração com orientadores, facilita a integração entre teoria e prática, promovendo um aprendizado mais significativo e contextualizado. Além disso, a pesquisa de temas específicos complementa a formação, permitindo a atualização contínua e o desenvolvimento de uma prática baseada em evidências (Peixoto & Peixoto, 2016).

Na SIV o enfermeiro atua com base em protocolos pré-estabelecidos, sendo essencial o domínio rigoroso desses documentos antes da execução de qualquer intervenção. No entanto, a análise aprofundada desses protocolos pode suscitar dúvidas e inquietações, exigindo uma reflexão crítica sobre a sua aplicabilidade.

Um exemplo ilustrativo é o protocolo de analgesia para vítimas com 16 ou mais anos, que recomenda o início do tratamento com paracetamol e, na ausência do efeito desejado, a progressão direta para morfina. Esta abordagem omite a utilização de opióides fracos, representando uma alteração na clássica escala analgésica da Organização Mundial da Saúde. Tal decisão reflete evidências científicas recentes que sugerem a eliminação do segundo nível da escala, uma vez que os opióides fracos demonstram eficácia limitada no controlo da dor (Anekar et al., 2025).

Adicionalmente, importa destacar que, na VMER a abordagem terapêutica não segue protocolos rígidos, sendo as decisões tomadas de forma mais individualizada, de acordo com a avaliação do médico no local. Contudo, a carga analgésica disponível nas viaturas médicas é equivalente à da SIV, garantindo assim a mesma disponibilidade de fármacos para controlo da dor em ambos os meios.

A participação nos estágios proporcionou oportunidades de reflexão sobre diversas situações, permitindo o desenvolvimento do autoconhecimento, a identificação de limitações pessoais e a adoção de uma postura proativa na busca de aprendizagens fundamentadas em pesquisa científica contínua e pertinente de forma a alcançar esta competência.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências específicas do EE na Área de EPSC são fundamentais para assegurar a prestação de cuidados altamente qualificados e diferenciados, permitindo uma intervenção célere, fundamentada e eficaz em contextos de elevada complexidade clínica. Através da monitorização contínua, da tomada de decisão assertiva e da implementação de estratégias avançadas de cuidado, estes profissionais garantem a segurança, a dignidade e a maximização dos resultados em saúde, promovendo uma resposta especializada e humanizada às necessidades da PSC.

2.2.1. Cuida da pessoa a vivenciar processo complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

O cuidado é um elemento central na enfermagem, fundamentado em valores éticos e no código profissional que os enfermeiros incorporam na sua prática. É descrito como uma característica humana, uma obrigação moral, uma relação interpessoal e uma intervenção terapêutica. As teorias de cuidado geralmente classificam os comportamentos de cuidado em duas categorias principais, sendo elas: habilidades técnicas e atitudes e comportamentos emocionais (Alikari et al., 2022).

Deste modo, ao longo dos estágios surgiu oportunidades de desenvolver e aprimorar competências técnicas e comportamentais essenciais para a prática profissional. Essas experiências práticas permitem a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos, facilitando a integração entre teoria e prática (Pascoal & Sousa, 2021).

Durante os diversos estágios, a abordagem primária à PSC seguiu a nomenclatura CABCADE (*Catastrophic Hemorrhage Control, Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*). Este protocolo sistemático, reconhecido internacionalmente, prioriza intervenções essenciais, permitindo identificar, corrigir e estabilizar situações que colocam a pessoa em risco imediato de vida (*International Trauma Life Support, 2019*).

No estágio realizado no SUP foi possível ter contacto com a triagem de Manchester sendo este um sistema que, através de uma análise rápida e segura, determina o risco clínico da pessoa, orientando a tomada de decisões para um atendimento mais célere e eficiente em situações críticas. De acordo com o Grupo Português de Triagem (2011) o enfermeiro de triagem deve deter experiência em cuidados de urgência e capacidade para comunicar eficazmente com a pessoa e familiares/ pessoas significativas.

Dado que em Portugal, a afluência aos serviços de urgência é significativa, no SUP segundo dados internos registou recentemente uma média de 305 admissões diárias. Devido a esta procura torna-se imprescindível uma triagem adequada, incluindo a ativação das VV para assegurar a priorização correta dos casos mais graves e a eficiência do serviço.

No SUP, a ativação das VV, nomeadamente a VV de Acidente Vascular Cerebral, requer que o enfermeiro de triagem contacte o serviço de Neurologia e encaminhe a PSC, com o apoio dos bombeiros, para a realização imediata de uma tomografia computadorizada (TC). Este processo visa minimizar o tempo decorrido entre a admissão e a realização da TC (“porta-TC”), bem como reduzir o intervalo até ao início do tratamento trombolítico (“porta-agulha”), conforme estipulado pela Norma nº015/2017 (2017). A par disto, no âmbito da VV do Trauma, uma vez que este serviço atua como centro de referência, deve-se garantir não apenas a avaliação primária e secundária da pessoa politraumatizada, mas também a prestação de cuidados necessários ao tratamento definitivo. Durante o estágio, verificou-se a aplicação prática de conhecimentos teóricos previamente adquiridos, especialmente no que diz respeito à antecipação de complicações, em conformidade com as orientações da Norma nº12/2022 (2022).

Em cenários de trauma grave, como no caso de atropelamento ferroviário, torna-se essencial antecipar potenciais complicações decorrentes de lesões internas significativas, tais como esmagamento e laceração de órgãos. Essas lesões podem resultar em alterações do estado de consciência, exigindo intervenções imediatas e precisas, como via área avançada ou, em situações mais críticas, a realização de manobras de reanimação como se objetivou no estágio.

Durante o estágio, a observação e atuação em cenários complexos, como o atendimento a pessoas vítimas de atropelamento ou a pessoas em fim de vida, evidenciou a necessidade de uma comunicação clara, estruturada e empática com a PSC, a família e a pessoa significativa. Neste contexto, a aplicação do protocolo SPIKES (*Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy e Summary*) revelou-se essencial, uma vez que proporciona um método

estruturado para a transmissão de informações, garantindo que estas sejam compreendidas de forma clara e empática (Mahendiran et al., 2023). Adicionalmente, este protocolo também se aplica no SMI onde a comunicação eficaz assume um papel crucial na gestão de situações críticas.

À luz disso, a teoria das transições, desenvolvida por Meleis (2010) descreve que a passagem de um estado de saúde para um estado de doença pode ser acompanhada por eventos inesperados, exigindo um suporte psicológico adequado não apenas para a PSC, mas também para a sua família e pessoa significativa. Este apoio é fundamental para facilitar a adaptação à nova realidade e minimizar o impacto emocional da mudança súbita no estado de saúde. A disponibilização de suporte psicológico durante estas transições contribui para a superação das adversidades, promovendo a recuperação física e emocional da PSC/família/pessoa significativa ao longo do processo da doença.

No SMI a preparação da família e/ou a pessoa significativa para o processo de doação de órgãos é essencial, uma vez que envolve não apenas decisões médicas, mas também uma carga emocional significativa. Assim, a realização de reuniões com estes, proporciona-lhes tempo para esclarecer dúvidas e oferecer apoio, permitindo-lhes despedir-se da pessoa de forma respeitosa. De acordo com a legislação portuguesa, especificamente a Lei nº12/93 (1993), “são considerados como potenciais dadores *post mortem* todos os cidadãos nacionais e os apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores” (p.1962). Este sistema de consentimento presumido destaca a importância de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e as famílias/pessoas significativas, garantindo que estas estejam informadas e apoiadas durante todo o processo de doação.

Um caso que decorreu no estágio foi uma pessoa que fez uma tentativa de suicídio por enforcamento levando inicialmente a suspeitar de morte cerebral. Torna-se crucial que os profissionais de saúde comuniquem esse possível prognóstico à família de maneira clara e empática, preparando-as adequadamente para a situação. Além disso, é essencial oferecer suporte psicológico para auxiliar os familiares a lidar com o impacto emocional decorrente dessa circunstância. A comunicação eficaz e o apoio emocional são fundamentais para ajudar a família/ pessoas significativas a compreender e enfrentar o diagnóstico de morte cerebral, facilitando o processo de luto e tomada de decisões relacionadas aos cuidados da pessoa que

sofreu uma transição abrupta de um estado de saúde para uma condição crítica, exigindo atenção especial (Cacciatore et al., 2021).

Estas PSC carecem de diversos dispositivos de suporte e monitorização, incluindo eletroencefalograma para avaliação da atividade cerebral, monitorização do índice bispectral para avaliar a profundidade da sedação, sistemas de monitorização hemodinâmica avançada para gestão precisa de fluidos e ventilação e ultrassonografia pulmonar para avaliação do estado dos pulmões. Todos estes dispositivos foram utilizados em PSC, dado que, a utilização integrada dessas tecnologias permite um acompanhamento minucioso das funções vitais e das condições clínicas da PSC, assegurando cuidados adequados (Andrade et al., 2023).

Por outro lado, durante o estágio, a diversidade de patologias apresentadas pelas PSC permitiu a realização de intervenções como plasmaferese, para remoção de toxinas do sangue, e terapias de substituição renal em casos de insuficiência renal (IR) grave. No SMI, a Hemodiafiltração (HDF) destacou-se como a técnica de substituição renal mais utilizada, devido à sua eficácia na remoção de toxinas de maior peso molecular e no melhor controlo do equilíbrio de eletrólitos e fluidos corporais. Assim, tal como menciona o estudo de Castro (2022) a HDF tem como vantagens a redução de complicações, bem como o aumento do potencial para melhorar a qualidade de vida das pessoas com IR.

Além disso, com a utilização de escalas avaliou-se de forma objetiva a gravidade do estado clínico das PSC, monitorizando a sua evolução e orientando as decisões terapêuticas. Desta forma, diversas escalas foram utilizadas para atender às necessidades específicas do cuidado intensivo, destacando-se as seguintes escalas: *RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale)*: utilizada para avaliar os níveis de sedação e agitação, especialmente em pessoas sob ventilação mecânica, permitindo ajustes na medicação para garantir conforto e segurança; *BPS (Behavioral Pain Scale)*: indicada para pessoas não comunicativos, esta escala avalia a dor com base no comportamento, como expressões faciais e movimentos corporais; *CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit)*: ferramenta essencial para a deteção precoce de delirium, mesmo em pessoas sedados, promovendo intervenções rápidas e eficazes; *ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist)*: baseada numa lista de verificação, facilita a triagem de delirium, contribuindo para uma abordagem sistemática na monitorização dessa condição.

Durante as passagens de turno, essas escalas revelaram-se fundamentais, fornecendo informações objetivas para identificar a evolução ou regressão do estado clínico. É de denotar

que com a utilização dessas ferramentas tornou-se possível antecipar necessidades, como o aumento ou introdução de medicação sedativa/ antipsicótica quando a PSC se encontrava em *delirium* ou a não tolerar a ventilação mecânica invasiva, ou identificar que algumas pessoas atendiam aos critérios para extubação. Dessa forma, essas escalas não apenas apoiam a tomada de decisões clínicas baseadas em evidências, mas também promovem um cuidado seguro e individualizado às PSC tal como corrobora o estudo de Morais et al.(2021).

Alem disso, a gestão diferenciada da dor e o bem-estar da PSC é uma responsabilidade do EE EMC na área de EPSC como mencionado no Regulamento nº429/2018 (2018). O alívio da dor é um direito fundamental das pessoas e uma responsabilidade inerente dos profissionais de saúde. A OE reforça que o controlo eficaz da dor é essencial para a humanização dos cuidados de saúde (OE, 2008). Embora as intervenções farmacológicas sejam frequentemente utilizadas no tratamento da dor, é fundamental considerar e priorizar métodos não farmacológicos sempre que possível. Uma abordagem abrangente do controlo da dor deve incluir não apenas a avaliação e prevenção iniciais, mas também a reavaliação contínua para ajustar as estratégias terapêuticas conforme necessário. Esta prática assegura um cuidado mais eficaz e centrado na pessoa, atendendo às suas necessidades específicas ao longo do tratamento (Zakeri et al., 2024).

No que diz respeito à atuação em contextos de emergência pré-hospitalar, este contexto desafia os profissionais de saúde a equilibrarem a tomada de decisões rápidas com a prestação de cuidados de qualidade, exigindo adaptação, resiliência, competência técnica e suporte emocional contínuo (Jeppesen & Wiig, 2020).

