



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

ANA RAQUEL DOS REIS FERREIRA

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

**PREVENÇÃO DA INFEÇÃO EM DOENTES QUEIMADOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA:
CONTRIBUTOS PARA UMA PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA**

Coimbra, setembro de 2025



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

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

ANA RAQUEL DOS REIS FERREIRA

**RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO
PREVENÇÃO DA INFEÇÃO EM DOENTES QUEIMADOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA:
CONTRIBUTOS PARA UMA PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA**

Docentes: Professora Mestre Maria do Céu Mestre Carrageta, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Professor Doutor Luís Miguel Nunes de Oliveira, Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coimbra, setembro de 2025

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho representa a conclusão de uma etapa de um percurso que ainda temos de trilhar ao longo da vida pelo que a gratidão se revela como a palavra de ordem nesta fase.

Um agradecimento aos professores Maria do Céu Carrageta e Luís Oliveira pelo apoio e dedicação prestados ao longo destes anos. Estendo igualmente os meus agradecimentos aos enfermeiros tutores, pela orientação, partilha de conhecimentos, disponibilidade e compreensão demonstradas. Agradeço também às equipas multiprofissionais que me integraram e acolheram de forma tão calorosa durante as componentes clínicas.

À enfermeira Sofia Mota, cuja inspiração se estende para além da profissão. Pela sabedoria que sempre partilhou, pelo exemplo de dedicação e pelo profundo humanismo, a minha gratidão eterna. A amizade e os ensinamentos que me ofereceu ao longo dos anos enriqueceram não só a minha prática profissional, mas também a minha vida.

Aos meus pais, Alice e António, pelo amor, apoio e incentivo e por nunca me permitirem desanimar, suportando inúmeras adversidades para que eu pudesse dedicar-me a este curso. Ao meu irmão, por ser um exemplo de profissionalismo e dedicação a esta profissão.

À minha amiga Cecília, o meu agradecimento pela inspiração e generosidade. A sua presença inabalável foi um esteio que me permitiu seguir em frente nos momentos mais difíceis, o que se revelou fundamental para o meu sucesso.

Aos meus colegas deste percurso, pelos desafios e pela entreatajuda num caminho em que juntos temos crescido.

E, por fim, à minha "estrelinha Maria", que iluminou cada passo desta caminhada. A sua presença foi a minha força, a minha motivação e a luz que me guiou ao longo de todo este percurso. A sua memória será sempre o meu maior impulso.

A todos vós, o meu franco e profundo agradecimento. O resultado alcançado não seria atingível sem o apoio de cada um de vós.

RESUMO

A formação pós-graduada é fundamental para o aprofundamento de conhecimentos, o desenvolvimento de competências especializadas e a valorização profissional, contribuindo para a inovação e a excelência em diferentes áreas de atuação.

O presente relatório pretende expor e analisar todo o processo de aprendizagem, a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas durante a componente clínica do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tendo por base a prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade. Ao longo deste processo de aprendizagem, a integração em diferentes contextos clínicos e a riqueza dos mesmos permitiu-nos vivenciar uma multiplicidade de experiências clínicas e desenvolver de forma crítica e reflexiva as competências especializadas.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica engloba uma perspetiva holística, de forma a otimizar todas as intervenções para salvaguardar a vida da pessoa, tornando-se assim o foco de atenção do enfermeiro especialista. Destarte, o enfermeiro especialista deve demonstrar competências na prestação de cuidados, devendo cada ação ser alvo de reflexão e melhoria contínua. Esta postura de reflexão, questionamento e sentido crítico deve estar sustentada em conhecimento científico que garanta a excelência dos cuidados prestados. Basear a prática e a tomada de decisão clínica em evidência científica foi a postura sistemática adotada ao longo deste percurso. Nesta lógica e com particular interesse na temática do doente queimado e da prevenção da infeção foi desenvolvida a componente de investigação, através de uma revisão tipo *scoping review*, a qual também permitiu aprimorar competências de pesquisa e de divulgação de conhecimento, em formato de artigo científico.

A primeira parte do relatório traduz o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas preconizadas para o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, ao longo dos estágios desenvolvidos em três contextos clínicos, num hospital da zona centro do país, através de uma análise crítico-reflexiva da aprendizagem e das respetivas experiências vividas.

A segunda parte aborda a componente de investigação, que tem como ponto de partida a seguinte questão de pesquisa: "Quais as intervenções de enfermagem na prevenção da infeção em doentes queimados no serviço de urgência?". Deste modo, foi desenvolvida uma revisão tipo *scoping review*, segundo o método proposto pelo *Joana Briggs Institute*, com o objetivo geral mapear a evidência disponível sobre as intervenções de enfermagem na prevenção da infeção em doentes queimados no serviço de urgência.

O percurso formativo revelou-se uma travessia transformadora, marcada pela construção gradual de competências especializadas e pela afirmação de um exercício profissional de excelência, em sintonia com os referenciais acadêmicos e os padrões de exigência da Ordem dos Enfermeiros, onde a investigação se afirma como processo fundamental do enfermeiro especialista, constituindo fio condutor de reflexão crítica, de inovação e de uma prática sustentada na evidência.

Palavras-chave: competências profissionais, enfermeiros especialistas, intervenções de enfermagem, doente queimado e prevenção de infeção.

ABSTRACT

Postgraduate education is essential for deepening knowledge, developing specialized competencies, and enhancing professional value, contributing to innovation and excellence across different fields of practice.

This report aims to present and analyze the entire learning process, as well as the acquisition and development of specialized competencies during the clinical component of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing Care for the Person in Critical Condition. The focus was placed on the provision of differentiated and high-quality health care. Throughout this learning process, integration into different clinical contexts, and the richness they provided, allowed for a multiplicity of clinical experiences and the critical and reflective development of specialized competencies.

The provision of care to the person in critical condition encompasses a holistic perspective, with the purpose of optimizing all interventions to safeguard life, thus becoming the central focus of the specialist nurse. Consequently, the specialist nurse must demonstrate advanced care-delivery competencies, with each action being subject to reflection and continuous improvement. This reflective, questioning, and critical stance must be supported by scientific knowledge that ensures the excellence of the care provided. Grounding clinical practice and decision-making in scientific evidence was the systematic approach adopted throughout this internship. Within this logic, and with particular interest in the theme of burn patients and infection prevention, the research component was developed through a *scoping review*, which also made it possible to enhance research skills and the dissemination of knowledge in the form of a scientific article.

The first part of this report reflects the development of the common competencies of the specialist nurse, as well as the specific competencies established for the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing Care for the Person in Critical Condition. This was achieved through internships carried out in three clinical settings within a hospital in the central region of the country, presented through a critical and reflective analysis of learning and the respective lived experiences.

The second part addresses the research component, which stems from the following question: *"What are the nursing interventions for infection prevention in burn patients in the emergency department?"* Accordingly, a *scoping review* was conducted, based on the method proposed by the Joanna Briggs Institute, with the overall aim of mapping the available evidence regarding nursing interventions for infection prevention in burn patients in the emergency department.

The training path proved to be a transformative journey, marked by the gradual construction of specialized competencies and the affirmation of professional excellence, in harmony with academic references and the standards of the Portuguese Nurses' Association, where research is asserted as a fundamental process of the specialist nurse, serving as a guiding thread for critical reflection, innovation, and evidence-based practice.

Keywords: professional competencies, specialist nurses, nursing interventions, burn patient, infection prevention.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma PRISMA 2020 for new systematic review 78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Mnemónica PCC.....	74
Tabela 2 – Conceitos de Pesquisa.....	75
Tabela 3 – Estratégia de pesquisa utilizada para cada plataforma	76
Tabela 4 – Características, objetivos e resultados dos estudos incluídos.....	79

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCDE	A (Vias Aéreas), B (Respiração), C (Circulação), D (Disfunção Neurológica) e E (Exposição/Ambiente)
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
APA	<i>American Psychological Association</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BIS	Bispectral
BPS	Behavioral Pain Scale
CODU	Centros de Orientação de Doentes Urgentes
CVC	Cateter Vascular Central
DGS	Direção Geral da Saúde
ECMO	Oxigenação por membrana extracorporal
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESEnfC	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
HDI	Hemodiálise Intermitente
MCAF	Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBCI	Precauções Básicas do Controlo de Infeção
PBVT	Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão
PCC	Participantes; Conceito e Contexto
PiCCO	<i>Pulse Contour Cardiac Output</i>
PNSD	Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PSC	Pessoa em Situação Crítica
RASS	Richmond Agitation-Sedation Scale
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
SPPCIRA	Serviço de Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

START	Simple Triage and Rapid Treatment
SU	Serviço de Urgência
SUB	Serviço de Urgência Básica
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
TSRC	Terapêutica de Substituição Renal Contínua
ULS	Unidade Local de Saúde
UQ	Unidade de Queimados

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
PARTE I - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	16
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	18
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	18
1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA.....	23
1.3. UNIDADE DE QUEIMADOS	26
2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	32
2.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	32
2.2. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	35
2.3. GESTÃO DE CUIDADOS.....	40
2.4. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	44
3.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.	51
3.1. CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA.....	51
3.2. DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO.....	58
3.3. MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA	60
PARTE II - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	66
1. PREVENÇÃO DA INFEÇÃO EM DOENTES QUEIMADOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: CONTRIBUTOS PARA UMA PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA	68
CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93

APÊNDICES

Apêndice I- Póster Informativo “Cateterismo vesical”

Apêndice II- Introdução ao projeto "Sono" de um serviço de Medicina Intensiva

Apêndice III- Proposta de consulta de *follow up* numa Unidade de Queimados

Apêndice IV- Estudo de caso

Apêndice V- Cateter Vascular Central (CVC): cuidados específicos

INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo a disciplina e profissão de enfermagem têm sofrido acentuada evolução consentânea com os diferentes desafios sociais. Deste modo, é fundamental a permanente atualização de conhecimentos e o desenvolvimento de competências com impacto positivo na qualidade e na segurança dos cuidados prestados.

Com base nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica (Regulamento nº 361/2015 de 26 de junho), o enfermeiro destaca-se na sua prática pela formação e experiência, o que o torna mais eficiente na compreensão e no respeito pelas demais pessoas, promovendo o desenvolvimento profissional e a qualidade de cuidados. No caso dos cuidados especializados à pessoa em situação crítica, exige-se que o enfermeiro especialista demonstre autoconhecimento para estabelecer uma relação terapêutica adequada e eficaz, atendendo às necessidades daqueles que vivenciam situações críticas, bem como das suas famílias (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Assim, este relatório de estágio, no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório Final, pretende espelhar todo o trabalho que foi desenvolvido ao longo das componentes clínicas do curso, bem como, todas as competências adquiridas e desenvolvidas para enfrentar os desafios enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC). Neste âmbito, a reflexão e a análise críticas fundamentadas em evidência científica, atual e pertinente, tornaram-se imprescindíveis para demonstrar perícia no que respeita ao juízo clínico, decisão, planeamento e intervenção na resolução de problemas perante situações complexas. Outro objetivo do presente relatório será o de demonstrar a capacidade de comunicar resultados de uma investigação, com metodologia de revisão tipo *scoping review* numa área temática relacionada com a PSC.

Segundo Camelo & Angerami (2013), o processo para adquirir competências necessita da articulação de diferentes saberes, de forma a adquirir e incorporar conhecimentos, habilidades e mudança de atitudes pessoais e relacionais. Desta forma, tendo em conta a diversidade e complexidade de problemáticas de saúde e a exigência dos padrões de qualidade nos cuidados de saúde, o desenvolvimento de competências especializadas na área de PSC é uma mais valia na implementação de cuidados de qualidade (Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho, 2015).

O processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista decorreu em três contextos clínicos numa unidade local de saúde (ULS), nomeadamente: Serviço de Urgência (SU), Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e Unidade de Queimados (UQ).

Este processo desenvolve-se de uma forma multidimensional, complexa e progressiva resultando da combinação da experiência profissional com o domínio do saber (Benner, 2001). Assim, o saber profissional especializado e avançado em enfermagem resulta de um processo de construção, assente numa prática refletida.

O presente trabalho procura demonstrar o processo de desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Por outro lado, procura também analisar criticamente todas as atividades desenvolvidas e as estratégias que contribuíram para a aquisição de conhecimentos e competências no decurso de todos os estágios desenvolvidos, realçando os referenciais teóricos, éticos, deontológicos e legais da profissão e a mais recente evidência científica.

Ao longo do percurso utilizaram-se como estratégias as conversas informais, a observação nas visitas aos serviços, a reflexão com a equipa multiprofissional, com os supervisores e a pesquisa em bases de dados científicas.

O presente relatório está estruturado em duas partes. A primeira parte diz respeito à caracterização e análise dos contextos clínicos e à demonstração do desenvolvimento das competências especializadas do enfermeiro especialista em EMC-PSC, sendo de destacar a análise crítico reflexiva ao longo do documento. A segunda parte refere-se à componente de investigação, com destaque para o tema relacionado com o doente queimado, através da realização de revisão tipo *scoping review* apresentada em formato de artigo científico de acordo com as diretrizes de uma revista científica. Por último apresenta-se a conclusão com a síntese das competências desenvolvidas e com os resultados da investigação.

Este documento cumpre as normas da 7.^a edição da *American Psychological Association* (APA,2020), conforme preconiza o Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC,2024).

PARTE I - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

As componentes clínicas de um curso de mestrado realizam-se em diferentes contextos, onde o estudante desenvolve a capacidade para questionar e refletir sobre os seus conhecimentos mobilizando-os para a prática clínica. É no contexto da prática que o estudante desenvolve a transposição e aprofundamento de aprendizagens, a ação e problematização com os seus pares e supervisores, assim como, a tomada de decisão e a resolução de problemas complexos.

Para a compreensão e reflexão das aprendizagens, no que respeita à mobilização de conhecimentos e desenvolvimento de competências na prática clínica, é necessário conhecer e caracterizar a orgânica e funcionamento dos contextos clínicos e destacar a sua influência nesse processo de aprendizagem. Esta análise diz respeito a estágios que decorreram no 1º e 2º anos do curso de mestrado em contextos como o SU, SMI e UQ.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA

O SU onde desenvolvemos o estágio é um serviço polivalente e que permitiu o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas inerentes ao exercício profissional especializado em EMC na área de PSC.

Acolhemos o pressuposto de que a rede de serviços de urgência integra três níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e capacidade: Serviço de Urgência Básico (SUB); Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, 2014).

O SU onde desenvolvemos a prática clínica é o nível mais diferenciado para dar resposta em situações de emergência, abrangendo, para além de todos os recursos necessários para uma urgência médico-cirúrgica, os serviços de gastroenterologia, cardiologia de intervenção, cirurgia cardiotorácica, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia vascular, neurocirurgia, imagiologia com angiografia digital e ressonância magnética, e patologia clínica com toxicologia.

Este serviço serve uma população direta de 365 725 habitantes residentes na sua área de abrangência direta e cerca de 1,7 milhões na área de referenciação regional. É composto por diversas valências, onde se incluem a sala de emergência, a área de média/alta complexidade médica (área amarela e laranja), a área de especialidades cirúrgicas, a área de baixa complexidade (área verde), a área de triagem, a área de especialidades periféricas (ortopedia, otorrinolaringologia, ginecologia e urologia) e o gabinete de informações.

Na área da triagem, o sistema implementado é a Triagem de Manchester, através da qual se definem níveis de prioridade no atendimento, decorrentes da identificação objetiva e sistematizada de critérios de gravidade (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2018). Este processo é realizado por enfermeiros com formação específica em Triagem de Manchester. É um sistema de triagem inicial que promove, de forma objetiva, o atendimento médico em função do critério clínico. Este método permite a identificação do problema através da colheita e análise de informações relacionadas com os discriminadores, apresentados sob a forma de questões para facilitar o processo, consoante o fluxograma eleito perante a queixa inicial. A classificação é realizada através de *scores* com tempos atribuídos de atendimento: emergentes (imediatos), muito urgente (até 10 minutos), urgente (até 60 minutos), pouco urgente (até 120 minutos), não urgente (até 240 minutos) e não classificável (tempo não definido). Após a atribuição da prioridade, o doente é identificado com a respetiva pulseira e encaminhado para o local correspondente (Norma 002/2018, 09 de janeiro, 2018).

Em conformidade com o disposto na norma acima mencionada, a triagem integra apenas três Vias Verdes das normalizadas em Portugal, nomeadamente: Via Verde Coronária, Via Verde do Trauma e Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC), não integrando a Via Verde Sépsis. A ausência da Via Verde Sépsis é sem dúvida um ponto crítico. Segundo Dias (2023), sépsis é uma das principais causas de morte em unidades de urgência, e a implementação de protocolos específicos reduz a mortalidade e melhora os desfechos clínicos. Assim, a não inclusão desta via pode comprometer a rapidez e eficiência do atendimento a doentes com suspeita de infeção grave.

A área de baixa complexidade, denominada "área verde", destina-se a doentes classificados com pulseira verde, que não apresentam necessidades ortopédicas ou cirúrgicas. A organização desta área visa otimizar o fluxo de atendimento, evitando sobrecarga nas demais unidades do serviço.

O SU manteve-se em obras de requalificação durante todo o período de estágio. Ainda assim, cada área tinha uma estrutura própria para os cuidados ao doente. No entanto, constantes alterações na estrutura física tiveram algum impacto na aprendizagem, influenciando tanto a prática clínica como o desenvolvimento de competências. Não só pelas constantes adaptações às mudanças no ambiente clínico, que impunham a necessidade de ajustamento a um espaço em constante modificação, exigindo maior flexibilidade no desenvolvimento de habilidades clínicas e na compreensão dos fluxos de atendimento, mas também porque essas mudanças interferiram no tempo disponível para a reflexão. Como sabemos, de acordo com a Teoria Experiencial de Kolb, a aprendizagem ocorre quando o estudante vivencia situações reais e sobre elas reflete para construir conhecimento (Kolb, citado por Pimentel, 2007).

Relativamente às zonas de preparação de medicação, existe um local próprio em cada área para realizar esta tarefa, através da identificação preconizada pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (Despacho nº 9390/32021, 24 de setembro de 2021). A literatura demonstra que a inserção de letras maiúsculas para a diferenciação de medicamentos (*Mid type Tall Man lettering*) é uma ferramenta eficaz, uma vez que atua como um alerta e ajuda na redução do erro de medicação (DGS, 2014). Por outro lado, existe um documento a que todos os enfermeiros têm acesso, que permite colocar a medicação a administrar e a respetiva dosagem, identificável com etiqueta com o nome do doente. Assim, procura-se reduzir o erro de medicação. Cada zona possui um carro de emergência, que é verificado uma vez por turno, incluindo o teste ao desfibrilhador, pelo enfermeiro responsável, geralmente um enfermeiro especialista em EMC. Nestas áreas, além de se realizar a verificação do carro de emergência, o enfermeiro coordena a distribuição dos doentes consoante a gravidade e as vagas existentes nas diversas áreas.

A sala de emergência encontra-se fisicamente afastada da área de triagem o que, em determinadas circunstâncias, pode dificultar o acesso imediato por parte da equipa de enfermagem. Este potencial constrangimento é, no entanto, mitigado pelo contacto prévio estabelecido entre o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e o enfermeiro coordenador geral da urgência, permitindo a preparação antecipada dos recursos humanos e materiais necessários à prestação de cuidados emergentes. A sua localização contraria o que está preconizado pelas recomendações técnicas para a sala de emergência, que deve localizar-se próxima da entrada do serviço, com acesso livre e fácil a partir das ambulâncias e próxima do posto da triagem (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2019). Esta sala é composta por sete compartimentos, o que não condiz com o que está preconizado nas recomendações da ACSS (ACSS, 2019), que refere que a capacidade para unidades individuais de reanimação para um mínimo de dois doentes em SUMC e de três doentes em SUP. Esta sala possui quatro carros de emergência, com desfibrilhadores e ventiladores, e está dotada de um carro de via aérea difícil. Existem também dois aparelhos de trombolastia e de gasimetria, bem como, materiais de trauma, bombas e seringas perfusoras. Alocado à sala de emergência está um enfermeiro responsável por realizar transportes inter-hospitalares com acompanhamento médico. Nestes transportes, o enfermeiro faz-se acompanhar de uma “mala de transporte” que é sempre verificada através de uma *checklist*, e um desfibrilhador. Para a realização do transporte, é previamente preenchida uma folha designada “transporte de doente crítico”, que atribui um *score* ao doente, permitindo justificar a pertinência do transporte com acompanhamento médico e de enfermeiro.

A área das especialidades cirúrgicas, nomeadamente a ortopedia, está vocacionada para o tratamento de fraturas e controlo da dor. Destaca-se pela relevância da atuação do enfermeiro

especialista em EMC. Nesta área, o enfermeiro é o profissional que desempenha um papel central na gestão da dor e na mobilização segura do doente. Além de colaborar diretamente com a equipa médica nos tratamentos ortopédicos, o enfermeiro especialista assegura um cuidado holístico, que envolve tanto a otimização do conforto físico, como o suporte emocional ao doente e à sua família. A sua experiência permite não apenas a implementação de intervenções baseadas em evidências, mas também o aumento da literacia do doente sobre o seu plano terapêutico e prognóstico, promovendo uma recuperação mais eficiente e segura (Almeida et al., 2025). Tal como acontece nas outras áreas, esta dispõe de um local de preparação de medicação e de um carro de emergência com desfibrilhador. Nesta área, como já referido, os enfermeiros são responsáveis por colaborar com a equipa médica na realização dos tratamentos ortopédicos.

Na área cirúrgica concentram-se doentes com patologias do foro cirúrgico, podendo ou não ser candidatos a intervenção cirúrgica. Estão ali representadas várias especialidades cirúrgicas, nomeadamente, ginecologia, otorrinolaringologia e urologia. São encaminhados doentes referenciados diretamente por médico assistente, provenientes de outras unidades, bem como, doentes triados como muito urgentes (cor laranja), com necessidade de avaliação por especialidade cirúrgica ou que apresentem feridas traumáticas, independentemente da prioridade atribuída na triagem. A presença do enfermeiro especialista nesta área é essencial para assegurar uma vigilância contínua e uma resposta célere a eventuais complicações. Sendo uma unidade que integra diversas especialidades, exige um elevado nível de organização e prontidão, dada a possibilidade de agudização da situação clínica dos doentes. O enfermeiro especialista desempenha um papel de liderança, monitorizando de forma contínua os sinais vitais, gerindo a dor no período pré-operatório e prevenindo infeções e outras complicações.

Além do cuidado direto ao doente, o enfermeiro especialista em EMC exerce um papel essencial no apoio aos familiares. No gabinete de informações, onde os familiares procuram esclarecimentos sobre a situação clínica do doente, o especialista em enfermagem é responsável por fornecer informações precisas, manifestando empatia e compaixão para ajudar a reduzir a ansiedade e a insegurança da família. Esse suporte emocional e informativo é crucial para garantir que os familiares compreendam o processo de hospitalização e possam colaborar na continuidade dos cuidados após a alta (Barreto et al., 2020). Assim, o enfermeiro especialista em EMC estabelece-se como um elemento indispensável na equipa multiprofissional, promovendo um atendimento altamente qualificado, humanizado e seguro, alinhado com as práticas recomendadas pela literatura científica e pelas diretrizes da ACSS (ACSS, 2024).

Relativamente aos recursos humanos, os enfermeiros do SU asseguram uma parcela relevante dos cuidados de saúde prestados neste serviço, articulando-se com outros grupos profissionais, médicos, técnicos auxiliares de saúde, assistentes técnicos administrativos e técnicos de diagnóstico e terapêutica. A equipa de enfermagem é composta por mais de uma centena de enfermeiros, correspondendo ao grupo profissional com maior representatividade neste serviço. No entanto, em termos de recursos humanos, verifica-se que o número de enfermeiros disponíveis é inferior ao ideal para responder adequadamente às exigências do SU. Segundo a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), aplicando a fórmula de cálculo para o serviço de urgência, neste caso concreto a equipa de enfermagem deveria ser constituída por cerca de 56 enfermeiros em cada turno o que nem sempre se verifica e faz com que se acumulem funções em diferentes postos de trabalho, configurando-se assim uma maior probabilidade de erro. Este aspeto preocupa toda a equipa de enfermagem, manifestando-se tanto pelo cansaço evidenciado, como pelo risco que constitui. Essa insuficiência impacta diretamente a capacidade de resposta da equipa, aumentando o risco de sobrecarga laboral, que pode afetar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados (Aiken et al., 2014).

A necessidade de reforço da equipa de enfermagem neste serviço é evidente, considerando a crescente complexidade dos casos atendidos neste contexto. Medidas como a revisão da dotação de pessoal e a implementação de estratégias para retenção e valorização dos enfermeiros podem contribuir significativamente para a melhoria da qualidade assistencial e para a redução do impacto da sobrecarga laboral (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2022).