A realização de partos em ambulâncias por EE EMC na área EPSC sendo uma ocorrência rara, gera elevado nível de *stress* entre os profissionais envolvidos. Além disso, as ambulâncias geralmente dispõem apenas de um kit de parto e não oferecem um ambiente ideal para a assistência ao recém-nascido (RN) em caso de complicações. O parto decorreu no habitáculo de uma ambulância, inicialmente o RN nasceu com um índice de *APGAR*- Aparência, Pulso, Gesticulação, Atividade, Respiração, de 9 no primeiro minuto por se apresentar cianosado, mas após prestados os cuidados de enfermagem, esta passou para um *APGAR* de 10 no quinto e décimo minuto.

Durante o transporte, o RN foi mantido ao colo da mãe, assegurando o contacto pele a pele e a amamentação precoce, enquanto se monitorizava a estabilidade da puérpera e do RN. Esta situação levanta questões sobre normas de transporte de vítimas, visto que a *World Health Organization (2021)* defende a prioridade da segurança no atendimento pré-hospitalar. No

entanto, em contextos excepcionais, quando o transporte não está adaptado para duas pessoas, é necessário equilibrar segurança e qualidade dos cuidados.

Segundo a Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023) a decisão do transporte deve considerar a estabilidade clínica e a viabilidade do transporte seguro, respeitando protocolos de emergência. Durante o trajeto, a avaliação contínua da grávida, posteriormente puérpera e do RN é essencial, assim como o apoio emocional. Dado que, após o nascimento, identificou-se que o contato pele a pele e a amamentação precoce na primeira hora de vida podem favorecer o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, além de trazer benefícios para a saúde materna e infantil, conforme evidenciado por P. Silva et al. (2024).

Desta forma, no decorrer dos estágios, a prática sistemática de *debriefings* após cada situação revelou-se fundamental na medida que facilita a identificação de pontos fortes e oportunidades de melhoria, uma vez que, ao revisar o que ocorreu, pode-se analisar decisões tomadas, discutir alternativas e aprimorar estratégias para futuras situações.

A reflexão guiada proporcionada pelo *debriefing* não só enriquece o desenvolvimento teórico e prático dos profissionais, mas também contribui para a melhoria da qualidade hospitalar e segurança das pessoas (Evans et al., 2023).

Além disso, o *debriefing* desempenha um papel crucial na mitigação do impacto emocional associado a eventos críticos. Ao promover um ambiente de partilha e suporte, este processo auxilia os profissionais a gerirem o stress e as emoções decorrentes de situações desafiantes, fortalecendo a resiliência individual e coletiva. Consequentemente, o *debriefing* não apenas reforça a coesão e a eficiência da equipa, mas também estabelece um ambiente de trabalho mais colaborativo e seguro (Evans et al., 2023).

Em suma, ao cuidar da PSC e dos seus familiares/ pessoas significativas durante a transição entre saúde e doença, enfrentam-se desafios emocionais, técnicos e organizacionais que, embora sejam fontes de stress, também proporcionam oportunidades de crescimento profissional. Esta experiência contribui significativamente para a construção de confiança e para a capacidade de resposta em situações emergentes, promovendo uma prática mais segura e eficiente. Deste modo, considera-se que esta competência foi alcançada no decorrer dos estágios.

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

Em situações de emergência, exceção ou catástrofe, o EE desempenha um papel crucial na conceção, planeamento e coordenação de respostas ágeis e organizadas. Preparado para enfrentar o *stress* e as complexidades inerentes a desastres, o EE garante uma comunicação eficaz com as pessoas, familiares e as equipas de socorro. Dessa forma, assegura que todos os envolvidos recebam o apoio necessário durante as crises, promovendo uma resposta coordenada e eficiente que minimiza os impactos sobre as pessoas afetadas (Regulamento nº429/2018, 2018).

A complexidade e vulnerabilidade dos hospitais tornam-se mais evidentes em cenários de catástrofe, onde a súbita sobrecarga compromete a resposta do sistema de saúde. O *Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET®)* revelou-se uma ferramenta essencial para avaliar a preparação dos enfermeiros, destacando a necessidade de formação especializada e de estratégias eficazes de ensino e treino prático, fundamentais para reforçar a capacidade de resposta em situações de crise (Santos & Dixe, 2017).

Tal como referido no artigo nº22 do Despacho nº10319/2014 (2014), cada SU tem de dispor de um plano de catástrofe/contingência que inclua a resposta a situações multivítimas, conforme as orientações emitidas pela DGS. O SUP dispõe de um plano de catástrofe amplamente conhecido por toda a equipa, que inclui a referência ao armário de catástrofe. Este armazena o equipamento e material essencial para situações de emergência e desastres, permitindo uma resposta ágil e eficaz. A familiarização dos profissionais com a sua localização e conteúdo assegura uma atuação coordenada e eficiente sempre que o plano de catástrofe é ativado.

Por sua vez, o SMI dispõe de uma instrução de trabalho (IT) para atuação em casos de evacuação no SMI que detalha os procedimentos a seguir e onde consta uma planta com os pontos de corte de oxigénio, a boca de incêndio armada tipo teatro, botoneira, extintores e chave acesso a escadas de emergência. Segundo essa IT, as PSC estabilizadas devem ser transferidos para o núcleo central, uma área temporária com acesso às escadas de emergência, enquanto as PSC devem ser levados diretamente para o serviço de urgência. Adicionalmente, existe um plano de emergência hospitalar que orienta a evacuação total e a forma de transferir as pessoas doentes. Deste modo, são realizados simulacros de modo a preparar a equipa para a atuação em caso de ocorrência destas situações.

Em ambiente pré-hospitalar, o enfermeiro coordenador, em colaboração com o INEM, tem a responsabilidade de garantir que a equipa receba formação adequada sobre como atuar nestes cenários, abrangendo tanto os procedimentos gerais quanto os específicos para situações de exceção e catástrofe. Além disso, é fundamental que todos conheçam os planos de catástrofe aplicáveis, com a orientação de que, no contexto externo, devem seguir os planos estabelecidos para cada cidade, enquanto nas bases hospitalares devem seguir os planos específicos implementados pelo hospital.

Em situações de emergência com múltiplas vítimas, a procura por assistência médica pode exceder a capacidade das equipas de socorro, dificultando a prestação de cuidados adequados de forma simultânea. Nestes cenários, a implementação de sistemas de triagem estruturados revela-se fundamental para otimizar os recursos disponíveis e maximizar a taxa de sobrevivência (Wang et al., 2022).

A Triagem *START* (*Simple Triage and Rapid Treatment*) constitui um método amplamente utilizado tanto em contexto hospitalar como pré-hospitalar, sendo particularmente aplicado em SIV e VMER. No ambiente pré-hospitalar, destaca-se a relevância do Kit de Triagem Multivítimas, presente nestas viaturas, o qual permite uma classificação expedita das vítimas e uma resposta organizada e eficaz nas primeiras horas do evento (Marcussen et al., 2022).

Durante o estágio em contexto pré-hospitalar, ocorreu um acidente com múltiplas vítimas, proporcionando uma experiência que reforçou a importância da priorização dos cuidados, assegurando uma intervenção célere, organizada e eficaz, sempre com respeito pela dignidade da PSC e minimizando a sua exposição.

Além disso, esta situação permitiu uma colaboração direta e coordenada com diversas entidades, nomeadamente bombeiros, SIV, VMER, Proteção Civil e forças de segurança. Esta articulação evidenciou a relevância do trabalho em equipa e da cooperação interinstitucional na gestão eficiente de cenários de emergência, conforme preconizado pelo Decreto-Lei n.º 90-A/2022.

No que concerne a enfermagem forense, esta desempenha um papel essencial na preservação de vestígios forenses, sendo um elemento crucial na investigação e resolução de casos. O enfermeiro, enquanto profissional de saúde na linha da frente, assume responsabilidades fundamentais neste processo, incluindo o acolhimento da pessoa, a prestação de cuidados, a identificação, a recolha e o armazenamento de vestígios, a documentação rigorosa e a

manutenção da cadeia de custódia, garantindo a integridade das provas e o seu adequado encaminhamento (Silva et al., 2022).

Durante os estágios, não se verificaram situações que permitissem a aplicação prática destas competências. No entanto, a familiarização com as normas e diretrizes destes serviços, possibilitou a elaboração de um póster informativo sobre violência doméstica, alinhado com esta competência. Esta iniciativa visou sensibilizar os profissionais para a identificação precoce de situações de violência e o encaminhamento adequado das pessoas, reforçando a importância de um olhar atento e interventivo no reconhecimento destes casos.

No que concerne à prática da enfermagem forense no SMI, verifica-se que esta não está formalmente integrada neste contexto, uma vez que as pessoas admitidas provêm de outras unidades hospitalares, serviços de urgência ou emergência pré-hospitalar. Consequentemente, a recolha de vestígios forenses ocorre geralmente nesses serviços de origem, reduzindo a possibilidade de aplicação direta dessas competências no serviço.

Todavia, a enfermagem forense não se limita à recolha de vestígios, abrangendo também dimensões essenciais como a assistência, a prevenção e a educação das vítimas. Assim, é fundamental que os enfermeiros que integram este serviço possuam formação e conhecimento nesta área, permitindo-lhes atuar como agentes de apoio e referência para garantir um acompanhamento adequado às vítimas. Este princípio está em consonância com o Regulamento nº 728/2021 (2021), que reforça a necessidade de capacitação dos enfermeiros na abordagem às pessoas vítimas de violência e em contextos de vulnerabilidade forense.

Por fim, a participação no *webinar* "Capacitar para o (Im)Provável: Gestão de Recursos em Emergência Médica e Catástrofe" proporcionou uma oportunidade valiosa de aprofundar conhecimentos sobre a gestão eficaz de recursos em situações de emergência e catástrofe. A formação contínua nesta área é essencial para assegurar uma resposta eficiente e coordenada, garantindo a segurança e o bem-estar das pessoas afetadas.

2.2.3 Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica /ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

A aplicação de Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) são essenciais para prevenir a transmissão de infeções, estas incluem práticas fundamentais como a higienização das mãos, o uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), o manuseamento seguro e

correto de materiais contaminados, a limpeza e desinfecção de superfícies e equipamentos, e o descarte apropriado de resíduos biológicos. Essas medidas são cruciais para proteger tanto os profissionais de saúde quanto as pessoas contra infecções (Norma nº029/2012, 2012). A par disso, a DGS emana diretrizes que exigem que as OS disponham de quartos de isolamento. Em conformidade com essas normas, o SUP possui um quarto de isolamento que atende os requisitos estabelecidos (Portaria nº90/2024,2024).

No SUP, a implementação de medidas de PBCI tem-se revelado eficaz, conforme demonstrado pelos relatórios anuais que evidenciam uma redução significativa das infecções nosocomiais.

No SMI, a monitorização do cumprimento destas PBCI é efetuada através de auditorias regulares. Estas auditorias avaliam, entre outros indicadores, as infecções associadas a cateteres vesicais e bacteriemias relacionadas com cateteres venosos centrais.

De acordo com os "feixes de intervenção" da DGS para a prevenção de infecções associadas a cateteres venosos centrais, cateteres vesicais e ventilação mecânica, é expectável uma redução de 30% nestas infecções. A adesão a estas diretrizes alinha-se com os objetivos delineados no PNSD 2021-2026, reforçando o compromisso do serviço em promover práticas seguras e de qualidade na prestação de cuidados de saúde (Norma clínica nº: 022/2015a; Norma clínica nº: 019/2015b; Norma clínica nº021/2015; Norma nº012/22, 2022).

A fim de proporcionar segurança das pessoas e profissionais, cada SMI deve contemplar quartos de isolamento com possibilidade de controlo de pressão, segundo Nufiez et al. (2020) no mínimo quatro para doze camas. O mesmo não acontece no serviço, uma vez que existem apenas 2 quartos de isolamento para doze camas. No entanto, apesar de não disporem do número ideal de quartos de isolamento, as auditorias indicam que as PBCI estão a ser cumpridas. Cada unidade da PSC é organizada de maneira padronizada, garantindo que os equipamentos sejam usados de forma individualizada, o que minimiza o risco de contaminação cruzada e reforça a segurança no controlo de infeções.

Já no SUP, existe um quarto de isolamento destinado principalmente a pessoas com suspeita ou confirmação de tuberculose pulmonar. Este espaço é utilizado para manter as pessoas em isolamento respiratório até que seja possível a sua transferência para uma unidade adequada. Durante este período, as pessoas permanecem sob vigilância contínua, assegurando que o isolamento seja mantido e que todos os cuidados necessários sejam prestados, em conformidade com as diretrizes estabelecidas para o controlo da transmissão da tuberculose em ambiente hospitalar (OE, 2013).

No âmbito do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), as equipas são previamente formadas para conhecerem as medidas a adotar em cada situação de isolamento. Para reforçar a segurança, são afixadas sinaléticas em locais visíveis à entrada da unidade de cada pessoa, garantindo que todas as precauções necessárias, como a utilização adequada de EPI, sejam adotadas de forma atempada.