No que concerne à distribuição dos enfermeiros por áreas: a área de triagem conta com três enfermeiros; a área média/alta complexidade, conta com seis enfermeiros, e um coordenador responsável por esta área; a área de baixa complexidade conta com dois enfermeiros; a área de emergência conta com cinco enfermeiros, dos quais um é o responsável pela sala e o outro é responsável pelo transporte de doentes; na área cirúrgica são distribuídos cinco enfermeiros; a área ortopédica conta com dois enfermeiros e o gabinete das informações com um enfermeiro. O enfermeiro coordenador de turno tem a responsabilidade de gerir a equipa de enfermagem, redistribuindo os profissionais entre as diferentes áreas de atuação, tendo em conta eventuais lacunas resultantes de ausências ou insuficiências na escala de distribuição. Apesar do esforço contínuo de toda a equipa para manter a qualidade do atendimento, o aumento do tempo de espera é uma consequência frequente dessas falhas na dotação de pessoal. Nessa circunstância, o coordenador procura ativamente reduzir esses tempos, embora nem sempre seja possível garantir uma resposta imediata e eficaz.

A coordenação e organização da equipa por turnos compete também ao enfermeiro que assume funções de gestão. Como já referido, cada área possui um enfermeiro coordenador responsável, sendo que a coordenação geral do SU é desempenhada por um enfermeiro especialista em EMC. Este profissional tem a responsabilidade de coordenar os recursos humanos e materiais, onde se inclui a gestão de transportes e a substituição de enfermeiros nas diversas áreas. Em caso de falhas de recursos humanos, os enfermeiros coordenadores de turno ajustam a alocação dos recursos para garantir a eficiência do atendimento, embora nem sempre seja possível evitar o aumento dos tempos de espera. Apesar de alguns constrangimentos, a alocação de enfermeiros por áreas vai ao encontro do que é preconizado pela OE.

O trabalho organiza-se em turnos de 8 horas e em turnos de 12 horas, existindo no início e final de cada turno cerca de 30 minutos para que os enfermeiros procedam à transmissão oral da informação e assegurem a continuidade dos cuidados prestados, tal como preconizado pela DGS (DGS, 2017b).

Em relação ao método de trabalho adotado, neste contexto, este pressupõe uma abordagem integral dos cuidados centrados na pessoa, em que o enfermeiro assume a responsabilidade pela avaliação das necessidades e prestação individual de cuidados a uma pessoa ou grupos de pessoas durante o seu turno de trabalho. Contudo, durante os turnos, existe uma distribuição dos enfermeiros de acordo com as necessidades e afluência das pessoas ao serviço.

Em suma, o SU onde decorreu o estágio é uma estrutura complexa, com diferentes áreas especializadas, que acolhe doentes de elevada complexidade e que exige dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros especialistas em EMC, uma prática baseada na evidência, um elevado grau de organização e flexibilidade, bem como, uma forte componente humanista para garantir a segurança, a qualidade e a continuidade dos cuidados de saúde à pessoa doente e sua família.

1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

A Medicina Intensiva é uma área diferenciada das Ciências Médicas, orientada para a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais (Paiva et al., 2016). As unidades de cuidados intensivos são classificadas em três níveis: nível I, nível II e nível III.

O nível I, monovalente, é orientado para a monitorização não invasiva, com capacidade de executar manobras de reanimação e articular-se com outros serviços. O nível II permite

monitorização invasiva e suporte de funções vitais, exigindo a presença permanente de um médico intensivista e acesso a meios complementares de diagnóstico. O nível III exige equipas dedicadas (médicos, enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde), assistência médica 24 horas, programas de formação contínua e mecanismos de controlo da qualidade.

O SMI onde decorreu o estágio está classificado como uma unidade de nível III (Paiva et al., 2016) e organiza-se em três unidades funcionais distintas A, B e C, de forma a dar resposta às diferentes necessidades dos doentes, consoante a sua complexidade clínica.

A Unidade A, possui 12 camas, sendo duas reservadas para situações especiais (ex.: doentes em oxigenação por membrana extracorporal (ECMO) em hemodiálise ou em contexto cirúrgico). Dada a proximidade ao bloco operatório, recebe frequentemente doentes neurocríticos e possui um quarto especificamente preparado para doentes integrados com quadros clínicos complexos, como os tratamentos com células CAR-T.

A Unidade B, também com 12 camas, acolhe doentes clinicamente mais estáveis, que não requerem intervenções cirúrgicas imediatas. A distância ao bloco operatório, imagiologia e urgência compromete a continuidade e eficiência de cuidados, contrariando as recomendações da ACSS (ACSS, 2024). Ainda assim, recebe doentes que necessitam de técnicas de hemodiálise.

A Unidade C, tem 8 camas e está mais vocacionada para o tratamento de doentes com infeções respiratórias, nomeadamente por SARS-CoV-2, beneficiando da proximidade física ao serviço de urgência, imagiologia e hemodinâmica.

A estrutura física do SMI não cumpre totalmente os requisitos definidos pela ACSS (ACSS, 2024), que recomenda a proximidade ao bloco operatório, à radiologia, à urgência e aos cuidados pós-anestésicos, o que não se verifica relativamente à Unidade B.

Todas as unidades funcionam em regime de *open space*, o que permite uma visualização contínua e vigilância efetiva dos doentes. Estão equipadas com gabinetes médico e de enfermagem (este último utilizado para preparação de medicação), sala de sujos, sala de material, sala de acolhimento e atendimento às famílias, bem como *hall* de entrada com secretariado.

Cada compartimento de cuidados diretos inclui uma cama articulada elétrica, com colchão de pressão alterna, grades de proteção, dois suportes de soroterapia, ventilador mecânico invasivo e monitor de sinais vitais. O material é individualizado por doente, incluindo seringa de cuffil[®], sondas de aspiração, materiais de higiene, equipamentos de avaliação da glicémia compressas, desinfetante e luvas.

Apesar do modelo *open space*, o SMI adota as medidas de controlo de infeção recomendadas pela ACSS, como a individualização de equipamentos e a organização dos materiais por cores, seguindo a mnemónica ABCDE em que cada letra representa uma etapa (ACSS, 2024): A (Vias Aéreas), B (Respiração), C (Circulação), D (Disfunção Neurológica) e E (Exposição/Ambiente), por exemplo a cor azul -via aérea e a cor vermelha- circulação. Esta abordagem, facilita a rápida identificação dos materiais, promovendo a segurança, a eficiência e a eficácia dos cuidados.

A limpeza, desinfeção e reposição dos materiais são asseguradas pelos técnicos auxiliares de saúde, com base numa *checklist* existente e elaborada pela equipa de enfermagem.

O SMI dispõe de uma ampla gama de equipamentos especializados, nomeadamente: sistemas de terapias de substituição renal (contínuas e intermitentes), ventiladores não invasivos, oxigenoterapia de alto fluxo, monitorização hemodinâmica invasiva (ex.: sistema PiCCO), monitores cardíacos, broncofibroscópios, material de entubação, assistente de tosse Cough Assist¹, dispositivos de aquecimento e de compressão pneumática intermitente. As três unidades respeitam os circuitos adequados para doentes, profissionais, famílias e materiais sujos/limpos, em conformidade com as normas da ACSS (ACSS, 2024).

A equipa multidisciplinar inclui médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde e técnicos administrativos, com apoio adicional de outros profissionais de saúde sempre que necessário. A dotação de enfermeiros segue um rácio de 1:2, considerado seguro e adequado às necessidades dos doentes, conforme o Regulamento n.º 743/2019, 25 de setembro de 2019. Este rácio permite uma vigilância contínua e cuidados personalizados, assegurando simultaneamente a segurança dos profissionais.

O método de trabalho adotado é o método individual, no qual cada enfermeiro assume a responsabilidade integral pelos cuidados prestados a uma ou duas pessoas promovendo a centralidade e continuidade do cuidado (Silva et al., 2021)

Em cada turno são escalados enfermeiros para prestação direta de cuidados, um enfermeiro especialista em reabilitação e um enfermeiro responsável de turno, preferencialmente um enfermeiro especialista ou o mais experiente, que assegura a gestão da equipa, dos recursos e a distribuição dos doentes pelos enfermeiros.

A caracterização detalhada do SMI evidencia a complexidade inerente à prestação de cuidados em contextos de elevada exigência clínica e tecnológica. A organização do serviço em três unidades funcionais distintas permite uma resposta diferenciada às necessidades de

¹ O assistente de tosse utiliza pressão positiva para fornecer uma inspiração pulmonar máxima seguida de uma mudança abrupta para pressão negativa nas vias aéreas superiores (Floreduz, A., 2020).

doentes em situação crítica, assegurando cuidados ajustados ao grau de instabilidade e ao nível de vigilância necessário. Apesar de algumas limitações estruturais, nomeadamente na Unidade B, a equipa multiprofissional demonstra elevada capacidade de adaptação, assegurando a continuidade e a segurança dos cuidados. A adoção de um modelo de trabalho centrado no método individual e a existência de rácios seguros de dotação de enfermeiros reforçam a qualidade da prática assistencial, promovendo a personalização dos cuidados e a vigilância contínua. A utilização de sistemas de informação integrados e a implementação rigorosa de normas de controlo de infeção evidenciam o compromisso do serviço com a excelência clínica e a segurança do doente.

O SMI assume-se como uma estrutura fundamental na resposta hospitalar a situações críticas, exigindo profissionais altamente diferenciados, formação contínua e condições estruturais e organizacionais que sustentem a prestação de cuidados de elevada qualidade.

1.3. UNIDADE DE QUEIMADOS

A UQ é definida pela ACSS como uma estrutura hospitalar especializada no tratamento de doentes com diferentes tipos e graus de queimaduras (ACSS, 2019). Esta unidade carece de infraestruturas físicas específicas e equipas multidisciplinares treinadas para prestarem cuidados especializados.

A admissão dos doentes na UQ deve ser considerada após a estabilização hemodinâmica e a adoção de medidas iniciais adequadas, através da avaliação preconizada pela norma especialmente em casos de queimaduras extensas ou complexas, tendo em conta os critérios de inclusão preconizados pela DGS. Segundo a Norma 022/2012 deve ser referenciado para o centro de tratamento de queimados imediatamente, após cuidados de urgência, a pessoa na(s) seguinte(s) situação: idade <5 anos e > 65 anos; queimaduras em mais de 10% da superfície corporal, queimaduras superficiais de espessura parcial (antigo 2º grau), queimaduras profundas de espessura parcial (antigo 3º grau) em mais de 2% da superfície corporal, queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, mãos e pés, queimaduras circulares do tórax e/ou membros, queimaduras 3º grau em qualquer grupo etário, queimaduras elétricas, queimaduras químicas, carboxihemoglobina > 10%, queimaduras com lesões associadas, inalação de fumo e/ou substâncias tóxicas, traumatismo crânio-encefálico, traumatismo músculo-esquelético e queimaduras com doenças associadas: diabetes mellitus, doença hepática, doença renal e doença cardíaca (DGS,2017a).

A UQ onde desenvolvemos a prática clínica é uma unidade com características muito específicas de isolamento. Qualquer tratamento, cirúrgico ou médico necessário, bem como, qualquer meio complementar de diagnóstico, é realizado dentro da unidade. Apenas em raras

exceções, muito bem ponderadas, o doente internado na UQ sai e regressa à unidade durante o seu internamento. Esta unidade conta com uma infraestrutura específica e possui equipas multidisciplinares treinadas para oferecer cuidados especializados a doentes com lesões térmicas, químicas ou elétricas. O atendimento envolve várias etapas, desde a estabilização hemodinâmica até a reabilitação física e psicossocial dos indivíduos afetados. Tendo em conta o manual da ACSS, as unidades de queimados devem deter condições físicas e técnicas adequadas, tais como ambientes estéreis, suporte ventilatório e bloco operatório (ACSS,2019).

A transferência dos doentes para a UQ é efetuada através do SU. Esta transferência é recomendada pela Norma nº 022/2012, de acordo com os critérios, quando há lesões extensas, comprometimento de vias aéreas ou necessidade de procedimentos especializados, como enxertos de pele e terapia intensiva avançada. O suporte psicológico ao doente e seus familiares também é uma componente essencial do tratamento, dada a alta carga emocional e física associada às queimaduras graves.

As estruturas arquitetónicas da UQ estão organizadas para minimizar as infeções, possuindo protocolos de acesso e contacto dos profissionais de saúde e dos familiares com os doentes, pois trata-se de doentes imunodeprimidos e de alto risco.

Esta unidade é constituída por 10 quartos individuais com instalações sanitárias individuais. Cada quarto é composto por uma cama articulada elétrica, com colchão de pressão alterna, grades de proteção, dois suportes para soroterapia e um monitor de parâmetros vitais. Além destes equipamentos, cada unidade contém o material individual ajustado às necessidades de cada doente, como por exemplo: sondas de aspiração, material de higiene, creme corporal, material de avaliação de glicémia capilar, compressas, desinfetante e luvas. Todo este material existente em cada unidade tem o intuito de reduzir a contaminação do mesmo.

A estrutura física desta unidade leva a que os doentes recebam todos os cuidados necessários sem terem de se deslocar a outro serviço do hospital, nomeadamente para intervenções cirúrgicas e exames complementares de diagnóstico.

A unidade tem também gabinetes de apoio, uma sala de sujos, uma sala de materiais, bem como, uma sala de acolhimento e atendimento às famílias. A unidade é ainda dotada de um bloco operatório, onde são realizados procedimentos de limpeza cirúrgica, colocação de enxertos, amputações e colocação de retalhos. Tem também uma sala de balneoterapia e uma sala de receção do doente (onde é realizado o primeiro banho do doente e a avaliação das queimaduras). A entrada do doente é sempre feita através de uma sala fechada, dividida por uma marca no chão, de forma a delimitar o espaço que se encontra esterilizado.

No que concerne à organização dos recursos materiais, a unidade possui dois armazéns, um para materiais de via aérea, circulação, entre outros, e o outro para o armazenamento de materiais de penso.

A equipa multidisciplinar da unidade é composta por médicos, enfermeiros (incluindo um enfermeiro gestor), dos quais oito são enfermeiros especialistas em EMC, cinco em Enfermagem de Reabilitação e um em Enfermagem de Saúde Mental. Além disso, a equipa integra técnicos auxiliares de saúde e uma profissional de apoio administrativo.

A equipa de enfermagem funciona em regime de turnos rotativos, organizados em dois períodos ao longo das 24 horas: turno da manhã (08h00-20h00), com cinco a seis enfermeiros, e turno da noite (20h00-08h00), assegurado por quatro enfermeiros. A presença dos enfermeiros especialistas em EMC é essencial para a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, assegurando a monitorização dos doentes e a tomada de decisões clínicas fundamentadas, de acordo com as melhores práticas e evidências científicas.

A equipa de técnicos auxiliares de saúde é composta por doze profissionais, sujeitos a um sistema de turnos de oito horas, distribuídos entre o período da manhã, tarde e noite.

O método de trabalho na UQ é o método de trabalho em equipa, isto é, os cuidados prestados ao doente são realizados por dois enfermeiros que trabalham em equipa para promover a máxima segurança e conforto ao doente. Segundo Silva et al. (2021), este método de organização dos cuidados baseia-se na definição dos cuidados a prestar e na distribuição dos doentes pelos enfermeiros, tendo por base as competências previamente adquiridas por estes profissionais, o que permite uma gestão mais eficiente dos recursos disponíveis. A atribuição dos enfermeiros é geralmente feita considerando a sua categoria profissional e o tempo de exercício no serviço. Este modelo assenta em dois pilares fundamentais: a liderança no planeamento e na avaliação dos cuidados prestados, e na comunicação eficaz entre os elementos da equipa, promovendo a continuidade e a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Por último, e relacionado com os três contextos clínicos referidos anteriormente, considera-se importante realçar os referenciais teóricos adotados na prática de cuidados. As teorias e modelos de enfermagem desempenham um papel fundamental na estruturação dos cuidados, contribuindo para uma abordagem sistematizada, humanizada e baseada em evidência. Na instituição onde os estágios decorreram são adotados como referenciais teóricos a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, a Teoria das Transições de Afaf Meleis e o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAF). Estas teorias estão integradas na prática de cuidados dos diferentes serviços, onde se observou a sua aplicação concreta na prestação de cuidados à PSC e respetivas famílias.

A Teoria do Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem, enfatiza a importância da capacidade do indivíduo para cuidar de si próprio. Esta teoria parte do princípio de que o papel do enfermeiro é colmatar os défices de autocuidado do doente, promovendo a sua autonomia progressiva (McEwen & Wills, 2016).

No SU é notória a utilização desta teoria, pois os enfermeiros ensinam e instruem os doentes a maximizar a sua autonomia e independência. Contudo, muitas vezes é escasso o tempo para dotar o doente de conhecimentos que o tornem mais autónomo. Na sua essência, a preparação para a alta começa logo no acolhimento do doente nas diversas áreas, contudo a situação clínica, em particular a dor que aporta à chegada, torna reduzida a aprendizagem. Ainda assim, os enfermeiros potenciam esta aprendizagem em todos os momentos.

No SMI, a aplicação desta teoria torna-se evidente através da planificação de cuidados individualizados, centrados nas necessidades fisiológicas básicas e na reabilitação gradual da autonomia. Ainda que os doentes se encontrem frequentemente dependentes de cuidados intensivos, os enfermeiros estimulam pequenas ações de autocuidado à medida que ocorre a estabilização clínica.

Na UQ, o enfoque no autocuidado adquire uma importância particular, dada a extensão das lesões e o impacto na funcionalidade do doente queimado. Os enfermeiros assumem um papel central no apoio às atividades básicas (como a higiene, mobilização e hidratação), prevenindo complicações como infeções. Através de intervenções especializadas e progressivas, promovem a capacitação do doente para retomar, de forma segura, a sua vida quotidiana.

A Teoria das Transições, proposta por Afaf Meleis, constitui outra base essencial dos cuidados prestados. Esta teoria descreve as transições vivenciadas pelos indivíduos ao longo da vida, como a doença aguda, hospitalização ou reabilitação e a forma como estas podem afetar o bem-estar e a identidade da pessoa (McEwen & Wills, 2016).

No SU os enfermeiros desempenham um papel fundamental na facilitação da transição do doente, orientando-o quanto aos procedimentos a adotar no contexto hospitalar e ao posicionamento mais adequado perante a sua condição clínica. Este acompanhamento visa promover uma recuperação célere e eficaz, assegurando uma transição tão atenuada e humanizada quanto possível.

No SMI, os enfermeiros têm um papel crucial na facilitação destas transições, acompanhando o doente desde a admissão até à preparação para a alta, promovendo a adaptação ao internamento e à nova realidade de cuidados. A interação empática e contínua com o doente e a família contribui para que estas mudanças sejam experienciadas de forma menos disruptiva.

De igual modo, na UQ, os doentes enfrentam múltiplas transições: desde o trauma inicial até à reintegração social. Os enfermeiros apoiam não só o doente, mas também a sua família, garantindo uma transição segura para o domicílio através de educação, treino de competências e apoio emocional. A antecipação das dificuldades e a construção de um plano de alta estruturado são fundamentais para a continuidade e segurança dos cuidados.

Por fim, o MCAF oferece uma abordagem sistemática para compreender a dinâmica familiar e o seu papel na saúde do doente. Este modelo avalia a estrutura, desenvolvimento e funcionamento da família, permitindo ao enfermeiro adaptar as intervenções às suas necessidades específicas (McEwen & Wills, 2016).

No SU, a utilização deste modelo, embora desafiante devido à natureza rápida e aguda dos cuidados, permite uma avaliação célere e focada dos aspetos essenciais da estrutura, desenvolvimento e funcionamento familiar. Esta abordagem revela-se especialmente útil em casos de doentes em situação crítica, vítimas de trauma ou de doença súbita em indivíduos dependentes, onde a presença e o envolvimento da família são cruciais.

No SMI, a aplicação do MCAF permite envolver ativamente os familiares na prestação de cuidados, identificando redes de apoio, necessidades de informação e estratégias para lidar com o stress. Esta abordagem revela-se essencial, sobretudo perante quadros clínicos críticos e prolongados.

Na UQ, o envolvimento da família é igualmente valorizado, uma vez que as queimaduras não afetam apenas o doente, mas têm também um forte impacto psicológico e funcional nos seus cuidadores. Através da utilização do MCAF, os enfermeiros identificam necessidades familiares e promovem o seu envolvimento ativo no processo de reabilitação, fornecendo apoio emocional e capacitando-os para a prestação de cuidados no domicílio.

Em suma, a integração destes referenciais nos contextos de estágio, permite um cuidado mais centrado na pessoa, mais eficaz e com maior impacto na qualidade de vida do doente e da

sua família. A articulação entre autocuidado, transições e dinâmica familiar reforça o papel do enfermeiro como agente facilitador da recuperação, promovendo um cuidado seguro, empático e baseado na evidência.

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Neste capítulo será realizada a descrição, análise e reflexão crítica sobre as diferentes competências adquiridas ao longo dos estágios realizados durante o curso de mestrado, tendo sempre por base as competências comuns do enfermeiro especialista. Deste modo, em qualquer área de especialidade de enfermagem, os enfermeiros especialistas partilham competências comuns que são transversais a qualquer contexto de prestação de cuidados. Em conformidade com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (2019), podemos considerar os seguintes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

De acordo com as competências comuns estabelecidas pela OE é fundamental que os enfermeiros desenvolvam a sua prática agindo em conformidade com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Devem, assim, garantir cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Durante o estágio no SU, procuramos atuar sempre de acordo com os princípios éticos da beneficência, não maleficência, justiça e respeito pela autonomia. Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos num SU constitui um desafio, particularmente no que respeita à privacidade, motivado pelo elevado número de doentes *versus* ao espaço disponível. No início foi-nos difícil perceber a melhor forma de agir neste contexto. Para colmatar esta dificuldade, desenvolvemos estratégias de resolução de problemas em parceria com o doente cuidado, apoiados no conhecimento e na prática profissional, de forma a selecionar as respostas mais adequadas entre as várias opções disponíveis. Assim, em conjunto com a família e a equipa multidisciplinar, orientada pela deontologia profissional e integrando elementos do enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem, participamos na construção de decisões fundamentadas. Como estratégia, de modo a garantir a privacidade da pessoa e tendo por base os recursos existentes, recorreremos à utilização de biombo durante a prestação de cuidados de higiene ou outros procedimentos que necessitassem de maior privacidade e sempre respeitando a intimidade da pessoa.

A limitação de espaço e o elevado número de doentes foram situações comuns no SU. Para além de gerarem conflitos éticos e pessoais, contribuem para a insatisfação dos próprios doentes, dos cuidadores e/ou dos familiares. Segundo Machado (2008), um número de doentes superior ao previsto num serviço de urgência, pode dar origem a problemas de gestão de recursos com comprometimento da qualidade e da segurança na prestação de cuidados.

Também a elevada afluência de doentes que recorrem ao SU, num curto intervalo de tempo, conduz, em muitos casos, a alocação inadequada e a práticas de cuidados que, igualmente, podem colocar em causa a qualidade e a segurança na prestação de cuidados.

De facto, os estudos sinalizam que tais circunstâncias, sempre associadas a sobrecarga de trabalho e a horários de trabalho árduos, contribuem para resultados adversos nos doentes, designadamente a maiores taxas de pneumonia (Trinkoff et al., 2011). Deste modo, torna-se urgente promover ambientes mais seguros e reorganizar os SU, de forma a, por um lado, garantir espaços adequados e, por outro, prevenir o desgaste dos profissionais de saúde (Neves et al., 2021).

A participação ativa dos enfermeiros na gestão hospitalar, uma cultura de cuidados de saúde de qualidade, as corretas dotações de enfermeiros e até uma relação colaborativa interprofissionais reduzem as adversidades no SU (Aiken et al., 2014). É essencial que os enfermeiros especialistas em EMC, assumam um papel ativo na defesa de condições dignas para a prestação de cuidados, promovendo mudanças estruturais e organizacionais que beneficiem tanto os doentes, como os profissionais.

Relativamente ao estágio realizado no SMI e na UQ, especialmente no primeiro, o dilema ético mais desafiante foi prestar cuidados a doentes que, por se encontrarem sob o efeito de sedação, não conseguiam expressar a sua vontade, nem dar o seu consentimento. Nestes contextos, foi sempre tido em conta o princípio da beneficência.

Sabemos que o princípio da beneficência procede da ética e que a sua aplicação gera muitas dificuldades, mormente ao nível dos cuidados de saúde. Não se reduz à prática de uma beneficência positiva, que impõe a promoção do bem dos outros, antes exigindo a ponderação dos riscos e custos envolvidos com os resultados atingíveis (Beauchamp & Childress, 2012). Este princípio baseia-se na obrigação moral de agir em benefício dos outros, promovendo o bem, evitando danos e favorecendo a qualidade de vida, mas está intimamente ligado à conduta dos profissionais de saúde, que devem procurar melhorar o bem-estar da pessoa cuidada, especialmente quando esta não é capaz de comunicar a sua vontade. Por isso, ao analisarem o princípio da beneficência estes autores propõem o princípio da utilidade, visto à luz da proporcionalidade, os benefícios alcançáveis com os danos que possam ser causados pela intervenção visada.