Com o objetivo de reduzir as taxas de infeção, foram desenvolvidos feixes de intervenção que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e dos resultados clínicos, em conformidade com as diretrizes nacionais (Despacho nº10319/2014, 2014). No SUP, foram implementados kits específicos para procedimentos críticos, como entubação endotraqueal e cateterização vesical, assegurando que todo o material necessário se encontre disponível e devidamente preparado, de acordo com as melhores práticas de assepsia e segurança. Esta estratégia evita interrupções durante os procedimentos devido à falta de material, promovendo maior eficácia e segurança na execução das técnicas.

Após a implementação desses kits e a realização de auditorias internas, foi possível observar uma redução significativa na taxa de infeção associada a esses procedimentos. Esta abordagem não só otimiza a eficiência e segurança dos cuidados prestados, como também impulsiona a melhoria contínua dos padrões de qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Além disso, nos serviços de SUP e SMI, existe um elemento dinamizador do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), que colabora diretamente com o GCL-PPCIRA. Este profissional desempenha um papel essencial na supervisão das auditorias internas e na adaptação do plano de formação anual em PBCI, ajustando-o às necessidades específicas do serviço. Dessa forma, assegura que as estratégias de prevenção e controlo de infeções sejam eficazes e estejam alinhadas com as melhores práticas e exigências do ambiente assistencial.

Ademais, o SMI realiza semanalmente uma consulta de microbiologia por teleconsulta, na qual são discutidos os casos de PSC internados com o objetivo de detetar precocemente infeções e intervir de forma atempada. Durante uma dessas reuniões, foi possível identificar um caso em que as culturas da PSC apresentavam crescimento bacteriano antes mesmo do aparecimento de sintomatologia sugestiva de infeção. Este diagnóstico precoce foi possível graças à implementação de um rastreio séptico na admissão de todas as pessoas, permitindo uma intervenção antecipada.

De acordo com Gonçalves & Carmo (2022) a deteção e atuação precoce em casos de infeção reduz significativamente complicações, tempo de internamento, necessidade de antibioterapia e, consequentemente, contribui para a diminuição dos custos hospitalares. Esta abordagem evidencia a importância da vigilância microbiológica e da implementação de protocolos estruturados para prevenção e controlo de infeções, garantindo maior segurança e qualidade na prestação de cuidados.

Devido às características do ambiente pré-hospitalar, a gestão do risco infeccioso enfrenta desafios acrescidos, sendo significativamente distinta da realizada em meio hospitalar. Entre as principais dificuldades destaca-se a falta de controlo sobre o ambiente no local da ocorrência, a ausência de informação prévia sobre o estado infeccioso da pessoa, a exposição dos profissionais de saúde a fluidos biológicos durante os procedimentos e o transporte das PSC em espaços confinados, muitas vezes com ventilação inadequada, conforme preconizado na Norma nº029/2012 (2012). Estes fatores dificultam a aplicação eficaz das PBCI no contexto pré-hospitalar.

No estudo de Miguel et al. (2023) foram analisadas amostras recolhidas em seis ambulâncias para avaliar a presença de bactérias e sua resistência a antimicrobianos. Os resultados demonstraram que, dos 52 pontos analisados, 59,6% apresentavam contaminação. O estudo ressalta que o equipamento utilizado é frequentemente colocado em superfícies contaminadas, aumentando o risco de propagação de infeções dentro da ambulância, o que pode comprometer a segurança das pessoas e da equipa de emergência.

Durante o estágio, foi possível observar a aplicação de medidas preventivas, nomeadamente a desinfeção regular das viaturas e dos equipamentos médicos. Em ambas as viaturas, procedia-se à desinfeção dos monitores, cabos e outros dispositivos com toalhetas antimicrobianas, assegurando a redução do risco de transmissão de infeções e promovendo um ambiente mais seguro para as pessoas e profissionais de saúde.

Em suma, a redução das taxas de infeção resulta numa menor necessidade de administração de antimicrobianos, contribuindo para a mitigação da resistência antimicrobiana. Assim, como esperado do EE em EMC na área de EPSC desempenhou-se um papel ativo na implementação e monitorização dessas estratégias, reforçando a segurança e a eficácia dos cuidados de saúde, alcançando assim estas competências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2019). Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf
- Alikari, V., Gerogianni, G., Fradelos, E. C., Kelesi, M., Kaba, E., & Zyga, S. (2022). Perceptions of Caring Behaviors among Patients and Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph20010396>
- Almeida, U. L. de, Almeida, M. M. da R., Macedo, E. C., Alves, A. M. A., & Santana, C. S. de. (2022). Notificação de eventos adversos relacionados aos erros de medicação em pediatria: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(5), e57111528590. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28590>
- Andrade, D. C., Leite Neves, N. F., Queiroz, M. S., Araruna Oliveira, P. da C., Andrade Figueiredo Guimarães Maia, C. M., & de Souza, L. F. (2023). Manutenção hemodinâmica de múltiplos órgãos em doador elegível adulto falecido. *Revista InterScientia*, 9(01), 11–28. <https://doi.org/10.26843/interscientia.v9i01.1550>
- Anekar, A. A., Hendrix, J. M., & Cascella, M. (2025). WHO Analgesic Ladder. *StatPearls*.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2nd ed.). Quarteto Editora.
- Cacciatore, J., Thieleman, K., Fretts, R., & Jackson, L. B. (2021). What is good grief support? Exploring the actors and actions in social support after traumatic grief. *PLOS ONE*, 16(5), e0252324. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252324>
- Castro, M. (2022). High volume online post-dilution hemodiafiltration: how relevant is it in chronic kidney disease? *Brazilian Journal of Nephrology*, 44(2), 238–243. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2021-0172>
- Decreto-Lei nº244/94. (1994). Regula o Registo Nacional de não doadores. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=238&tabela=leis&ficha=1&pagina=1
- Decreto-Lei nº48/9. (1995). Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/48/1995/p/cons/20240129/pt/html>
- Decreto-Lei nº90-A/2022, de 30 de dezembro. (2022). Diário da República: Série I, nº 251/2022. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/90-a-2022-205450974>
- Despacho nº10319/2014. (2014). Diário da República, 2.ª série — N.º 153 — 11 de agosto de 2014. 1–6. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho nº 9390/2021, de 24 de setembro. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021 -2026). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Despacho nº9639/2018. (2018). Diário da República nº 198/2018, Série II de 2018-10-15., <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
- Dias, L., Mendes, R., Trigueiro, G., Assis, E., Feitosa, A., & Sousa, M. (2016). Enfermagem no atendimento pré-hospitalar: papel, riscos ocupacionais e consequências. *Revista Interdisciplinar Em Saúde*, 223–236. https://interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_9/Trabalho_13.pdf?utm_source=chatgpt.com
- DGS. (2022). Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2021/2026. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2021). Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde (1a). <https://www.ers.pt/media/3kzjx40l/direitos-e-deveres-dos-utentes-dos-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde.pdf>
- Evans, T. R., Burns, C., Essex, R., Finnerty, G., Hatton, E., Clements, A. J., Breau, G., Quinn, F., Elliott, H., Smith, L. D., Matthews, B., Jennings, K., Crossman, J., Williams, G., Miller, D., Harold, B., Gurnett, P., Jagodzinski, L., Smith, J., ... Weldon, S. (2023). A systematic scoping review on the evidence behind debriefing practices for the wellbeing/emotional outcomes of healthcare workers. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1078797>
- Ferreira, M. (1999). O relatório crítico de actividades na avaliação da prática clínica de alunos. *Trajetos e projetos*.
- Furtado, L. B. dos S., Moraes Filho, I. M. de, Sousa, T. V. de, Roure, J. G. R. de, Lima, T. P., Arantes, A. A., Silva, R. M. da, Pereira, M. C., & Carvalho Filha, F. S. S. (2021). O papel do enfermeiro frente a casos de morte

encefálica e doação de órgãos e tecidos. *Research, Society and Development*, 10(2), e0110212422. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12422>

Gomes, M. D., & Ramalho, S. (2018). Guia de elaboração de trabalhos académicos.

Gonçalves, S. C. M., & Carmo, T. I. G. do. (2022). Implicações das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde na Gestão em Saúde. *Enfermeria: Cuidados Humanizados*, 11(1), e2746. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>

Grupo Português de Triage. (2011). O sistema de triagem de Manchester e as vias verdes. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triage-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>

Guerrero-Menéndez, R., Fontán-Vinagre, G., Cobos-Serrano, J. L., & Ayuso-Murillo, D. (2024). The advancement of critical care nursing as a response to the current demands. *Enfermería Intensiva (English Ed.)*, 35(3), e23–e29. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2024.01.002>

INEM. (n.d.). Formação em Emergência Médica. 2022. Retrieved February 24, 2025, from <https://www.inem.pt/category/profissionais/>

INEM. (2019). Segurança do Doente: INEM mantém aposta na formação contínua. Instituto Nacional de Emergência Médica. https://www.inem.pt/2019/01/29/seguranca-do-doente-inem-mantem-aposta-na-formacao-continua/?utm_source=chatgpt.com

INEM. (2021, October 20). INEM lança formação online destinada ao SIEM sobre o iTEAMS. Instituto Nacional de Emergência Médica. <https://www.inem.pt/2021/10/20/inem-lanca-formacao-online-destinada-ao-siem-sobre-o-iteams/>

INEM. (2023a). Código de Ética e de Conduta do INEM: https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/04/Deliberacao-extrato-n.o-348_2023-de-29-de-marco-Codigo-de-Etica-e-Conduta-do-INEM.pdf

INEM. (2023b). Relatório Anual de Gestão e Atividades. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2024/08/Relatorio-de-Atividades-e-Gestao-INEM-2023-1.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2023) INEM garante Certificações de Qualidade. Instituto Nacional de Emergência Médica. <https://www.inem.pt/2023/03/15/inem-garante-certificacoes-de-qualidade/>

International Trauma Life Support. (2019). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers* (9th ed.).

James, D., & Pennardt, A. (2023). *Trauma Care Principles* (StatPearls, Ed.). StatPearls Publisher. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547757/>

Jeppesen, E., & Wiig, S. (2020). Resilience in a prehospital setting - a new focus for future research? *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 28(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s13049-020-00803-z>

Lei nº 12/93. (1993). Diário da República n.º 94/1993, Série I-A de 1993-04-22, páginas 1961 - 1963. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/12-1993-692651>

Mahendiran, M., Yeung, H., Rossi, S., Khosravani, H., & Perri, G.-A. (2023). Evaluating the Effectiveness of the SPIKES Model to Break Bad News – A Systematic Review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 40(11), 1231–1260. <https://doi.org/10.1177/10499091221146296>

Marcussen, C. E., Bräuner, K. B., Alstrøm, H., & Møller, A. M. (2022). Accuracy of prehospital triage systems for mass casualty incidents in trauma register studies - A systematic review and meta-analysis of diagnostic test accuracy studies. *Injury*, 53(8), 2725–2733. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2022.05.006>

Marcussi, V., Hashimoto, M., Zanusso-Junior, G., Ferreira, M., Higa, T., Lemos, M., Francisco, M., & Bittencourt, M. (2024). Transfusão pré-hospitalar no samu aéreo – avaliação da sobrevivência dos pacientes. *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*, 46, S828. <https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1403>

Marques, M., Guerra, A., Bras, F., Anacleto, J., & Ruivo, M. (2023). COMUNICAÇÃO ISBAR NA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE. *Revista Ibero-Americana De Saúde E Envelhecimento*, 9(2), 30–46. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9\(2\).597.30-46](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9(2).597.30-46)

McEwen, M., & Wills, E. (2022). *Theoretical Basis for Nursing* (6a). LWW.

- Meleis, A. (2010). Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Miguel, W. de M., Miranda, K. R., Broca, P. V., Pereira, E. R., & Ferreira, D. de C. (2023). Identificação de bactérias em ambulâncias: riscos assistenciais à segurança do paciente. *Global Academic Nursing Journal*, 4(3). <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200380>
- Miranda, J., Silva, M., Sousa, C., Magalhães, J., & Graça, L. (2024). Suporte imediato de vida na pessoa em situação crítica: Contributos da intervenção do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série(N.o 3). <https://doi.org/10.12707/RVI23.104.32703>
- Monteiro, T. T., Rodrigues, F. T., Cordeiro, R. R., Santos, A. A., Araujo, K. N., Pires, D. da S., Silva, E. da, Jesus, M. L. de, Martins, S. S., & Jesus, C. S. de. (2023). A importância da gestão pelo enfermeiro nos setores de uma unidade hospitalar. *International Seven Journal of Health Research*, 2(2). <https://doi.org/10.56238/isevjhv2n2-016>
- Montero-Tejero, D., Jiménez-Picón, N., Vidal-Tejero, J., & Fagundo-Rivera, J. (2024). Factors Influencing Occupational Stress Perceived by Emergency Nurses During Prehospital Care: A Systematic Review. *Psychology Research and Behavior Management*, 17, 501–528. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S455224>
- Morais, O. M. dos, Mata, C., Fernandes, M. de F., Monteiro, M. de F., Castro, S., Príncipe, F., & Mota, L. (2021). Doente sedado, consciente e ventilado invasivamente: terapêuticas de enfermagem. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 4(1), 7–17. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.118>
- Moura, A. A. de, Bernardes, A., Balsanelli, A. P., Dessotte, C. A. M., Gabriel, C. S., & Zanetti, A. C. B. (2020). Leadership and job satisfaction in the Mobile Emergency Care Service context. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3455.3260>
- Norma clínica nº019/2015 da DGS. (2015). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf
- Norma clínica nº021/2015 da DGS. (2015). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- Norma clínica nº022/2015 da DGS. (2015). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf
- Norma nº015/2017. (2017). DGS. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- Norma nº12/2022. (2022). DGS. Via Verde do Trauma no Adulto. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf
- Norma nº008/2023. (2023). Medicamentos de alta vigilância. 1–28. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082023-de-19122023-medicamentos-de-alta-vigilancia-pdf.aspx>
- Norma nº001/2017 da Direção-Geral da Saúde (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Norma nº029/2012. (2012). Precauções básicas do controlo da infeção. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Nufiez, D., Gouveia, J., Almeida, J. P., José, S., Paiva, A., Bento, L., Moreira, P., & Araújo, R. (2020). Medicina Intensiva: Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência.
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), 187–199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>

- OE. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- OE. (2008). DOR - Guia Orientador de Boa Prática. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- OE. (2013). Tuberculose- Guia orientador de boa prática. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8900/gobptuberculose_vfinal_proteg.pdf
- OE. (2015). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- OE. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 1–49. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- OE. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- OE. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. 1–239. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). Transporte de Doentes Críticos. https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf
- Ornellas, T., & Monteiro, M. (2023). Lifelong learning entre profissionais de enfermagem: Desafios contemporâneos. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série(No2). <https://doi.org/10.12707/RVI22055>
- Pal, J., Taywade, M., Pal, R., & Sethi, D. (2022). Noise Pollution in Intensive Care Unit. *Noise and Health*, 24(114), 130–136. https://doi.org/10.4103/nah.nah_79_21
- Parecer Conjunto nº1/2017. (2017). Atribuição de Responsável de turno. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf
- Parecer nº15 / 2018. (2018). Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Parecer nº22/ 2015. (2015). Ordem do Enfermeiros. Funções a desempenhar por enfermeiros em ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_22_2015_05_19_MCEEMC_Funcoes_desempenhar_por_enfermeiros_em_Ambulancia_Suporte_Imediato_Vida.pdf
- Parecer nº05/2021. (2021). Ordem dos Enfermeiros. Dotações das equipas de VMER. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23615/parecer-n%C2%BA-05_ce-e-mceemc-vm-er-anonimizado.pdf
- Pascoal, M. M., & Souza, V. de. (2021). A importância do estágio supervisionado na formação do profissional de enfermagem. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(6), 536–553. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i6.1408>
- Peduzzi, M., Agreli, H. L. F., Silva, J. A. M. da, & Souza, H. S. de. (2020). TRABALHO EM EQUIPE: UMA REVISITA AO CONCEITO E A SEUS DESDOBRAMENTOS NO TRABALHO INTERPROFISSIONAL. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(suppl 1). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(11), 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pereira, G., & Oliveira, J. (2022). Condições para a qualidade na passagem de plantão da enfermagem e seus reflexos na qualidade da assistência de saúde. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento*, 94–124. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/plantao-da-enfermagem>
- Pereira, W., & Lima, M. (2009). O trabalho em equipe no atendimento pré-hospitalar à vítima de acidente de trânsito. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 43(2), 320–327. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000200010>

- Politécnico de Leiria. (2023). Norma APA 7a Edição: Guia para a elaboração de citações e referências bibliográfias. https://www.ipleiria.pt/sdoc/wp-content/uploads/sites/10/2024/03/Guia_APA_7Ed_06MAR2024.pdf
- Portaria n.º90/2024. (2024). Diário da República n.º 50/2024, Série I de 2024-03-11. <https://data.dre.pt/eli/port/90/2024/03/11/p/dre/pt/html>
- Portaria n.º290/2012. (2012). Diário da República, 1.a série-N.º 185-24 de setembro de 2012. <https://data.dre.pt/eli/port/290/2012/09/24/p/dre/pt/html>
- Regulamento n.º101/2015. (2015). Diário da República, 2.a série — N.º 48 — 10 de março de 2015. Regulamento n.º 101/2015: Perfil de competências do enfermeiro gestor. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_Perfil_CompetenciasEnfermeiroGestor.pdf
- Regulamento n.º 728/2021 da Ordem dos enfermeiros. (2021). Diário da República, Série II, n.º 151/2021. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/728-2021-169107949>
- Regulamento n.º76/2018. (2018). Diário da República n.º 21/2018, Série II de 2018-01-30. 3478–3487. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>
- Regulamento n.º140/2019. (2019). Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019 02-06 (pp. 4744–4749). Diário da República, 2a série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º429 da OE. (2018). Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018 07-16. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º656/2021. (2021). da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 137/2021, Série II de 2021-07-16. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/656-2021-167491874>
- Regulamento n.º743/2019: Norma para cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. (2019). Diário da República, 2.a série.
- Santos, C. R., & Dixe, M. dos A. (2017). Validação cultural do “Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET©)”: preparação dos enfermeiros perante uma situação de catástrofe. Instituto Politécnico de Leiria, Unidade de Investigação em Saúde, Escola Superior de Saúde de Leiria.
- Santos, B., & Magri, M. (2024). Ética e enfermagem: uma análise dos princípios bioéticos. *Revista Ilustração*, 5(4), 211–221. <https://doi.org/10.46550/ilustracao.v5i4.339>
- SNS. (2024). Unidade de Saúde Pública da ULS Médio Tejo recertificada pelo Modelo ACSA de Acreditação de Qualidade. <https://www.chmt.min-saude.pt/noticias/unidade-de-saude-publica-da-uls-medio-tejo-recertificada-pelo-modelo-acsa-de-acreditacao-de-qualidade/>
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2025). Relatório Final- Comissão Técnica Independente. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2025/02/CTI-ULS-Relatorio-Final-30-Jan-2025.pdf>
- Shaikh, U. (2022). Strategies and Approaches for Investigating Patient Safety Events. PSNet [Internet]. <https://psnet.ahrq.gov/primer/strategies-and-approaches-investigating-patient-safety-events>
- Silva, P., Sakuda, L., Oliveira, M., Lara, G., Vieira, C., Freitas, J., & Ain, A. C. (2024). O SISTEMA IMUNOLÓGICO NEONATAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(3), 2489–2499. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p2489-2499>
- Silva, R. X., Ferreira, C. A. A., Sá, G. G. de M., Souto, R. Q., Barros, L. M., & Galindo-Neto, N. M. (2022). Preservação de vestígios forenses pela enfermagem nos serviços de emergência: revisão de escopo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5849.3593>
- Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Wang, J., Lu, W., Hu, J., Xi, W., Xu, J., Wang, Z., & Zhang, Y. (2022). The Usage of Triage Systems in Mass Casualty Incident of Developed Countries. *Open Journal of Emergency Medicine*, 10(02), 124–137. <https://doi.org/10.4236/ojem.2022.102011>
- World Health Organization. (2021). WHO. Global Patient Safety Action Plan 2021–2023. (World Health Organization, Ed.). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>

Zakeri, H., Mahtosh, P., Radmehr, M., Rahbani, R., Montazeri, L., Moalemi, S., Mahdiyar, P., Hemati, F., & Karimi, A. (2024). Pain Management Strategies in Intensive Care Unit: Challenges and Best Practice. <https://doi.org/10.31661/gmj.v12i.3264>

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Autopercepção dos enfermeiros das suas práticas na abordagem à pessoa adulta em situação crítica por queimadura

Nurses' self-perception of their practices in the approach to the adult in a critical situation due to burns
Autopercepción de los enfermeros sobre sus prácticas en el abordaje de la persona adulta en situación crítica por quemaduras

Resumo

Enquadramento: A abordagem à pessoa adulta em situação crítica (PASC) por queimadura requer competências específicas.

Objetivo: Os principais objectivos foram avaliar a autopercepção dos enfermeiros do serviço de urgência relativamente à frequência das suas práticas na abordagem à pessoa adulta em situação crítica por queimadura e determinar se autopercepção mudou com a formação realizada.

Metodologia: Estudo descritivo-comparativo, envolveu a aplicação de dois questionários (pré e pós-formação) a enfermeiros do SU de uma Unidade Local de Saúde.

Resultados: Na comparação verificaram-se melhorias na adoção de práticas clínicas baseadas em protocolos, nomeadamente no uso de pensos cicatrizantes, vigilância hemodinâmica e comunicação com a PASC e seus familiares. Contudo, persistem fragilidades em áreas como o registo da profundidade da queimadura e monitorização contínua dos sinais vitais

Conclusão: A formação melhorou a autopercepção dos enfermeiros; contudo, evidenciou que ações pontuais são insuficientes para mudanças sustentáveis. Destaca-se a necessidade de estratégias formativas contínuas e estruturadas, com recursos materiais adequados e protocolos atualizados, para assegurar cuidados eficazes, seguros e humanizados às PASC por queimaduras.

Palavras-chave: Enfermagem; Queimaduras; Cuidados críticos

Abstract

Background: The approach to the critically ill adult patient (CIAP) with burns requires specific competencies.

37 **Objective:** The main objectives were to assess the self-perception of emergency nurses
38 regarding the frequency of their practices in the care of critically ill adult burn patients
39 and to determine whether their self-perception changed after the training provided.

40 **Methodology:** A descriptive-comparative study involving the application of two
41 questionnaires (pre- and post-training) to emergency nurses from a Local Health Unit.

42 **Results:** The comparison showed improvements in the adoption of protocol-based
43 clinical practices, particularly in the use of healing dressings, hemodynamic monitoring,
44 and communication with CIAP and their families. However, weaknesses persist in areas
45 such as burn depth assessment and continuous vital signs monitoring.

46 **Conclusion:** Training improved nurses' self-perception; however, it also highlighted that
47 isolated training sessions are insufficient for sustainable changes. This underscores the
48 need for continuous and structured training strategies, along with adequate material
49 resources and updated protocols, to ensure effective, safe, and humanized care for
50 critically ill adult burn patients.

51 **Keywords:** Nursing; Burns; Critical care

52

53 **Resumen**

54

55 **Marco:** El abordaje de la persona adulta en situación crítica (PASC) por quemadura
56 requiere competencias específicas.

57 **Objetivo:** Los principales objetivos fueron evaluar la autopercepción de los enfermeros
58 del servicio de urgencias respecto a la frecuencia de sus prácticas en el cuidado de la
59 persona adulta en situación crítica por quemadura y determinar si su autopercepción
60 cambió tras la formación realizada.

61 **Metodología:** Estudio descriptivo-comparativo, que implicó la aplicación de dos
62 cuestionarios (pre y post-formación) a enfermeros del servicio de urgencias de una
63 Unidad Local de Salud.

64 **Resultados:** La comparación mostró mejoras en la adopción de prácticas clínicas
65 basadas en protocolos, especialmente en el uso de apósitos cicatrizantes, vigilancia
66 hemodinámica y comunicación con la PASC y sus familiares. Sin embargo, persisten
67 debilidades en áreas como el registro de la profundidad de la quemadura y la
68 monitorización continua de los signos vitales.

69 **Conclusión:** La formación mejoró la autopercepción de los enfermeros; sin embargo,
70 también evidenció que acciones puntuales son insuficientes para lograr cambios
71 sostenibles. Se destaca la necesidad de estrategias formativas continuas y
72 estructuradas, con recursos materiales adecuados y protocolos actualizados, para

73 garantir una atención eficaz, segura y humanizada a las personas adultas en situación
74 crítica por quemaduras.

75

76 **Palabras clave:** Enfermería; Quemaduras; Cuidados críticos

77

78 **Introdução**

79

80 Em Portugal, os incidentes com queimaduras ocorrem principalmente em regiões de
81 baixa densidade populacional e elevado índice de envelhecimento. Esses episódios
82 concentram-se entre março e outubro, períodos que coincidem, respetivamente, com o
83 prazo legal para a gestão de combustíveis antes da época de incêndios e com a
84 preparação dos campos para novas culturas agrícolas, após o levantamento das
85 restrições sazonais ao uso do fogo. As vítimas são, na sua maioria, homens com mais
86 de 65 anos, refletindo a vulnerabilidade da população idosa às práticas tradicionais de
87 queimada (Oliveira et al.,2023).