Os doentes internados no SMI apresentam elevada vulnerabilidade, sendo prioritário garantir cuidados holísticos, respeitando a intimidade e a confidencialidade. Durante o estágio, foram considerados os princípios éticos, nomeadamente a beneficência, a não maleficência, a autonomia, a justiça e a veracidade, sendo a relação de confiança, estabelecida com os

enfermeiros supervisores, facilitadora da implementação da ética profissional, uma vez que sempre nos incentivaram nas tomadas de decisão.

No âmbito do consentimento informado, o enfermeiro especialista deve garantir que a pessoa recebe informação clara, suficiente e compreensível, respeitando os seus direitos, valores e capacidade de decisão, mesmo em situações de maior vulnerabilidade. Esta atuação ética vai além da simples transmissão de informação, envolvendo a criação de um ambiente de confiança que favoreça a reflexão e o questionamento por parte da pessoa. Com base nas suas competências avançadas, o enfermeiro especialista assume o papel de defensor dos direitos da pessoa, assegurando que o consentimento é livre, esclarecido e obtido de forma contínua, conforme orientado pela DGS (DGS, 2015). Este dever ético e legal está alinhado com o princípio do respeito pela autonomia, segundo o qual cada pessoa tem o direito de tomar decisões informadas sobre a sua saúde. Durante os períodos em que o doente se encontrava sedado, nomeadamente no SMI, prevaleciam os princípios da beneficência e da não maleficência, sendo relevante o consentimento presumido, uma vez que as circunstâncias permitiam inferir que a pessoa teria consentido a realização do ato diagnóstico ou terapêutico, caso estivesse consciente e informada sobre a situação (DGS, 2015).

Por outro lado, a sensibilidade às diferenças culturais é uma dimensão essencial da competência ética do enfermeiro especialista, exigindo uma prática reflexiva, culturalmente competente e centrada na pessoa. A diversidade cultural influencia a perceção da saúde, doença, dor, morte e cuidados, sendo responsabilidade do enfermeiro reconhecer, respeitar e integrar essas dimensões nas suas intervenções. Esta competência traduz-se na adaptação dos cuidados aos valores culturais, religiosos e espirituais da pessoa e da família, assegurando uma abordagem ética, inclusiva e equitativa. O enfermeiro especialista atua como mediador cultural, promovendo o diálogo intercultural e a tomada de decisão partilhada, salvaguardando a equidade no acesso e na qualidade dos cuidados. O PNSD (2021) reforça também a importância de práticas seguras e éticas, que respeitem a diversidade e os direitos das pessoas.

No decorrer dos estágios deparámo-nos com doentes com situações críticas complexas e desafiantes, o que enriqueceu a nossa experiência. Tivemos a oportunidade de definir prioridades na prestação de cuidados, com base na realidade clínica e nas necessidades específicas de cada doente. Estas situações exigiram o desenvolvimento de um raciocínio clínico mais ágil e multifatorial. Os SMI e UQ acolhem doentes com quadros clínicos graves, exigindo cuidados diferenciados e especializados e nem sempre é possível tomar decisões clínicas de forma objetiva e isenta de conflitos éticos relacionados com o valor da vida humana. Procuramos, de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE, fundamentar as decisões com base nos resultados da investigação

científica mais atual. A implementação de guias orientadores de boas práticas baseadas na evidência constitui um elemento essencial para a melhoria contínua dos cuidados, sendo o enfermeiro especialista o principal responsável pela sua gestão. Os enfermeiros supervisores salientaram-nos a importância de aperfeiçoar esta competência continuamente, com base na evidência mais atualizada. A prática baseada pela evidência é fundamental para decisões clínicas informadas e para a prestação de cuidados de elevada qualidade, promovendo a eficácia e a segurança dos cuidados. Em síntese, este compromisso com a evidência científica encontra respaldo nos princípios e valores expressos no Código Deontológico do Enfermeiro, que orienta a tomada de decisão ética e responsável na prática profissional.

Deste modo, conseguimos concretizar o desenvolvimento de um exercício profissional humanizado, que visa a dignificação da pessoa alvo de cuidados e da própria profissão, em conformidade com os diplomas legais, convenções e recomendações nacionais e internacionais aplicáveis. Consideramos ter desenvolvido uma prática centrada no respeito pelos direitos humanos, assegurando igualdade, confidencialidade, segurança, privacidade, respeito pelas crenças e valores e autodeterminação da pessoa. Procuramos intervir ativamente nos processos de decisão em equipa e envolver, sempre que possível, o doente e a sua família, fornecendo informação adequada ao seu nível de compreensão, respeitando os limites das competências da enfermagem e das restantes profissões com que esta se articula.

2.2. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

No âmbito do domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, o percurso desenvolvido ao longo dos estágios foi pautado por uma atuação deliberada e fundamentada, orientada para a dinamização e sustentação das iniciativas estratégicas institucionais.

Apesar da qualidade em saúde constituir uma responsabilidade de carácter multiprofissional, a especificidade da prática de enfermagem exige que o enfermeiro identifique e minimize os riscos inerentes à prestação de cuidados. Neste sentido, o enfermeiro assume-se como um agente fundamental na aplicação de práticas clínicas baseadas na evidência, comprometido com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e com a promoção da segurança da pessoa.

Neste percurso formativo, a mobilização de conhecimentos teóricos e práticos permitiu sustentar uma atuação diferenciada, suportada em competências especializadas. Através da integração ativa nas equipas e contextos clínicos, foi possível contribuir para a consolidação de uma cultura de qualidade, partilhando experiências, promovendo a incorporação de

conhecimentos na prática e consolidando uma abordagem reflexiva e crítica sobre os processos assistenciais.

Simultaneamente, a procura contínua por atualização e aprofundamento científico traduziram-se num compromisso com o desenvolvimento pessoal e profissional, em prol de uma prática informada, segura e centrada na pessoa. Foram desenvolvidas e acompanhadas práticas de qualidade, com envolvimento em programas de melhoria contínua, tendo sido conduzida uma avaliação crítica e sistemática das práticas clínicas, com recurso a evidência científica robusta, normas orientadoras e indicadores de qualidade. Esta abordagem permitiu não só monitorizar resultados, como também sustentar decisões clínicas e organizacionais com impacto direto na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

De acordo com a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 95/2019 de 4 de setembro) os profissionais de saúde têm direito ao acesso à formação e ao aperfeiçoamento profissional, considerando a natureza da atividade exercida, com vista à constante atualização de conhecimentos. Atendendo ao carácter eminentemente prático do saber em enfermagem, este encontra-se em permanente transformação, o que impõe ao enfermeiro a necessidade de renovação contínua dos seus conhecimentos e competências, de forma a assegurar uma prática autónoma, responsável, ética e tecnicamente competente (Relvas, 2018).

A formação contínua, embora não obrigatória, constitui um dever ético-profissional e um compromisso com a qualidade dos cuidados prestados. Este processo visa não apenas o desenvolvimento pessoal e profissional, mas também a excelência e a segurança na prestação de cuidados, cabendo a cada enfermeiro a responsabilidade pelo seu percurso formativo e evolutivo (Marques, 2021). Neste contexto, destaca-se a formação em serviço como um eixo fundamental da formação permanente, desenvolvida em articulação com a prática clínica, com vista à resolução de problemas concretos dos contextos assistenciais, assim contribuindo para a aquisição de competências adaptadas à realidade específica dos serviços e à evolução das exigências clínicas (Relvas, 2018).

Durante o estágio realizado no SU, foi possível participar numa ação de formação em serviço dedicada às Precauções Básicas das Vias de Transmissão (PBVT), cuja relevância no contexto dos cuidados de saúde é indiscutível. Estas precauções, que constituem medidas universais de prevenção e controlo de infeção, são essenciais para garantir a segurança dos profissionais e dos doentes, prevenindo a transmissão cruzada de agentes infecciosos no ambiente clínico. Esta ação formativa, inserida no âmbito da formação em serviço, permitiu a articulação entre o conhecimento teórico e a prática assistencial, contribuindo para uma intervenção clínica mais informada, segura e eficaz. As PBVT constituem um conjunto de medidas fundamentais de prevenção e controlo de infeção, aplicáveis a todos os doentes,

independentemente do seu estado clínico presumido. Incluem práticas como a higiene adequada das mãos, o uso racional e correto de equipamentos de proteção individual (EPI), o manuseamento seguro de dispositivos e resíduos contaminados, bem como, o cumprimento de precauções específicas consoante as vias de transmissão (de contacto, por gotículas ou aerossóis). A sua correta aplicação é determinante para a segurança do doente e do profissional, prevenindo a transmissão cruzada de agentes patogénicos e contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados.

A formação sobre PBVT constituiu, não apenas um momento de aquisição de conhecimento, mas também de reflexão crítica sobre a prática profissional e os riscos associados ao contexto da urgência, onde a prontidão da intervenção, muitas vezes, desafia a aplicação rigorosa dos protocolos. Reforçou-se a consciência sobre a importância da adoção sistemática de medidas preventivas, não como mera rotina, mas como ato consciente e fundamentado na responsabilidade ética e legal do enfermeiro.

Durante a participação na ação de formação anteriormente referida, foi evidenciada a importância da aplicação de feixes de intervenção como estratégia para a padronização e melhoria da qualidade dos cuidados, com especial enfoque no feixe associado à cateterização vesical. Verificou-se, contudo, que apesar da existência de recomendações claras emanadas pelo Serviço de Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (SPPCIRA), persistiam variações na forma como os enfermeiros executavam este procedimento, o que revela uma lacuna na uniformização das práticas clínicas. Esta constatação reforça a necessidade da implementação sistemática de feixes de intervenção baseados na evidência científica, os quais têm demonstrado eficácia na redução de eventos adversos e na promoção da segurança do doente, sobretudo em procedimentos invasivos como a cateterização vesical. A variação na execução desta técnica pode aumentar significativamente o risco de infeção do trato urinário associada a dispositivos, tornando imprescindível a definição clara de critérios clínicos, a aplicação rigorosa da técnica asséptica e o registo adequado da sua indicação no processo clínico.

Neste sentido, e em resposta às necessidades identificadas, foi sugerida a adoção formal do feixe de cateterização vesical como ferramenta promotora de boas práticas clínicas. Para tal, procedeu-se à elaboração de um poster informativo (Apêndice I), com o objetivo de apoiar a uniformização do procedimento entre os profissionais, sensibilizando para uma gestão mais adequada na tomada de decisão sobre a realização do procedimento e para a importância de documentar adequadamente a sua indicação clínica. Esta iniciativa encontra-se alinhada com os princípios da prevenção de infeções associadas a cuidados de saúde, conforme preconizado pela DGS (DGS, 2022c), e reforça o papel do enfermeiro na promoção de

cuidados seguros, baseados em normas técnicas e sustentados por evidência científica contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados.

No SMI, existe um grupo de trabalho especificamente dedicado à organização do plano de formação e à implementação de sessões formativas dirigidas à equipa multidisciplinar. Paralelamente, estavam constituídos vários grupos de trabalho especializados, integrados por profissionais focados em áreas específicas, tais como ventilação mecânica, ECMO, equipamentos médicos, técnicas de substituição renal e monitorização hemodinâmica. O SMI dispõe ainda de um conjunto abrangente de protocolos institucionais que visam assegurar a segurança do doente, minimizar erros, elevar os padrões de qualidade assistencial e promover a uniformização das práticas clínicas. Apesar da mesma ação formativa, abordando temas idênticos, ter sido implementada em diferentes unidades, verificaram-se diferenças significativas no foco e nas prioridades de cada contexto. No SMI, destacou-se uma preocupação preponderante com a correta utilização dos EPIs, contrastando com outras unidades onde a ênfase incidia sobre aspetos técnicos e procedimentos clínicos específicos. Estas discrepâncias evidenciam a importância de adequar as estratégias de formação e intervenção às necessidades particulares e realidades específicas de cada ambiente clínico, garantindo assim uma resposta eficaz e contextualizada.

A colaboração na gestão de programas de melhoria contínua da qualidade constitui uma das responsabilidades fundamentais do enfermeiro especialista assumindo-se como um profissional com competências avançadas que contribui para a efetiva governação clínica, centrada na segurança do doente e na excelência dos cuidados prestados. O Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, do Ministério da Saúde, define a qualidade em saúde como “(...) a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis, consegue a adesão e satisfação do cidadão, e pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão”. Esta definição reforça o papel do enfermeiro especialista como agente de mudança, cuja prática clínica integra a utilização crítica da evidência científica, a avaliação sistemática de resultados e a dinamização de projetos de melhoria.

No contexto do SMI, onde se prestam cuidados a doentes em situação crítica, o ambiente é caracterizado por elevada complexidade, uso intensivo de tecnologia e múltiplas intervenções invasivas. Neste cenário, o enfermeiro especialista assume um papel central na análise dos processos assistenciais, na identificação de oportunidades de melhoria e na implementação de práticas seguras e eficazes, orientadas por padrões de qualidade definidos pela OE em 2015 (Regulamento n.º 361/2015 de 29 de junho).

Durante o estágio, após análise dos protocolos em vigor, foi realizada uma reunião informal com a enfermeira supervisora onde foi identificada a existência de diversos projetos de melhoria contínua em curso. Foi então possível integrar o projeto “Sono”, contribuindo com a realização de um breve enquadramento teórico como fundamentação para este projeto (Apêndice II). A literatura evidencia que o sono dos doentes internados no SMI se encontra significativamente alterado, tanto em qualidade como em quantidade. Estas alterações incluem aumento do tempo de latência, múltiplos despertares, fragmentação do sono e supressão das fases N3 e REM, com consequências diretas na recuperação hemodinâmica, imunológica e metabólica do doente crítico (Younis & Hayajneh, 2018). Neste sentido, o enfermeiro especialista deve estar capacitado para reconhecer e intervir sobre os fatores que condicionam o descanso e o sono, promovendo um ambiente terapêutico propício à recuperação. A participação no projeto incluiu a pesquisa e sistematização da evidência científica, com elaboração de um enquadramento teórico que serviu de base à construção de estratégias futuras. Esta intervenção enquadra-se nas competências do enfermeiro especialista, enquanto profissional responsável por promover cuidados diferenciados, seguros e baseados na evidência, com impacto direto nos resultados em saúde e na experiência do doente. Assim, a participação neste projeto não só reforçou a importância da melhoria contínua da qualidade como consolidou a identidade profissional enquanto futura enfermeira especialista em EMC, área da PSC, bem como demonstrou que o enfermeiro especialista é um elemento diferenciador nas equipas de cuidados intensivos pela sua capacidade de liderança clínica, pensamento crítico e atuação centrada na pessoa.

Ainda neste âmbito, destaca-se a participação na conceção de uma consulta de *follow-up* na UQ, projeto desenvolvido em parceria com uma colega de estágio e com o apoio dos enfermeiros supervisores. Esta consulta surge como resposta à ausência de acompanhamento estruturado após a alta hospitalar, contrariando a evidência que aponta para o impacto prolongado das queimaduras na qualidade de vida, na autoimagem, na autonomia e na saúde mental dos sobreviventes (Echevarría-Guanilo, 2016; Matias et al, 2024). O projeto insere-se nos pilares do PNSD 2021-2026 (Despacho nº 9390/2021,24 de setembro 2021), promovendo práticas seguras em ambientes seguros, através da continuidade de cuidados centrados nas necessidades da pessoa. Após a alta hospitalar, a maioria das vítimas de queimadura relata mudanças no papel social e nos relacionamentos interpessoais, essencialmente durante o primeiro ano. Deste modo, como mecanismo de superação e auxílio destes doentes, foi proposto um programa estruturado de acompanhamento pós-alta, alinhado com os objetivos do PNSD, destinado a garantir a continuidade dos cuidados e a melhorar a qualidade de vida, reduzindo a elevada percentagem de pessoas vítimas de queimaduras que não recebem acompanhamento

adequado, sentindo-se discriminadas e desenvolvendo, com frequência, perturbações de stress pós-traumático. Para uma descrição detalhada desta consulta foi proposto este projeto que se remete para o Apêndice III. A consulta de enfermagem, conforme preconizado pela OE (2021), visa a promoção da saúde, a prevenção da doença e complicações, bem como o apoio à adaptação e reabilitação, constituindo um espaço privilegiado para o exercício das competências diferenciadas do enfermeiro especialista.

Em síntese, a participação ativa em projetos de melhoria contínua, a promoção de formação em serviço, a implementação de feixes de intervenção e o desenvolvimento de iniciativas centradas na segurança do doente ilustram a relevância e o impacto do enfermeiro especialista em EMC nos contextos da prática. Assim, como futuros enfermeiros especialistas esperamos ser agentes de mudança, promotores de uma cultura de excelência, reflexão e responsabilidade, orientando para a qualidade dos cuidados e para a valorização da experiência da pessoa.

2.3. GESTÃO DE CUIDADOS

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019), compete ao enfermeiro especialista em EMC gerir os cuidados de enfermagem de forma eficiente, otimizando a resposta da sua equipa e promovendo a articulação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar. Para tal, deve ser capaz de adaptar o seu estilo de liderança e a gestão dos recursos às necessidades da situação e do contexto, com o objetivo de assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Neste âmbito, o domínio da Enfermagem pode ser compreendido através de três dimensões fundamentais: individual, coletiva e de liderança. A dimensão individual refere-se ao processo de gestão dos cuidados de enfermagem centrado na avaliação, planeamento e implementação da prestação de cuidados à pessoa. A dimensão coletiva envolve a partilha de responsabilidades com outros profissionais de saúde, focando-se na gestão de recursos humanos e materiais. Por fim, a dimensão da liderança pressupõe uma atuação autónoma, responsável e proativa, transversal a várias profissões, mas particularmente reforçada na formação especializada (Freitas, 2018).

Como refere Benner (2001), a liderança encontra-se associada a uma prática de exigência contínua, na medida em que é necessário um leque de habilidades de comportamento, de conhecimento clínico e de sabedoria clínica.

Durante os estágios, a gestão dos cuidados de enfermagem foi orientada para a otimização da resposta assistencial e para uma articulação eficaz com a restante equipa de saúde. O

processo de tomada de decisão clínica foi progressivamente aprimorado, através da colaboração ativa nas deliberações com os enfermeiros supervisores, da procura e análise crítica de informação pertinente, bem como do reconhecimento da necessidade de negociação ou referenciação para outros profissionais, sempre que a situação o exigisse. Esta atuação está em consonância com o estipulado no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro(2019) da OE que estabelece que o enfermeiro especialista deve ser capaz de gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação no seio da equipa multidisciplinar, adaptando a sua liderança e gestão de recursos ao contexto clínico, com vista à garantia da qualidade e segurança dos cuidados.

No SU, o enfermeiro supervisor acumulou com frequência funções de prestação direta de cuidados com a coordenação da área, o que proporcionou uma experiência particularmente enriquecedora. Conjectura que conferiu a oportunidade de participarmos na gestão de recursos humanos, assegurando a continuidade e a qualidade dos cuidados, mesmo em contextos de elevada pressão assistencial. A gestão eficaz de equipas em ambientes complexos, como o SU, requer competências de liderança situacional, comunicação assertiva e tomada de decisão em tempo útil (Wehbe & Galvão, 2005).

Além dos turnos de prestação de cuidados, foi possível integrar turnos de coordenação, o que proporcionou uma vivência enriquecedora na vertente da gestão dos cuidados e de recursos. A coordenação requer o exercício das competências reservadas ao enfermeiro especialista, nomeadamente, a capacidade de planear, organizar e supervisionar os cuidados, otimizando os recursos disponíveis, conforme preconizado no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019) da OE. A tomada de decisão nestes contextos exige não só um raciocínio clínico estruturado, mas também o estabelecimento de prioridades assistenciais, a articulação eficaz com outros serviços e a coordenação dos transportes intra e inter-hospitalares, assegurando a continuidade e a segurança dos cuidados prestados.

O enfermeiro responsável pelo turno deve possuir uma visão sistémica do serviço, assegurando o conhecimento da lotação, da capacidade de resposta instalada e da alocação dos recursos humanos e materiais. Para tal, é essencial que possua competências avançadas de liderança clínica, autonomia na decisão e uma atitude crítica e reflexiva perante os riscos e erros identificados, elementos fundamentais para a promoção da segurança do doente e da qualidade dos cuidados. Estas dimensões relacionam-se diretamente com as competências do domínio de gestão e liderança do enfermeiro especialista, nomeadamente no que respeita à capacidade de mobilizar conhecimentos para a resolução de problemas complexos, liderar processos de mudança e promover ambientes de prática seguros e eficientes.

Apesar de reconhecer que a capacidade para gerir autonomamente um SU ainda está em desenvolvimento, esta experiência permitiu compreender as exigências do papel do enfermeiro coordenador, bem como as dificuldades associadas à escassez de recursos, às limitações estruturais dos serviços e à diversidade de perfis profissionais da equipa (por exemplo, menor experiência ou formação diferenciada). Esta aprendizagem foi essencial para o reforço da identidade profissional e para o desenvolvimento de competências transversais, como comunicação eficaz, gestão de conflitos, negociação e capacidade de adaptação a contextos adversos, pilares fundamentais para o exercício profissional especializado e diferenciado.

No SMI, participámos ativamente na requisição de medicação junto da farmácia hospitalar, no controlo rigoroso de substâncias estupefacientes, bem como na verificação sistemática das listas de materiais e das unidades móveis de suporte a procedimentos, assegurando a organização e a pronta disponibilidade dos recursos necessários para a execução segura e eficiente dos cuidados clínicos. Além disso, participámos na reposição e preparação das salas e setores do serviço, bem como na verificação diária da operacionalidade de monitores, desfibrilhadores, ventiladores, sistemas de aspiração e rampas de oxigénio, garantindo o seu correto funcionamento, o registo do seu estado e o reporte atempado aos profissionais competentes de eventuais anomalias. A gestão de dispositivos médicos e fármacos de alto risco é uma responsabilidade central do enfermeiro especialista, sendo fulcral para garantir a continuidade dos cuidados e prevenir eventos adversos. Além disso, ainda foi possível a participação em reuniões da equipa médica, onde a enfermeira coordenadora fornece informação significativa e pertinente relativa aos cuidados de enfermagem dos doentes que se encontram internados.

Na UQ, a realidade organizacional apresentava certas especificidades, uma vez que a gestão do serviço é assegurada pela enfermeira gestora ou, na sua ausência, pelo profissional designado para essa função. Apesar de estarmos diretamente a acompanhar o enfermeiro supervisor na realização das atividades, foi possível compreender o funcionamento organizacional de toda a unidade e importa referir que, nesta unidade, os horários dos enfermeiros são estruturados de modo a garantir a presença de, pelo menos, um enfermeiro especialista por turno. Esta organização espelha a valorização da liderança clínica especializada, tal como preconizado por autores como Freitas (2018), que identifica três dimensões fundamentais no domínio da gestão em enfermagem: a dimensão individual, centrada na organização dos cuidados; a dimensão coletiva, partilhada com outros profissionais e relacionada com a gestão de recursos; e a dimensão da liderança, alicerçada na autonomia e proatividade do enfermeiro (Freitas, 2018).

A participação nestas atividades permitiu desenvolver competências de gestão em múltiplas dimensões: a nível individual, na organização eficaz do tempo e dos cuidados prestados, e a nível institucional, na gestão de recursos humanos e materiais, sempre com foco na segurança do doente e na qualidade dos cuidados. Esta experiência revelou-se determinante para o reforço da identidade profissional enquanto futura enfermeira especialista em EMC, dotada de competências avançadas de liderança, tomada de decisão e gestão clínica, conforme os princípios da prática avançada e da melhoria contínua da qualidade em saúde (*International Council of Nurses [ICN], 2020*).

A gestão de doentes em regime de isolamento constitui um desafio acrescido para a prática clínica, exigindo do enfermeiro especialista competências diferenciadas ao nível da gestão dos cuidados, da segurança do doente e da prevenção e controlo de infeção. Esta gestão implica não só a implementação rigorosa das precauções de isolamento, como também a articulação eficaz com a equipa multiprofissional e a coordenação adequada dos recursos humanos e materiais necessários. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019), cabe ao enfermeiro especialista garantir a qualidade dos cuidados em contextos de complexidade acrescida, assegurando que as medidas implementadas promovem a segurança de todos os intervenientes.