88 Dado este contexto, torna-se pertinente a realização de um estudo de investigação
89 sobre a autoperceção dos enfermeiros das suas práticas na abordagem à pessoa adulta
90 em situação crítica (PASC) por queimadura, uma vez que a elevada incidência destes
91 incidentes em regiões rurais e envelhecidas exige estratégias específicas de
92 atendimento e resposta eficaz por parte dos serviços de saúde.

93 Dada a complexidade das queimaduras e a sua associação frequente a traumas graves,
94 é essencial que todos os profissionais de saúde envolvidos no atendimento de vítimas
95 queimadas compreendam os princípios fundamentais do tratamento de queimaduras.
96 Para tal, a abordagem inicial deve ser estruturada e sistematizada, garantindo a
97 estabilização da pessoa antes da intervenção direta sobre as lesões (*International*
98 *Trauma Life Support, 2019*).

99 Desta forma, o presente estudo tem como objetivos caracterizar a amostra quanto às
100 características sociodemográficas, profissionais e de formação; avaliar a autoperceção
101 dos enfermeiros do serviço de urgência relativamente à frequência das suas práticas na
102 abordagem à PASC por queimadura e determinar se a autoperceção dos enfermeiros
103 do serviço de urgência relativamente à frequência das suas práticas na abordagem à
104 PASC por queimadura mudou com a formação realizada.

105

106 **Enquadramento**

107

108 Queimaduras são lesões térmicas causadas pela exposição acidental a fontes de calor,
109 incluindo líquidos ferventes, superfícies aquecidas, vapores, chamas, equipamentos

110 elétricos, radiação térmica e instrumentos de alta temperatura. A gravidade dessas
111 lesões depende da intensidade do calor e do tempo de exposição, podendo afetar a
112 pele e outros tecidos subjacentes (Vos et al., 2020).

113 Entende-se que a abordagem à PASC representa um desafio crescente,
114 caracterizando-se por uma condição na qual a disfunção ou falência grave de um ou
115 mais órgãos ou sistemas coloca a sobrevivência da pessoa dependente de
116 monitorização avançada e intervenções terapêuticas especializadas (Ordem dos
117 Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

118 Nesse sentido, a implementação de monitorização e terapêuticas avançadas torna-se
119 essencial, considerando a pele, o maior órgão do corpo humano, que desempenha
120 funções vitais indispensáveis. Devido à sua complexidade e importância como estrutura
121 multifuncional, é imprescindível uma abordagem cuidadosa que assegure a manutenção
122 da sua integridade e funcionalidade (Culleiton & Simko, 2013).

123 Conforme Bagley et al (2022), o tratamento inicial a pessoas com queimaduras graves
124 segue um protocolo semelhante ao adotado para pessoas vítimas de trauma,
125 especificamente o protocolo *Advanced Trauma Life Support*, que inclui a realização de
126 uma avaliação primária e secundária.

127 De acordo com a International Trauma Life Support (2019) o protocolo CABCADE
128 (*eXsanguinating hemorrhage, Airway, Breathing, Circulation, Disability,*
129 *Expose/Environment*) é amplamente utilizado na avaliação e reanimação de PASC por
130 trauma sendo igualmente aplicável em PASC por queimaduras. No entanto, as PASC
131 por queimadura apresentam desafios específicos em cada fase do atendimento,
132 demandando ajustes na abordagem clínica.

133 Dessa forma, a avaliação inicial deve seguir uma adaptação do protocolo primário,
134 denominada ABCDEF (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure, Fluid*
135 *resuscitation*), priorizando a ressuscitação emergencial antes da intervenção direta na
136 queimadura. Sendo essencial não permitir que as lesões por queimaduras desviem a
137 atenção dessa avaliação sistemática, uma vez que pode levar à omissão de outras
138 lesões graves associadas (Hettiaratchy & Papini, 2004).

139 Assim, no A, deve-se verificar se a via aérea está obstruída ou em risco de obstrução,
140 pois a inalação de gases quentes pode causar queimaduras acima das cordas vocais,
141 levando ao edema nas horas subsequentes, especialmente após o início da reposição
142 de fluidos. Isso significa que uma via aérea aparentemente desobstruída pode vir a
143 obstruir (Hettiaratchy & Papini, 2004).

144 Já no B, existem diversas maneiras pelas quais uma lesão por queimadura pode
145 comprometer a respiração, nomeadamente pela restrição mecânica da respiração ,
146 como por exemplo nas queimaduras dérmicas profundas ou circunferenciais de

147 espessura total do tórax podem limitar a excursão do tórax e impedir a ventilação
148 adequada; nas lesões por explosão; na Inalação de fumo e na Carboxiemoglobina, dado
149 que o monóxido de carbono liga-se à hemoglobina com 40 vezes mais afinidade que o
150 oxigénio, causando hipóxia (Hettiaratchy & Papini, 2004).

151 Quanto ao C, deve-se monitorizar a evolução hemodinâmica da PASC, sendo essencial
152 realizar leituras seriais de sinais vitais ao longo do tratamento, permitindo uma avaliação
153 da trajetória circulatória, identificando precocemente mudanças no estado clínico e
154 orientando intervenções terapêuticas (James & Pennardt, 2023).

155 Além disso, nas queimaduras circunferenciais profundas ou de espessura total nas
156 extremidades podem atuar como torniquete, especialmente com o edema pós-
157 ressuscitação, sendo necessário realizar escarotomias (Hettiaratchy & Papini, 2004).

158 No D deve-se realizar uma avaliação do estado neurológico assim como despistar
159 deficits motores ou sensitivos (James & Pennardt, 2023; Hettiaratchy & Papini, 2004).

160 No que diz respeito ao E, é necessário remover toda a roupa e joias para identificar
161 lesões ocultas e evitar restrição circulatória, garantindo também a prevenção da
162 hipotermia com o uso de manta térmica. Em queimaduras químicas, a remoção da roupa
163 previne contaminação da pessoa e da equipa (International Trauma Life Support, 2019).
164 Consequentemente, deve-se realizar o arrefecimento com água corrente durante 20
165 minutos dentro de três horas consequentes à queimadura, à temperatura ideal de 10–
166 20 °C. A redução da temperatura da área queimada melhora a resposta fisiológica e
167 alivia a dor (Zwierello et al., 2023).

168 Por fim no F, para queimaduras que afetam mais de 20% da superfície corporal,
169 recomenda-se a utilização da Fórmula de *Parkland* para orientar a reposição de fluidos.
170 Esta fórmula sugere a administração de 4 mL de solução de Ringer Lactato por
171 quilograma de peso corporal, multiplicado pela percentagem de superfície corporal
172 queimada, durante as primeiras 24 horas após a lesão. Metade deste volume deve ser
173 infundido nas primeiras 8 horas após a queimadura, e a metade restante nas 16 horas
174 subsequentes.

175 O objetivo desta reposição é manter um débito urinário entre 0,5 e 1 mL/kg/h. Para
176 monitorizar eficazmente este parâmetro, é essencial a colocação de um cateter urinário,
177 permitindo uma avaliação contínua e precisa da função renal e do estado hemodinâmico
178 do PASC (Greenhalgh et al., 2023; Dries, 2020).

179 Posteriormente, realiza-se a avaliação secundária sendo esta detalhada e sistemática
180 da PASC, realizada após a conclusão da avaliação primária, do controlo das condições
181 de risco de vida e do início da reanimação. Por fim, avalia-se as queimaduras e procede-
182 se ao devido tratamento (*International Trauma Life Support*, 2019).

183 Tal como evidenciado no estudo de Biswas et al. (2020), a formação na prestação de
184 cuidados à PASC por queimaduras é essencial para capacitar os profissionais de saúde,
185 garantindo um atendimento eficaz, reduzindo complicações e melhorando o prognóstico
186 destes.

187

188 **Questões de investigação**

189

190 Quais são as características sociodemográficas, profissionais e de formação dos
191 participantes no estudo?

192 Qual é a autoperceção dos enfermeiros do serviço de urgência relativamente à
193 frequência das suas práticas na abordagem à pessoa adulta em situação crítica por
194 queimadura?

195 A autoperceção dos enfermeiros do serviço de urgência relativamente à frequência das
196 suas práticas na abordagem à pessoa adulta em situação crítica por queimadura mudou
197 com a formação realizada?

198

199 **Metodologia**

200

201 Trata-se de um estudo observacional de natureza quantitativa e descritivo-comparativo,
202 conduzido no Serviço de urgência (SU) médico-cirúrgico. O estudo foi realizado em dois
203 momentos distintos, dado que se avaliou a autoperceção dos enfermeiros do SU na
204 abordagem à PASC por queimadura no período pré-formação (F1) e pós-formação (F2).
205 A formação foi desenvolvida com base nas principais lacunas identificadas no primeiro
206 questionário (F1), dando maior enfoque aos tópicos onde foram observadas maiores
207 necessidades de formação. A formação foi realizada em formato *e-learning*, tendo sido
208 disponibilizada no dia 3 de março e permaneceu acessível até ao dia 19 de março de
209 2025, altura em que foi aplicado o 2º momento de avaliação.

210 A população alvo deste estudo no F1/F2 foram 93 enfermeiros do SU médico-cirúrgico
211 de uma ULS da região centro de Portugal. Sendo os critérios de inclusão todos os
212 enfermeiros que atuam na prestação de cuidados de enfermagem no serviço e que
213 concordaram, de forma voluntária, participar no estudo, tendo participado no F1, 78
214 enfermeiros e no F2, 31 enfermeiros. Para podermos fazer a comparação intergrupo e
215 intragrupo foi solicitado no 1º momento e no 2º momento que cada um dos participantes
216 criasse um código (4 dígitos constituídos pelos dois últimos números do cartão de
217 cidadão e pelos terceiro e quarto números do seu telemóvel). Por razões que
218 desconhecemos a maioria dos participantes não colocou, no segundo momento, o
219 código correto pelo que não foi possível emparelhar os dois momentos de avaliação.

220 O instrumento de recolha de dados, aplicado via online através da plataforma da *Google*
221 *Forms*®, permite somente uma resposta por pessoa dado requerer início de sessão com
222 endereço de email. Este foi desenvolvido com base na norma nº 022/2012 da Direção-
223 Geral da Saúde (DGS), atualizada em 2017, excluído a parte pediátrica e não
224 direcionada para os enfermeiros. O questionário era constituído por 27 questões,
225 abordando as áreas da avaliação e estabilização da PASC por queimadura,
226 transferência e cuidados na urgência, tratamento de queimaduras, terapêutica de
227 suporte e comunicação e documentação.

228 Os enfermeiros foram ainda convidados a fornecer informações sociodemográficas,
229 profissionais e de formação, abrangendo aspetos como idade, género, tempo de
230 experiência profissional, anos de experiência em serviços de urgência e especialização
231 na área de enfermagem e grau académico. Para além das questões incluídas no 1º
232 momento, no segundo momento foram questionados se já tinham respondido ao
233 questionário (F1), pois só esses deveriam responder, se no período entre o primeiro e
234 o segundo realizaram alguma formação ou participaram em congressos na área e se
235 prestaram cuidados à PASC por queimadura.

236 O questionário F1 teve disponível desde 20 de maio a 14 de agosto de 2024, tendo uma
237 taxa de adesão de 83,9%, por sua vez o F2 teve disponível de 12 a 19 de março de
238 2025, tendo uma taxa de adesão de 39,74 %.

239 Os dados recolhidos foram codificados e tabulados utilizando o *Statistical Package for*
240 *Social Sciences*®. Recorreu-se à estatística descritiva, nomeadamente frequências
241 absolutas e relativas, medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-
242 padrão, mínimo e máximo).

243 O estudo teve parecer favorável da comissão de ética competente (nº91/CR/CA).

244

245 **Resultados**

246 Com base na tabela 1, no F1, 78 enfermeiros aceitaram participar no estudo. A média
247 de idade dos participantes é de $36,82 \pm 8,48$ anos, sendo a media de idades no 2º
248 momento mais elevada. Sendo 92.3% do sexo feminino e 7.7% do sexo masculino no
249 1º momento e 90,3% do sexo feminino e 9,7% do sexo masculino no 2º momento. Em
250 média os participantes trabalham há $13,46 \pm 8,54$ anos e têm 8.86 ± 7.96 experiência
251 profissional em SU. Os enfermeiros que participaram no 1º momento do estudo
252 trabalhavam em média há mais tempo que os respondentes no 2º momento, mas há
253 menos tempo no SU.