Ao prestar cuidados a doentes, em isolamento de contacto, gotículas ou aerossóis como em casos de infeção por *Clostridium difficile*, MRSA, SARS-CoV 2 ou tuberculose é essencial realizar uma avaliação contínua do risco de transmissão, implementar corretamente o uso de EPIs e garantir a rastreabilidade e desinfeção adequada dos materiais utilizados (DGS, 2023)

Durante os estágios, foi possível colaborar na organização e operacionalização dos circuitos de isolamento, apoiar a formação de profissionais mais jovens e supervisionar o cumprimento das normas institucionais e das orientações do SPPCIRA. Esta operacionalização dos circuitos foi mais facilitada nos serviços de UQ e no SMI, sendo que na urgência a operacionalização dos circuitos de isolamento é mais dificultada devido ao número elevado de pessoas que recorrem ao SU e às características dos espaços físicos.

Em articulação com os dados do Relatório Anual do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA, 2023), onde se evidenciam taxas ainda preocupantes de infeções nosocomiais em Portugal, tornou-se claro que a adoção de práticas seguras e baseadas na evidência é um imperativo ético e profissional. Para além do foco técnico, o enfermeiro especialista assume um papel central na educação ao doente e família, explicando de forma clara os motivos do isolamento, o uso correto de EPI, e reduzindo o impacto emocional negativo associado ao isolamento social e físico.

Estas práticas reforçaram as competências de liderança clínica, tomada de decisão informada, educação para a saúde e promoção de ambientes terapêuticos seguros, alinhando-se com os princípios da excelência na prática especializada, na humanização dos cuidados e na gestão integrada dos cuidados de saúde.

A experiência nos diferentes contextos clínicos permitiu desenvolver de forma significativa as competências de gestão e liderança preconizadas para o enfermeiro especialista em EMC, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019, publicado a 6 de fevereiro de 2019. A participação ativa na gestão dos cuidados, dos recursos humanos e materiais, bem como na tomada de decisão em contextos de elevada complexidade, como o SU ou a gestão de doentes em isolamento, possibilitou uma aprendizagem integrada, crítica e orientada para a segurança e qualidade dos cuidados. Estas vivências reforçaram a importância da liderança clínica, da articulação interprofissional e da adaptação contínua ao contexto, pilares fundamentais para o exercício autónomo, responsável e diferenciado do enfermeiro especialista. Consolidou-se, assim, a identidade profissional e a preparação para enfrentar os desafios da prática avançada, com base na evidência, no rigor técnico-científico e no compromisso com a melhoria contínua dos cuidados em saúde.

Este percurso permitiu-nos compreender a complexidade da função do enfermeiro especialista em EMC, que exige uma liderança adaptativa, uma comunicação eficaz, capacidade de decisão em tempo útil e gestão criteriosa dos recursos humanos e materiais. As competências adquiridas foram reforçadas pela exposição a contextos assistenciais exigentes, onde a prática reflexiva, o pensamento crítico e o compromisso com a melhoria contínua da qualidade se revelaram determinantes.

Além disso, reconhecemos o papel central do enfermeiro especialista na implementação de medidas de controlo de infeção, na promoção da literacia em saúde junto do doente e família, e na criação de ambientes terapêuticos seguros e humanizados. Assim, reafirmamos o nosso compromisso com uma prática clínica fundamentada na evidência, orientada para a excelência e sensível às necessidades dos utentes e das equipas de saúde, elementos indispensáveis à construção de uma identidade profissional sólida e diferenciadora no contexto da enfermagem especializada.

2.4. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O caminho percorrido durante os estágios representou não só uma consolidação dos conhecimentos adquiridos ao longo do primeiro ano do curso de mestrado, mas também um processo de amadurecimento pessoal e profissional. A integração progressiva da melhor

evidência científica na prática clínica traduziu-se numa atuação mais crítica, segura e fundamentada. Este percurso promoveu um maior autoconhecimento, o desenvolvimento da assertividade e a capacitação para refletir a prática individual, potenciando uma prestação de cuidados mais consciente, centrada na pessoa e alinhada com os princípios da enfermagem especializada. Assim se reforça a importância da formação pós-graduada como base estruturante para uma prática profissional diferenciada e orientada para a excelência dos cuidados.

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019) uma das competências fundamentais do enfermeiro especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais consiste no desenvolvimento do autoconhecimento, da assertividade e na fundamentação da sua prática clínica especializada com base na melhor evidência científica. Neste sentido, ao longo do percurso formativo, foram identificadas algumas lacunas de conhecimento, particularmente nas áreas da urgência e dos cuidados intensivos. Estas foram colmatadas através da consulta sistemática de protocolos institucionais, procedimentos normalizados e outros documentos de apoio, o que permitiu uma atuação mais informada, segura e ajustada às exigências de contextos clínicos de elevada complexidade.

Reconhecendo as lacunas de conhecimento e a reduzida experiência prática nas áreas da urgência e dos cuidados intensivos, e face ao contacto constante com novas patologias e procedimentos, foi realizada uma revisão aprofundada dos conteúdos programáticos abordados nas diversas unidades curriculares do plano de estudos do curso de mestrado. Particular atenção foi dada às unidades curriculares de “Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica I” e “Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II”, promovendo a consolidação de saberes e a integração do conhecimento na prática clínica especializada. A atualização contínua e a aprendizagem reflexiva são essenciais para a prática baseada na evidência, permitindo ao enfermeiro especialista tomar decisões clínicas mais seguras e eficazes em contextos de elevada complexidade (ICN, 2020).

O início do estágio no SU revelou-se particularmente desafiante, sobretudo no que respeita à aplicação prática da abordagem sistemática ABCDE essencial na avaliação e intervenção em situações clínicas críticas. A complexidade e prontidão exigidas neste contexto evidenciaram a necessidade de um raciocínio clínico ágil, fundamentado e adaptado à condição da pessoa em situação crítica. Um episódio particularmente marcante ocorreu aquando da abordagem a uma doente vítima de intoxicação por antidepressivos tricíclicos, que evoluiu rapidamente para um ritmo de peri-paragem. A aplicação célere e estruturada da abordagem ABCDE, suportada pela utilização de mnemónicas e protocolos de suporte avançado de vida, revelou-se determinante para a estabilização da vítima e demonstrou claramente, o impacto das competências clínicas diferenciadas no desfecho da situação.

Tendo por base o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019) o enfermeiro especialista, em especial o especialista em EMC, deve possuir competências para intervir de forma autónoma e responsável em contextos de elevada instabilidade clínica, dominando metodologias de avaliação sistemática e integrando o conhecimento científico na sua prática.

O episódio referido constituiu uma oportunidade valiosa de aprendizagem, consolidando a importância da vigilância clínica rigorosa, da tomada de decisão pronta e fundamentada e da articulação eficaz com a equipa multidisciplinar, competências basilares para o exercício avançado da enfermagem em contextos de urgência e emergência (*Ressuscitation Council UK*. s.d). Após este evento, procedemos à realização de um estudo de caso que possibilitou a recolha e análise aprofundada de informações relativas às influências desta medicação, bem como ao modo de atuação adequado (Apêndice IV).

Um outro episódio clínico relevante ocorreu no contexto da gestão de doentes com necessidades de precauções baseadas nas vias de transmissão, nomeadamente a via aérea. Em concreto, tratou-se da alocação ao SU de um doente com suspeita de tuberculose, situação que motivou uma reflexão crítica sobre os procedimentos a adotar e da adequação estrutural do serviço para responder a este tipo de situação clínica. Perante a ausência de salas com pressão negativa disponíveis, surgiu a necessidade de ponderar a alocação mais segura, respeitando os princípios do controlo de infeção e da segurança dos profissionais e dos restantes doentes.

Segundo a DGS, os doentes com tuberculose pulmonar ativa ou suspeita devem ser colocados, sempre que possível, em quartos de isolamento com pressão negativa, com ventilação adequada e acesso restrito, como medida essencial de contenção da disseminação de partículas em aerossol (DGS,2023). A ausência destas condições em muitos serviços de urgência obriga o enfermeiro especialista a tomar decisões com base na melhor evidência disponível, promovendo a minimização do risco de transmissão através da utilização correta de EPI, do controlo rigoroso de entradas e saídas da área onde o doente se encontra, e da articulação célere com os serviços de internamento diferenciados.

Neste contexto, o enfermeiro especialista em EMC assume um papel central na avaliação de risco, na implementação de medidas de isolamento adequadas e na coordenação com a equipa multidisciplinar e com o SPPCIRA. Estas competências, que abrangem os domínios da gestão, liderança clínica e desenvolvimento das aprendizagens, são essenciais para promover a atualização contínua do conhecimento, a partilha de boas práticas e a adaptação às evidências científicas emergentes.

No âmbito do estágio no SMI, uma das principais inquietações pessoais prendeu-se com o manuseamento seguro e eficaz do Cateter Vascular Central (CVC), dispositivo onnipresente

na maioria dos doentes críticos internados neste tipo de unidade. A consciência do potencial risco associado a uma utilização incorreta deste dispositivo, nomeadamente infeções da corrente sanguínea, embolias aéreas ou complicações mecânicas impulsionou uma abordagem proativa, através da realização de um trabalho individual aprofundado sobre o tema, com o objetivo de promover uma prática clínica fundamentada, segura e eficiente (DGS, 2022b).

A utilização de CVC é uma prática comum em contextos de elevada complexidade clínica, sendo essencial para a monitorização hemodinâmica (pressão venosa central), administração de fármacos vasoativos, perfusão de soluções hipertónicas ou irritantes, e realização de técnicas de substituição renal como a hemofiltração ou plasmaferese (DGS, 2022b). A sua gestão, contudo, exige competências especializadas, nomeadamente no que se refere à manutenção do circuito estéril, monitorização contínua de sinais de infeção ou deslocação e aplicação dos protocolos de limpeza e permeabilidade das vias. Contexto em que o enfermeiro especialista em EMC assume um papel crucial não só na execução técnica destes cuidados, mas sobretudo na promoção da segurança clínica, na capacitação da equipa de enfermagem e na implementação de práticas baseadas na evidência.

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019), compete ao enfermeiro especialista avaliar situações clínicas complexas, intervir com autonomia e responsabilidade em cuidados diferenciados e liderar a adoção de práticas seguras e eficazes, o que se revelou particularmente pertinente nesta área.

No âmbito desta temática foi desenvolvida uma revisão de literatura sobre o manuseamento seguro do CVC (Apêndice V). Assim, contribuiu-se não só para a consolidação de conhecimentos pessoais, mas também para a valorização do papel formativo do enfermeiro especialista, como agente de mudança e promotor de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Esta experiência reforçou a importância do pensamento crítico, da atualização contínua e da liderança pedagógica no seio das equipas clínicas, com impacto direto na prevenção de eventos adversos e na segurança da pessoa em situação crítica.

Durante o estágio no SMI, confrontámo-nos com técnicas de substituição renal extracorporeal, nomeadamente hemodiálise intermitente (HDI) e terapêutica de substituição renal contínua (TSRC), áreas em que o nosso conhecimento prévio se revelava insuficiente. A prestação de cuidados a um doente submetido a HDI constituiu um desafio clínico que evidenciou a necessidade de aprofundar conhecimentos acerca dos protocolos específicos de assistência durante o procedimento, incluindo o cálculo rigoroso dos balanços hidroeletrólíticos e a monitorização criteriosa dos parâmetros hemodinâmicos e bioquímicos, essenciais para garantir a segurança e eficácia do tratamento.

A HDI envolve uma considerável complexidade técnica, utilizando taxa de fluxo sanguíneo entre aproximadamente 200-300 ml/min e fluxo de dialisado em torno de 500-800 ml/min, normalmente realizada três vezes por semana, em sessões de 3 a 4 horas, sendo mais indicada para doentes hemodinamicamente estáveis e com acesso venovenoso estabelecido (e.g. fístula ou cateter) (Chan et al.,2023).No entanto, em doentes hemodinamicamente instáveis, a técnica preferencial é a TSRC, também conhecida como diálise contínua lenta, a qual pode prolongar-se por 24 horas ou mais, sendo adaptada à evolução clínica do doente (Joannes-Boyou et al., 2013).

Este tipo de terapêutica exige um elevado grau de competência clínica e técnica, nomeadamente no manuseamento do equipamento, cálculo da pressão transmembranar, gestão rigorosa dos volumes infundidos e extraídos, bem como na monitorização contínua dos parâmetros hemodinâmicos e laboratoriais do doente. O enfermeiro especialista em EMC desempenha, neste contexto, um papel central na configuração do sistema, na monitorização da eficácia do tratamento, na prevenção de complicações e na formação da equipa de enfermagem envolvida. A formação avançada permite a integração de conhecimento técnico-científico, pensamento crítico e tomada de decisão em tempo real, fatores fundamentais para garantir a segurança e a continuidade dos cuidados.