254

255

256 **Tabela 1-Distribuição da amostra quanto à idade e dados profissionais**

Variáveis	F1					F2				
	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade (anos)	77	24	64	36,82	8,48	30	25	65	40,03	10,23
Anos de experiência profissional como enfermeiro	78	2	39	13,46	8,54	8	1	25	7,13	8,14
Anos de experiência profissional em Serviço de Urgência	78	0	38	8,86	7,96	31	1	36	12,21	10,52

257 Verifica-se que mais de 80% dos enfermeiros que participaram nos dois momentos não
 258 detêm uma especialidade, sendo que a especialidade que mais participantes realizaram
 259 foi a enfermagem médico-cirúrgica, tal como se pode verificar na tabela 2.

260

261 **Tabela 2-Distribuição das respostas da amostra quanto aos dados profissionais e académicos**

Variáveis		F1		F2	
		n	%	n	%
Especialidade	Enfermagem de Reabilitação	3	3,8	1	3,2
	Enfermagem de Saúde Comunitária	2	2,6	0	0
	Enfermagem Médico-Cirúrgica	9	11,5	3	9,7
	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1	1,3	0	0
	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	0	0	1	3,2
	Sem especialidade	63	80,8	26	83,9
Grau académico	Licenciado	43	67,2		
	Licenciado com Especialização	7	10,9		
	Mestrado Académico	1	1,6		
	Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica,	2	10		
	Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica	1	5		

262

263 No segundo questionário (F2) foram questionados os participantes do estudo se no
 264 período entre o primeiro e o segundo questionário realizaram alguma formação ou
 265 participaram em congressos na área. Da análise das respostas verificou-se que 41,9%
 266 realizam alguma formação ou participado em congressos na área, enquanto a maioria,
 267 58,1%, indicou não ter tido essa experiência. Entre os que participaram em formações,
 268 6,4% não especificaram a área, enquanto os restantes mencionaram formações
 269 específicas, como "Jornadas do Doente Queimado (3,2%), *International Trauma Life*
 270 *Support* (3,2%), formações em serviço (6,6%), formações online (3,2%) e a formação
 271 realizada neste estudo (19,3%).

272 No que diz respeito à realização de pesquisas na área, apenas 19,4% dos participantes
 273 referiram ter realizado investigações, enquanto 80,6% não desenvolveram estudos
 274 sobre o tema. Relativamente à prestação de cuidados a doentes queimados, 25,8% dos

275 inquiridos declararam ter tido essa experiência, enquanto 74,2% afirmaram não ter
276 prestado cuidados a PASC por queimadura.

277 Na tabela 3, encontram-se os dados do presente estudo do 1º (F1) e do 2º (F2) momento
278 de recolha de dados.

279 Com base na análise dos mesmos, na questão “Aquando a admissão hospitalar da
280 pessoa com queimadura realiza a vigilância primária do ABCDEF?”, no grupo F1 64,1%
281 realiza “sempre” enquanto no F2 essa proporção caiu para 54,8%, enquanto houve um
282 aumento na frequência de realização “Muitas vezes” (19,2% para 29%) e “Às vezes”
283 (9,0% para 12,9%). Embora tenha ocorrido uma leve redução na categoria “Sempre”,
284 observa-se uma diminuição na resposta “raramente” e “nunca” (7,7% para 3,2%).

285 Em relação à avaliação AMPLE, no F1 apenas 16,7% realizavam “sempre” essa
286 vigilância e no grupo F2 esse número caiu para 12,9%, havendo um crescimento
287 significativo na categoria “Muitas vezes” (24,4% para 45,2%).

288 No que concerne a realização da avaliação e registo no processo clínico da gravidade
289 da queimadura quanto à profundidade da lesão provocada, dois a três dias após a
290 avaliação inicial apesar de haver uma melhoria pouco significativa do F1 para o F2 dos
291 enfermeiros que realizam “sempre” estas intervenções (24,4% para 25,8%), ainda
292 existem 16,1% de enfermeiros no serviço que “nunca” as realizam.

293 Verificou-se ainda uma ligeira redução na frequência com que os enfermeiros
294 esclarecem sempre o plano terapêutico às PASC e seus familiares, passando de 37,2%
295 para 35,5%. Contudo, registou-se uma melhoria na obtenção do consentimento
296 informado, que aumentou de 19,2% para 22,6%. Adicionalmente, o fornecimento de
297 folhetos informativos demonstrou um crescimento mais expressivo, passando de 9,0%
298 para 19,4%.

299 Quanto ao tratamento da queimadura observou-se uma ligeira redução no uso de penso
300 protetor ou creme hidratante “sempre”, passando de 44,9% no F1 para 41,9% no F2.
301 Em contrapartida, o uso de pensos humidificados para reepitelização apresentou um
302 aumento significativo, subindo de 38,5% para 48,4%. Além disso, a aplicação de
303 produtos cicatrizantes registou uma melhoria expressiva, na sua “sempre” utilização,
304 passando de 32,1% para 45,2%, demonstrando um maior enfoque na utilização de
305 tratamentos que favorecem a cicatrização das queimaduras.

306 No que se refere ao tratamento inicial com creme de sulfadiazina de prata, a utilização
307 de penso hidrocolóide, apenas 2,6% (F1) e 6,5% (F2) realizaram “sempre” esta
308 intervenção. Por sua vez, na drenagem asséptica das flitenas registou uma melhoria,
309 passando de 35,9% no F1 para 41,9% no F2. No que respeita à utilização de gazes de
310 parafina como alternativa aos hidrocolóides quando indisponíveis, observou-se uma

311 redução na frequência de uso, com a categoria "Sempre" passando de 24,4% (F1) para
312 25,8% (F2).

313 Quanto à administração de bicarbonato de sódio em pessoas com queimaduras
314 elétricas e traumatismos apresentou um aumento significativo na resposta "sempre"
315 pós-formação, passando de 3,8% (F1) para 12,9% (F2). No que respeita ao tratamento
316 de queimaduras químicas, a irrigação com água durante pelo menos uma hora –
317 excetuando os casos de queimadura por cal viva – também registou uma melhoria, com
318 a categoria "Sempre" aumentando de 16,7% no F1 para 22,6% no F2.

319 Na reposição de volémia, a utilização de lactato de Ringer de acordo com a fórmula de
320 *Parkland* em adultos com queimaduras apresentou no F1 43,6% e 38,7% no F2 na
321 categoria "Sempre", enquanto a adesão na categoria "Muitas vezes" aumentou de
322 24,4% para 45,2%.

323 Por fim, na monitorização hemodinâmica esta apresentou variações entre os diferentes
324 parâmetros avaliados. A avaliação do débito cardíaco registou um aumento na adesão,
325 passando de 39,7% (F1) para 41,9% (F2) na categoria "Sempre". A frequência cardíaca,
326 pressão arterial, saturação de oxigénio e estado de consciência mantiveram-se em
327 níveis elevados, embora com uma ligeira redução na frequência de monitorização
328 contínua, passando de 87,2% (F1) para 80,6% (F2).

329 Tabela 3- Distribuição das respostas da amostra quanto à autopercepção da frequência das suas práticas na abordagem à pessoa em situação crítica por
330 queimadura no serviço de urgência.

	Antes da formação					Após a formação					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n%	n/%	n/%	n/%	n/%	
Aquando a admissão hospitalar da pessoa com queimadura realiza a vigilância primária do ABCDEF?	50/64,1	15/19,2	7/9	4/5,1	2/2,6	17/54,8	9/ 29	4/12,9	1/3,2	0/0	
Realiza vigilância secundária da pessoa com queimadura utilizando a identificação da AMPLE?	13/16,7	19/4,4	17/21,8	14/17,9	15/19,2	4/12,9	14/45,2	8/25,8	1/3,2	4/12,9	
Aquando a transferência para um centro de tratamento de queimados realiza e regista os seguintes procedimentos?	Vigilância primária e secundária.	48/61,5	15/19,2	8/10,3	3/3,8	4/5,1	18/58,1	10/32,3	3/9,7	0/0	0/0
	Acesso venoso (sempre que possível).	66/84,6	6/7,7	2/2,6	0/0	4/5,1	26/83,9	4/12,9	1/3,2	0/0	0/0
	Intubação nasogástrica (necessária em todos os pessoas transportados por via aérea).	38/48,7	16/20,5	15/19,2	4/5,1	5/6,4	16/51,6	6/19,4	9/29	0/0	0/0
	Restrição da via oral.	56/71,8	9/11,5	9/11,5	0/0	4/5,1	24/77,4	4/12,9	2/6,5	0/0	1/3,2
Realiza a avaliação e registo no processo clínico da gravidade da queimadura:	Do local e extensão através da regra dos nove no adulto.	39/50,0	21/26,9	21/26,9	3/3,8	6/7,7	18/58,1	8/25,8	4/12,9	0/0	1/3,2
	Da Profundidade classificada em: Epidérmica, Superficial Parcial, Profunda Parcial, Profunda Completa, Profunda Completa +.	28/35,9	20/25,6	20/25,6	5/6,4	4/5,1	12/38,7	12/38,7	4/12,9	1/3,2	2/6,5
	Da profundidade da lesão provocada, dois a três dias após a avaliação inicial.	19/24,4	11/14,1	20/25,6	15/19,2	13/16,7	8/25,8	8/25,8	6/19,4	4/12,9	5/16,1
Informa e esclarece a pessoa e/ou o representante legal acerca da necessidade do plano terapêutico, da situação clínica, dos efeitos secundários, benefícios e riscos do tratamento.	29/37,2	28/35,9	14/17,9	5/6,4	2/2,6	11/35,5	11/35,5	7/22,6	1/3,2	1/3,2	
Obtém o consentimento informado escrito de acordo com a Norma nº 015/2013 "Consentimento Informado, esclarecido e livre dado por escrito"?	15/19,2	11/14,1	11/14,1	17/21,8	24/30,8	7/22,6	6/19,4	9/29	6/19,4	3/9,7	
Disponibiliza um folheto informativo sobre o plano terapêutico à pessoa e/ou representante legal?	7/9,0	8/10,3	16/20,5	17/21,8	30/38,5	6/19,4	6/19,4	5/16,1	5/16,1	9/29	
Utiliza penso protetor ou um produto em creme para proporcionar conforto e uma cicatrização mais rápida nas queimaduras epidérmicas?	35/44,9	25/32,1	12/15,4	2/2,6	4/5,1	13/41,9	13/41,9	4/12,9	1/3,2	0/0	
Utiliza pensos humidificados que incentivem a repitelização para a cicatrização de feridas?	30/38,5	28/35,9	7/9,0	7/9,0	6/7,7	8/6,5	15/48,4	4/12,9	2/6,5	2/6,5	
Se a pele não está íntegra, aplica um produto de cicatrização de feridas?	25/32,1	29/37,2	13/16,7	6/7,7	5/6,4	9/29	14/45,2	4/12,9	3/9,7	1/3,2	
Nas feridas de queimaduras com sinais de infeção trata-as com sulfadiazina de prata tópica ou sulfadiazina de prata mais cerium tópico?	14/17,9	33/42,3	20/25,6	4/5,1	7/9,0	9/29	17/54,8	5/16,1	0/0	0/0	
Utiliza produtos com ação antimicrobiana (como o creme de sulfadiazina de prata ou sulfadiazina de prata mais cerium) em todos os tipos de queimaduras nas lesões de queimadura?	8/10,3	25/32,1	31/39,7	5/6,4	9/11,5	5/16,1	17/54,8	7/22,6	1/3,2	1/3,2	

331 Legenda: 1- Sempre; 2-Muitas vezes; 3- Às vezes; 4- Raramente; 5- Nunca

Tabela 3- Continuação

	Antes da formação					Após a formação					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n%	n%	n%	n%	n%	
Após realizar o tratamento inicial com creme de sulfadiazina de prata, utiliza um penso hidrolóide?	2/2,6	6/7,7	17/21,8	23/29,5	30/38,5	2/6,5	6/19,4	9/29	8/25,8	6/19,4	
Drena as flictenas de forma asséptica?	28/35,9	15/19,2	15/19,2	11/14,1	9/11,5	9/29	13/41,9	7/22,6	1/3,2	1/3,2	
Utiliza gazes de parafina de uma camada quando os hidrolóides estão indisponíveis?	19/24,4	27/34,6	21/26,9	3/3,8	8/10,3	8/25,8	6/19,4	10/32,3	3/9,7	4/12,9	
Nas pessoas com queimaduras elétricas e com traumatismos administra bicarbonato de sódio?	3/3,8	13/16,7	35/44,9	14/17,9	13/16,7	4/12,9	11/35,5	12/38,7	2/6,5	2/6,5	
Aquando na presença de queimaduras químicas irriga-as com água durante pelo menos uma hora, com exceção da queimadura por cal viva?	13/16,7	22/28,2	17/21,8	15/19,2	17/21,8	7/22,6	9/29	9/29	4/12,9	2/6,5	
Numa queimadura química por cal viva primeiramente remove, sem água, o produto químico?	33/42,3	9/11,5	17/21,8	3/3,8	16/20,5	18/58,1	7/22,6	5/16,1	0/0	1/3,2	
Mantem a pessoa com queimaduras quente (normotérmico), com temperatura >35°C e seco?	26/33,3	29/37,2	13/16,7	2/2,6	8/10,3	14/45,2	13/41,9	4/12,9	0/0	0/0	
Tem em consideração a intubação endotraqueal nas seguintes situações:	Pessoas em coma	60/76,9	13/16,7	3/3,8	0/0	2/2,6	26/83,9	4/12,9	1/3,2	0/0	0/0
	Persistência de hipoxemia SaO ₂ ≤ 90% apesar de suplementação de O ₂	32/41,0	29/37,2	14/17,9	1/1,3	2/2,6	13/41,9	10/32,3	7/22,6	0/0	1/3,2
	Porcentagem de queimaduras > 35%	21/26,9	30/38,5	19/24,4	2/2,6	6/7,7	13/41,9	8/25,8	7/22,6	2/6,5	1/3,2
	Insuficiência respiratória	30/38,5	29/37,2	15/19,2	2/2,6	2/2,6	16/51,6	8/25,8	5/16,1	2/6,5	0/0
	Índice de Clark ≥2 (score clínico da lesão inalatória)	31/39,7	25/32,1	12/15,4	3/3,8	7/9,0	15/48,4	8/25,8	7/22,6	0/0	1/3,2
	Inalação e ou Intoxicação por monóxido de carbono	20/25,6	23/29,5	24/30,8	5/6,4	6/7,7	8/25,8	15/48,4	6/19,4	1/3,2	1/3,2
Queimaduras circunferenciais do tórax	28/35,9	28/35,9	15/19,2	15/19,2	4/5,1	13/41,9	8/25,8	8/25,8	1/3,2	1/3,2	
Assegura acesso venoso periférico, preferencialmente dois cateteres (de calibre 16 ou 14 G) em área não queimada?	52/66,7	17/21,8	4/5,1	0/0	5/6,4	19/61,3	11/35,5	1/3,2	0/0	0/0	
Administra lactato de ringer de acordo com a fórmula de Parkland no adulto (4ml x Kg x % de área total de superfície corporal queimada)	34/43,6	19/24,4	17/21,8	1/1,3	7/9,0	12/38,7	14/45,2	5/16,1	0/0	0/0	
Avalia a dor com escala apropriada ao grupo etário e especificidades da pessoa e regista imediatamente após o arrefecimento e cobertura da queimadura (ex: lençol esterilizado)	47/60,3	25/32,1	3/3,8	0/0	3/3,8	17/54,8	13/41,9	1/3,2	0/0	0/0	
administra-se analgesia endovenosa?	42/53,8	23/29,5	9/11,5	1/1,3	3/3,8	16/51,6	13/41,9	2/6,5	0/0	0/0	
A Vigia o débito urinário a 0,5 ml/kg/hora no adulto através de reposição da volémia?	42/53,8	24/30,8	8/10,3	1/1,3	3/3,8	17/54,8	9/29	5/16,1	0/0	0/0	
Efetua a monitorização hemodinâmica dos seguintes parâmetros?	Débito Cardíaco	31/39,7	11/14,1	15/19,2	7/9,0	14/17,9	13/41,9	7/22,6	5/16,1	4/12,9	2/6,5
	Frequência Cardíaca	68/87,2	5/6,4	1/1,3	1/1,3	3/3,8	25/80,6	19,4/6	0/0	0/0	0/0
	Estado de consciência	69/88,5	5/6,4	1/1,3	0/0	3/3,8	25/80,6	6/19,4	0/0	0/0	0/0
	Saturação de Oxigénio	68/87,2	6/7,7	1/1,3	0/0	3/3,8	25/80,6	6/19,4	0/0	0/0	0/0
	Pressão Arterial	68/87,2	5/6,4	2/2,6	0/0	3/3,8	25/80,6	6/19,4	0/0	0/0	0/0
Efetua monitorização laboratorial, a cada 6 horas nas primeiras 24 horas de ressuscitação pós queimadura?	20/25,6	26/33,3	16/20,5	6/7,7	10/12,8	9/29	12/38,7	7/22,6	2/6,5	1/3,2	

332 Legenda: 1- Sempre; 2-Muitas vezes; 3- Às vezes; 4- Raramente; 5- Nunca

333

334 **Discussão**

335

336 O perfil sociodemográfico e profissional da amostra revela que, tanto no F1 como no F2,
337 a maioria dos enfermeiros é do sexo feminino, com uma média de idade de 36,82 anos
338 tal como é evidenciado pela Ordem dos enfermeiros (2024) que refere que 82,2% dos
339 enfermeiros são do sexo feminino. No entanto, a média etária foi superior no F2, o que
340 poderá refletir alterações na constituição da equipa. Embora os participantes tenham,
341 em média, 13,46 anos de experiência profissional, o tempo de exercício no SU é inferior
342 (8,86 anos), o que indica que muitos iniciaram a sua carreira noutros contextos. Os
343 enfermeiros que participaram no F1 apresentavam mais anos de profissão, mas menos
344 experiência específica no SU, o que reflete a mobilidade interna entre serviços.

345 A experiência no SU assume particular relevância na prestação de cuidados em
346 contextos críticos, destacando a importância de uma equipa estável e experiente neste
347 tipo de ambiente. Para além disso, a mobilidade de alguns enfermeiros entre F1 e F2
348 contribuiu para a diminuição do número de respostas no segundo momento. Acresce
349 ainda que, devido à não correspondência dos códigos atribuídos nos dois momentos,
350 não foi possível realizar o emparelhamento dos dados

351 A análise comparativa entre os grupos F1 e F2 revela *insights* relevantes sobre o
352 impacto da formação na prática clínica pelos enfermeiros do serviço de urgência na
353 abordagem à PASC adulta por queimadura. Os dados evidenciam progressos
354 significativos em determinadas áreas, embora subsistam domínios que requerem
355 aperfeiçoamento e consolidação por meio da formação contínua. Tal necessidade é
356 corroborada por Costa et al. (2023), ao referirem que, dada a complexidade inerente à
357 abordagem da pessoa com queimadura, torna-se imprescindível que a equipa de
358 enfermagem se mantenha atualizada, sendo o investimento em formação contínua
359 crucial para a adequação das práticas clínicas às exigências dos cuidados e aos
360 recursos disponíveis.

361 Comparativamente entre F1 e F2 é evidenciado progressos na aplicação da Vigilância
362 Primária do ABCDEF e da Avaliação Secundária AMPLE por parte dos enfermeiros do
363 serviço de urgência, com um aumento das respostas na categoria "Muitas vezes",
364 apesar da redução na opção "Sempre". Estes resultados sugerem uma maior
365 consciencialização e familiarização com os protocolos, embora a sua aplicação ainda
366 não seja plenamente sistematizada.

367 Importa salientar que, de acordo com o *International Trauma Life Support (2019)* a
368 mnemónica atualmente recomendada é SAMPLE — que inclui Sinais e sintomas,

369 Alergias, Medicação, História clínica, Última ingestão oral e Eventos anteriores ao
370 incidente. Ao contrário da AMPLE, esta integra a componente dos sinais e sintomas,
371 essencial na avaliação clínica. Assim, é possível que algumas respostas tenham sido
372 influenciadas por uma eventual desatualização da norma ou pela confusão entre as
373 duas mnemónicas, o que reforça a necessidade de formação contínua e atualização das
374 normas em vigor.

375 Quanto à avaliação e o registo precisos da profundidade das queimaduras estes são
376 fundamentais para o planeamento adequado do tratamento e para a previsão do
377 prognóstico da PASC. O facto de a categoria "Sempre" apresentar um pequeno
378 aumento (de 24,4% para 25,8%) e existir persistência de 16,1% de enfermeiros que
379 "Nunca" realizam essa avaliação destacam uma área crítica que necessita de atenção.
380 A profundidade da queimadura determina o curso da cicatrização, a necessidade de
381 intervenção cirúrgica e a morbilidade associada à lesão. Uma avaliação imprecisa pode
382 levar a tratamentos inadequados, afetando negativamente a recuperação da PASC por
383 queimadura tal como corrobora Costa et al. (2023). É essencial reforçar essa prática na
384 formação, garantindo que os profissionais estejam capacitados para avaliações precisas
385 e registos detalhados. A falta de experiência com doentes queimados pode dificultar a
386 assimilação das práticas, evidenciando a necessidade de simulações realistas e
387 formação contínua.

388 A comunicação eficaz assume um papel fundamental na adesão ao tratamento e na
389 satisfação da PASC e dos seus familiares. Embora se tenha verificado uma ligeira
390 diminuição na explicação do plano terapêutico, observou-se uma evolução positiva na
391 obtenção do consentimento informado e na entrega de folhetos informativos. Estes
392 progressos refletem uma valorização crescente da partilha de informação, sendo
393 imprescindível reforçar a formação dos profissionais em comunicação centrada na
394 pessoa tal como evidencia Sá & Henriques (2021), que refere que é importante
395 aprofundar a investigação sobre a intervenção de enfermagem, recorrendo a estratégias
396 como a promoção de conferências familiares no contexto dos cuidados críticos. Estas
397 iniciativas podem contribuir significativamente para a melhoria da comunicação, da
398 tomada de decisão partilhada e da qualidade global dos cuidados prestados.

399 O tratamento das queimaduras tem vindo a evoluir, refletindo mudanças relevantes nas
400 práticas clínicas (Ventura-Silva et al., 2021). Verifica-se uma ligeira diminuição na
401 utilização consistente de penso protetor, o que pode indicar uma diversificação nas
402 abordagens terapêuticas. Em contrapartida, observa-se um aumento significativo na
403 adoção de pensos humidificados para reepitelização e de produtos cicatrizantes,
404 evidenciando uma tendência positiva na aplicação de técnicas que favorecem uma
405 recuperação mais eficaz dos tecidos.

406 Apesar disso, a baixa adesão ao uso de sulfadiazina de prata e de penso hidrocolóide
407 continua a destacar possíveis barreiras, como limitações no acesso a recursos ou falta
408 de familiaridade com estas opções por parte dos profissionais. Este cenário ganha ainda
409 mais relevância à luz da evidência científica recente: segundo Molaei et al. (2023), a
410 utilização de sulfadiazina de prata, previne infecções, sépsis ou acelera o processo de
411 cicatrização — tendo como base indicadores como a taxa de reepitelização, tempo de
412 internamento, níveis de dor e taxa de sobrevivência. Esta informação reforça a
413 necessidade de uma abordagem crítica na seleção dos tratamentos, ponderando a
414 evidência disponível e os recursos existentes.

415 Adicionalmente, a prática de drenagem asséptica das flitenas mostrou melhorias, embora
416 ainda haja margem para reforçar a sua aplicação de forma mais sistemática. A
417 Associação Nacional de Técnicos de Emergência Médica (EUA) (2023) menciona que
418 as flitenas embora muitos acreditem que atuam como barreira protetora, podem ser
419 facilmente violadas, facilitando a entrada de bactérias. Além disso, impedem a aplicação
420 de antibióticos tópicos. Esta recomenda a sua abertura e desbridamento em ambiente
421 hospitalar.

422 Destaca-se o aumento do uso de bicarbonato de sódio em queimaduras elétricas, pois
423 nestas queimaduras pode ocorrer desequilíbrios ácido-base, como a acidose
424 metabólica, devido a lesões celulares e à libertação de substâncias como o potássio na
425 corrente sanguínea. O trauma muscular agrava esse quadro, podendo ser necessário o
426 uso de bicarbonato de sódio para corrigir o pH e restaurar o equilíbrio do organismo
427 (Culnan et al., 2018).

428 A realização de irrigação prolongada nomeadamente em queimaduras químicas,
429 melhora significativamente os desfechos das PASC, incluindo redução da profundidade
430 da queimadura, menor necessidade de enxertos de pele e diminuição da duração da
431 hospitalização tal como corrobora (Griffin et al., 2022).

432 Quanto à utilização da fórmula *de Parkland* para o cálculo da ressuscitação, constatou-se
433 uma redução da resposta "Sempre" (43,6% para 38,7%), aliada ao aumento na
434 categoria "Muitas vezes" (24,4% para 45,2%), indica uma adoção mais frequente,
435 embora ainda insuficiente, sendo fundamental reforçar a importância da sua aplicação
436 correta e sistemática para otimizar os resultados clínico, pois tal como evidenciado por
437 Greenhalgh et al. (2023), esta ressuscitação tem como objetivo garantir a hidratação
438 adequada nas primeiras 24 horas após a queimadura, prevenindo o choque
439 hipovolémico.

440 Por fim, a monitorização hemodinâmica constitui um elemento fundamental na vigilância
441 e gestão de PASC por queimadura. Em F2 verificou-se um ligeiro aumento na
442 monitorização contínua do débito cardíaco, o que representa um progresso. Em

443 contraste, a redução na frequência de monitorização de parâmetros vitais como a
444 frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigénio e estado de consciência é
445 um motivo de preocupação. Pois tal como evidenciado por James & Pennardt (2023), a
446 monitorização dos parâmetros vitais permite avaliar a trajetória circulatória, identificando
447 precocemente mudanças no estado clínico e orientando intervenções terapêuticas.

448 Em suma, os resultados evidenciam a necessidade de reforçar a formação e
449 sensibilização dos enfermeiros, promovendo uma monitorização hemodinâmica
450 sistemática e contínua, crucial para a deteção precoce de alterações clínicas e para a
451 prestação de cuidados seguros e eficazes.

452 O estudo enfrentou desafios como a mobilização de profissionais, a contratação de
453 novos enfermeiros entre F1 e F2, e a desatualização da Norma n.º 022/2012 da DGS.
454 Destacam-se também limitações como o reduzido tamanho da amostra, a realização do
455 estudo apenas numa instituição, e a metodologia utilizada — formação online e recolha
456 de dados por questionário de autopreenchimento.

457 Adicionalmente, o intervalo de tempo entre os dois momentos de avaliação, bem como
458 o curto período entre a formação e o preenchimento do F2, exigem uma leitura cautelosa
459 dos resultados. A falta de contacto com PASC por queimadura por parte de alguns
460 profissionais e a procura autónoma de formação entre F1 e F2 poderão igualmente ter
461 influenciado as respostas. A par disso, a não correspondência dos códigos entre os
462 questionários inviabilizou a comparação direta entre os dois momentos, além da
463 mobilidade de alguns enfermeiros entre F1 e F2.

464

465 **Conclusão**

466

467 O estudo realizado permitiu responder às questões de investigação propostas. Com a
468 aplicação do questionário pré-formação (F1), verificou-se que a autoperceção dos
469 enfermeiros do SU quanto à frequência da realização das práticas na abordagem à
470 PASC por queimadura era, em alguns tópicos, insuficiente — especialmente no que se
471 refere ao tratamento da queimadura. Com o objetivo de melhorar os conhecimentos
472 identificados como deficitários, foi realizada uma formação, seguida da aplicação de um
473 segundo questionário (F2). Esta intervenção permitiu constatar uma alteração na
474 referida autoperceção, no entanto, foi possível identificar que persistem algumas
475 lacunas. Foram observados progressos em diversas dimensões dos cuidados, como a
476 aplicação de protocolos de avaliação, a adoção de práticas terapêuticas mais
477 avançadas e a melhoria da comunicação com a PASC e a sua família. Apesar disso,

478 mantêm-se fragilidades importantes, nomeadamente na sistematização de
479 procedimentos essenciais, como o registo da profundidade das queimaduras, a adesão
480 à fórmula de *Parkland* e a monitorização contínua dos parâmetros vitais.

481 Deste modo, estas lacunas indicam que a formação pontual, embora benéfica, não é
482 suficiente. Torna-se imperioso investir numa estratégia de educação contínua e
483 sistemática, que garanta a atualização permanente dos enfermeiros, promovendo a
484 adesão às melhores práticas baseadas na evidência científica. Além disso, é
485 fundamental assegurar que os recursos materiais estejam disponíveis e que existam
486 protocolos institucionais bem definidos, facilitando a uniformização dos cuidados e a sua
487 qualidade.

488 Por fim, a implementação consistente de boas práticas, associada à atualização
489 normativa e à capacitação técnica e relacional dos enfermeiros, contribuirá para
490 melhorar significativamente os resultados clínicos, reduzir complicações e reforçar a
491 humanização dos cuidados prestados à PASC com queimadura.

492

493 **Referências bibliográficas**

494

495 Associação Nacional de Técnicos de Emergência Médica (EUA). (2023). PHTLS:
496 suporte de vida em trauma pré-hospitalar / Associação Nacional de Técnicos de
497 Emergência Médica (NAEMT). (Jones & Bartlett Publishers, Ed.; 10a).

498 Bagley, B. A., Senthil-Kumar, P., Pavlik, L. E., Nabi, F. M., Lee, M. E., Hartman, B. C.,
499 Khan, B. A., Smith, J. P., & Carlos, W. G. (2022). Care of the Critically Injured Burn
500 Patient. *Annals of the American Thoracic Society*, 19(6), 880–889.
501 <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202110-1099CME>

502 Biswas, A., Abdullah, A. S. Md., Deave, T., Dalal, K., & Mashreky, S. R. (2020).
503 Exploration of gaps and challenges in managing burn injury at district and sub-district
504 government health care facilities in Bangladesh. *Burns Open*, 4(1), 16–21.
505 <https://doi.org/10.1016/j.burnso.2019.11.002>

506 Costa, P. C. P., Barbosa, C. S., Ribeiro, C. de O., Silva, L. A. A. da, Nogueira, L. de A.,
507 & Kalinke, L. P. (2023). Cuidados de enfermagem direcionados ao paciente queimado:
508 uma revisão de escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(3).
509 <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0205pt>

510 Culnan, D. M., Farner, K., Bitz, G. H., Capek, K. D., Tu, Y., Jimenez, C., & Lineaweaver,
511 W. C. (2018). Volume Resuscitation in Patients With High-Voltage Electrical Injuries.
512 *Annals of Plastic Surgery*, 80(3), S113–S118.
513 <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001374>

- 514 Dries, D. J. (2020). Burn care: before the burn center. *Scandinavian Journal of Trauma,*
515 *Resuscitation and Emergency Medicine, 28(1), 97.* [https://doi.org/10.1186/s13049-020-](https://doi.org/10.1186/s13049-020-00792-z)
516 [00792-z](https://doi.org/10.1186/s13049-020-00792-z)
- 517 Greenhalgh, D. G., Cartotto, R., Taylor, S. L., Fine, J. R., Lewis, G. M., Smith, D. J.,
518 Marano, M. A., Gibson, A., Wibbenmeyer, L. A., Holmes, J. H., Rizzo, J. A., Foster, K.
519 N., Khandelwal, A., Fischer, S., Hemmila, M. R., Hill, D., Aballay, A. M., Tredget, E. E.,
520 Goverman, J., ... Sood, R. (2023). Burn Resuscitation Practices in North America.
521 *Annals of Surgery, 277(3), 512–519.* <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000005166>
- 522 Griffin, B., Cabilan, C. J., Ayoub, B., Xu, H. (Grace), Palmieri, T., Kimble, R., & Singer,
523 Y. (2022). The effect of 20 minutes of cool running water first aid within three hours of
524 thermal burn injury on patient outcomes: A systematic review and meta-analysis.
525 *Australasian Emergency Care, 25(4), 367–376.*
526 <https://doi.org/10.1016/j.auec.2022.05.004>
- 527 Hettiaratchy, S., & Papini, R. (2004). Initial management of a major burn: I—overview.
528 *BMJ, 328(7455), 1555–1557.* <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7455.1555>
- 529 ITLS. (2019). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers (9th ed.).*
530 James, D., & Pennardt, A. (2023). *Trauma Care Principles (StatPearls, Ed.). StatPearls*
531 *Publisher.* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547757/>
- 532 Molaei, E., Karbasforooshan, H., Ahmadabadi, A., Abbaspour, M., Tavoosi, S. H.,
533 Khadem-Rezaeian, M., Molaei, A., & Elyasi, S. (2023). Evaluation of silver sulfadiazine
534 1%-cerium nitrate 2.2% cream efficacy and safety in moderate to severe burn patients:
535 a single-blind randomized clinical trial. *International Journal of Burns and Trauma, 13(5),*
536 *191–203.*
- 537 Norma nº022/2012 da Direção-Geral da Saúde. (2012). *Abordagem Pré-hospitalar das*
538 *Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto.* [https://www.dgs.pt/directrizes-da-](https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0232012-de-26122012-png.aspx)
539 [dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0232012-de-26122012-png.aspx](https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0232012-de-26122012-png.aspx)
- 540 Oliveira, E., Lobo-do-Vale, R., & Colaço, M. C. (2023). Incident analysis of traditional
541 burns in Portugal. *International Journal of Disaster Risk Reduction, 95, 103852.*
542 <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2023.103852>
- 543 Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Anuário Estatístico 2024.*
544 <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- 545 Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023).
546 *Transporte de Doentes Críticos.* [https://ordemosmedicos.pt/wp-](https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf)
547 [content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-](https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf)
548 [III-2023.pdf](https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2023/04/Transporte-Doente-Critico-2023-Versa%CC%83o-CEMI_OM-III-2023.pdf)

- 549 Sá, F., & Henriques, H. (2021). Estratégias de comunicação com a família da pessoa
550 em situação crítica: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde*
551 *Mental*, 26, 109–123. <https://doi.org/10.19131/rpesm.313>
- 552 18. Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., & Cardoso, M. (2021).
553 Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health*
554 *NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- 555 19. Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., Abbasi-
556 Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour,
557 I., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abrams, E. M., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abu-
558 Raddad, L. J., Abushouk, A. I., ... Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 369 diseases
559 and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the
560 Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204–1222.
561 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- 562 20. Żwieretło, W., Piorun, K., Skórka-Majewicz, M., Maruszewska, A., Antoniewski,
563 J., & Gutowska, I. (2023). Burns: Classification, Pathophysiology, and Treatment: A
564 Review. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(4).
565 <https://doi.org/10.3390/ijms24043749>

REFLEXÃO FINAL

A elaboração deste relatório de estágio, inserido no plano curricular do Mestrado em EMC na área de EPSC, permitiu não só consolidar conhecimentos teóricos e práticos, como também promover um aprofundamento crítico-reflexivo da prática profissional vivenciada ao longo dos diversos contextos de estágio. A experiência nos SUP, SMI e em contexto pré-hospitalar (SIV e VMER), revelou-se fundamental para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE, contribuindo para uma prestação de cuidados mais segura, eficiente e humanizada.

Através da integração de referenciais teóricos, nomeadamente as teorias de Benner e de Meleis, foi possível compreender com maior profundidade os processos de desenvolvimento profissional e de transição vivenciados tanto pelos enfermeiros como pelas PSC e seus familiares/ pessoas significativas. Estas abordagens permitiram sustentar a prática clínica em bases sólidas, promovendo a excelência dos cuidados e reforçando o papel do enfermeiro como agente transformador no sistema de saúde.

A componente de investigação, centrada na abordagem à PASC por queimadura no SU, destacou a importância da formação contínua como um pilar essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. O estudo foi realizado através da aplicação de questionários antes (F1) e após (F2) uma formação online, desenvolvida com base nas principais lacunas identificadas no F1.

Neste estudo verificou-se uma melhoria da autoperceção dos enfermeiros relativamente às suas práticas, especialmente na aplicação de protocolos e práticas terapêuticas. No entanto, persistem lacunas importantes, como falhas no registo da profundidade das queimaduras, na adesão à fórmula de *Parkland* e na monitorização dos sinais vitais. Estes resultados mostram que formações pontuais são úteis, mas insuficientes, sendo necessária uma estratégia de educação contínua, articulada com protocolos atualizados, recursos adequados e uma cultura institucional orientada para a melhoria contínua dos cuidados.

A descrição pormenorizada das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, aliada a uma análise reflexiva crítica das experiências vivenciadas, permitiu alcançar o primeiro objetivo, promovendo uma compreensão mais profunda da prática clínica e contribuindo para o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e ético-profissionais. Paralelamente, a identificação de fragilidades na prática, a implementação de uma intervenção formativa dirigida

e a posterior avaliação do seu impacto na autoperceção dos enfermeiros possibilitaram o cumprimento dos objetivos estabelecidos na parte II.

Em síntese, este percurso formativo constituiu uma oportunidade ímpar de crescimento pessoal e profissional, fortalecendo o compromisso com a qualidade, a ética e a humanização do cuidar. A experiência vivida ao longo do mestrado confirma a relevância da especialização em EMC e reforça a importância de investir continuamente no desenvolvimento de competências que respondam eficazmente à complexidade crescente dos cuidados à PSC.