Devido à complexidade do procedimento, procedeu-se a uma revisão exaustiva da literatura científica atualizada e dos protocolos institucionais vigentes. Esta análise foi complementada pela perscrutação numa mesa-redonda sobre terapêuticas dialíticas no Congresso de Doente Crítico (realizado no centro de congressos de Aveiro em 8 e 9 de novembro), evento que possibilitou a atualização e discussão de abordagens inovadoras, fortalecendo a base teórico-prática dos profissionais envolvidos. Esta formação complementar revelou-se essencial para consolidar conhecimentos e desenvolver competências técnicas e de pensamento clínico.

Posteriormente, ao sermos confrontadas com um novo caso em TSRC, conseguimos atuar de forma mais autónoma, segura e eficaz em todas as fases do processo, desde a montagem do sistema até à vigilância contínua do procedimento. Esta experiência evidenciou claramente o impacto direto da formação contínua e o papel diferenciador do enfermeiro especialista na gestão de tecnologias complexas em contextos críticos.

Outra situação clínica que motivou uma pesquisa aprofundada foi a pneumonia associada à intubação. Nos contextos do SMI e da UQ, é frequente a presença de doentes portadores de tubo orotraqueal, o que exige a implementação sistemática de cuidados preventivos baseados em evidência. Inicialmente, constatou-se uma discrepância nos cuidados prestados entre os

dois serviços, o que reforçou a necessidade de aprofundar o conhecimento científico nesta área.

A pneumonia associada à intubação é uma complicação potencialmente evitável, cuja incidência pode ser significativamente reduzida com a aplicação consistente de um conjunto de intervenções baseadas na melhor evidência, conhecidas como "feixe de intervenções" (*bundles*). Segundo a DGS, as medidas recomendadas incluem a elevação da cabeceira do leito a cerca de 30º, evitando períodos prolongados em posição supina, a higiene oral com antisséptico pelo menos três vezes por dia em doentes com previsão de ventilação superior a 48 horas e a documentação rigorosa dessas práticas no processo clínico (DGS,2022a). A análise crítica e estudo sistemático desta temática permitiram identificar fragilidades na prática clínica, nomeadamente na UQ, onde a realização e registo da higiene oral não estavam plenamente implementados (DGS, 2022a). Neste âmbito, o enfermeiro especialista em EMC assume um papel central, não apenas na prestação de cuidados altamente diferenciados, mas também na promoção da melhoria contínua da qualidade e na implementação de práticas baseadas na evidência. A sua atuação na crítica, reflexiva e formativa é essencial para garantir a segurança do doente, nomeadamente através da uniformização de práticas preventivas e da supervisão clínica (DGS, 2022a).

No contexto hospitalar, as UQs desempenham um papel fundamental na gestão de doentes com queimaduras graves, caracterizadas por elevada complexidade e risco. Nestes ambientes, a equipa de enfermagem deve articular uma prática clínica especializada com a aplicação de evidência científica atualizada, assegurando cuidados personalizados, eficazes e seguros. A seleção e utilização dos apósitos ilustram bem este desafio, pois requerem decisões fundamentadas que considerem a evolução clínica do doente, as características específicas da lesão e a prevenção de complicações. Assim, a conjugação da experiência clínica, do diálogo interdisciplinar e da análise crítica da literatura científica é indispensável para validar e otimizar as estratégias de tratamento, reforçando a qualidade e segurança dos cuidados prestados nestas unidades.

Outra experiência a realçar foi na UQ quando nos confrontámos com práticas de cuidados à pessoa com queimadura que divergiam significativamente das que eram previamente conhecidas. Os cuidados prestados eram fundamentados na vasta experiência clínica da equipa de enfermagem, composta por profissionais altamente diferenciados e especializados nesta área específica. Um exemplo disso foi a seleção dos apósitos, nomeadamente a utilização concomitante de gaze impregnada com parafina e hidrogel, o que, numa primeira análise, nos suscitou dúvidas por parecer contraditório. No entanto, após observação da prática, diálogo com os enfermeiros especialistas e análise da evidência científica, compreendemos a lógica clínica subjacente a esta abordagem.

O hidrogel, sendo um apósito interativo, mantém um ambiente húmido na ferida, promovendo a cicatrização autolítica, facilitando o desbridamento e reduzindo a dor ao proteger as terminações nervosas expostas (*European Wound Management Association [EWMA], 2018*). Simultaneamente, a gaze gorda atua como barreira protetora, impedindo a aderência do penso às estruturas viáveis e proporcionando maior conforto ao doente aquando da sua remoção, um aspeto particularmente relevante em lesões dolorosas como as queimaduras de espessura parcial (EWMA, 2018).

Neste cenário, o enfermeiro especialista em EMC desempenha um papel fundamental não apenas na seleção criteriosa de apósitos, mas também na monitorização da dor, na avaliação da eficácia terapêutica e no envolvimento do doente no plano de cuidados. A sua atuação garante uma abordagem centrada na pessoa, baseada na melhor evidência disponível e ajustada às necessidades clínicas específicas.

Adicionalmente, o enfermeiro especialista contribui para a tomada de decisão consciente em termos de gestão de recursos. A seleção adequada de produtos, baseada em critérios clínicos e custo-efetividade, permite a otimização dos materiais disponíveis, evitando desperdícios e promovendo a sustentabilidade dos cuidados. Esta visão integrada e crítica do cuidado reforça a importância da formação avançada e da autonomia técnica no contexto de prestação de cuidados.

O percurso formativo no âmbito do curso de mestrado em EMC na área PSC representou um processo contínuo de edificação de saberes, desenvolvimento de competências clínicas diferenciadas e afirmação do papel do enfermeiro especialista como agente de mudança. Os desafiantes contextos vivenciados ao longo dos diferentes estágios, SU, SMI e UQ, potenciaram uma aprendizagem significativa, centrada na prática baseada na evidência, na segurança do doente e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A capacidade de integrar conhecimento científico, pensamento crítico e liderança clínica revelou-se essencial na tomada de decisões em contextos complexos e reforçou a importância da formação avançada e da atualização constante como pilares do exercício profissional especializado. A experiência adquirida permitiu não só consolidar saberes, mas também reconhecer a importância do trabalho colaborativo, da supervisão reflexiva e da humanização dos cuidados.

Em suma, este percurso permitiu um crescimento profissional e a construção da identidade de enfermeiro especialista em EMC, autónomo responsável, crítico e comprometido com a excelência na prestação de cuidados e com a dignidade da pessoa em situação crítica.

3.COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências específicas do enfermeiro especialista em ECM visam a melhoria da qualidade de vida da pessoa e fundam cuidados mais especializados com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação nas situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos. Estas competências estão em estreita articulação com o disposto no Regulamento n.º 429/2018 da OE (2018), que define como áreas nucleares do enfermeiro especialista em EMC, área da PSC: “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”

3.1. CUIDA DA PESSOA, FAMÍLIA/CUIDADOR A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

No decorrer dos estágios foram prestados cuidados a pessoas e família/cuidadores a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, prestando os mesmos em situações urgentes, antecipando instabilidade e risco de falência orgânica e, desenvolvendo conhecimentos e habilidades de alta complexidade, em tempo útil. No que concerne à prestação de cuidados à PSC e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, o ponto fulcral para uma correta abordagem e intervenção é a avaliação sistematizada ao doente seguindo a metodologia ABCDE. Esta avaliação primária não só permite a hierarquização de prioridades e uma intervenção eficiente, como possibilita uma uniformização de práticas em diferentes contextos. Com a utilização desta metodologia, é garantida que a abordagem à pessoa doente ocorre de forma rápida, avaliando a integridade ou compromisso das funções vitais que podem colocar a vida da pessoa em risco e definir se a situação é ou não crítica.

Esta prática não só permite ganhar tempo durante a avaliação inicial como identificar, o quanto antes, possíveis focos de instabilidade hemodinâmica. O reconhecimento precoce de focos de instabilidade e uma adequada intervenção reduz a morbidade e a mortalidade, diminuindo também o risco de internamento no SMI (Smith & Bowden, 2017). Neste contexto, o enfermeiro especialista em EMC assume um papel preponderante, devendo atuar de forma

antecipatória, através de uma monitorização contínua e vigilante, apoiada na utilização de escalas validadas e em raciocínio clínico rigoroso.

A aplicação desta metodologia de avaliação foi particularmente evidente num episódio vivenciado durante o estágio, em que uma doente foi referenciada pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) para a sala de emergência, após intoxicação medicamentosa voluntária. O pré-aviso do CODU permitiu uma preparação célere e articulada da equipa, assegurando uma abordagem estruturada desde o momento da receção. Após a transmissão de informação pela equipa pré-hospitalar, foi imediatamente iniciada a avaliação primária ABCDE, com identificação de alterações significativas e consequente estabilização da doente. Esta experiência possibilitou uma aprendizagem aprofundada sobre os mecanismos de atuação face a intoxicações medicamentosas, nomeadamente no que respeita à avaliação inicial, suporte às funções vitais e tomada de decisão em tempo crítico. Esta competência foi desenvolvida e consolidada ao longo dos diferentes contextos de estágio, sendo fortalecida pela colaboração ativa com os enfermeiros supervisores, cuja disponibilidade e orientação contribuíram decisivamente para a integração nas equipas, compreensão dos protocolos institucionais e consolidação de conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares do curso de mestrado.

No decorrer das situações presenciadas na sala de emergência, concomitantemente a esta abordagem, colocou-se em prática o processo de enfermagem. O processo de enfermagem é, segundo Almeida (2011), a base científica que sustenta as ações de enfermagem sendo um recurso metodológico que possibilita ao enfermeiro aplicar os conhecimentos técnico-científicos que caracterizam a sua prática profissional. Segundo a mesma autora, representa cada vez mais uma conquista para a prática profissional. Assim, após a colheita de dados e a avaliação inicial, é efetivado o diagnóstico de enfermagem, o planeamento das intervenções a realizar, a implementação do plano de cuidados e a reavaliação do mesmo, com a monitorização da resposta da pessoa bem como a eficácia das intervenções, com vista à reformulação do plano, se necessário. Desta forma, o enfermeiro especialista evidencia competências avançadas de planeamento e gestão, diretamente associadas à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

No estágio do SMI, contexto complexo de aprendizagem, contactamos com diversos tipos de monitorização, tais como, a monitorização hemodinâmica contínua invasiva e não invasiva, salientando a monitorização hemodinâmica com recurso a cateter *Pulse Contour Cardiac Output* (PiCCO), a avaliação da pressão venosa central e da pressão intra-abdominal, a gestão da ventilação mecânica invasiva e modos ventilatórios, a gestão da ventilação mecânica não invasiva, a oxigenoterapia de alto fluxo, a entubação e extubação endotraqueal. A compreensão e participação ativa no cuidado à PSC submetido a estas formas de

monitorização e tratamento, deveu-se fundamentalmente ao conhecimento adquirido na componente teórica do mestrado, mas também ao envolvimento direto na monitorização e intervenções de enfermagem nesta área de atuação, sob orientação da equipa multidisciplinar. Além disto, foi também possível monitorizar o nível de consciência através do índice bispectral (BIS), executar a monitorização contínua de eletroencefalograma, realizar cuidados inerentes ao procedimento de ECMO, gerir a terapêutica diferenciada e os cuidados associados ao decúbito ventral.

Um desafio igualmente importante foi realizar um transporte de doente crítico desde o SMI até ao serviço de imagiologia. Para se efetuar este transporte é necessário realizar um conjunto de intervenções de segurança de forma a assegurar os cuidados à PSC, tornando-se necessário preparar o transporte, reunir o material necessário e antecipar possíveis incidentes que impliquem risco de vida e instabilidade hemodinâmica. Desta forma, o transporte deste doente é realizado na presença do enfermeiro com experiência em transporte crítico, médico intensivista, técnico auxiliar de saúde, acompanhados da mala de transporte com o material e fármacos necessários à manutenção hemodinâmica da PSC. Assim, este transporte realizou-se de acordo com o preconizado pela OE, que afirma que, no transporte de uma doente em situação crítica, idealmente, um dos acompanhantes deve ser o enfermeiro responsável pelo doente, com experiência em reanimação e treino em transporte de doentes críticos (OE, 2017).

A realização deste transporte alertou-nos para a necessidade de preparação prévia, visto que ao sairmos da unidade há imprevistos que podem ocorrer e, deste modo, é necessário, além da preparação prévia, tendo em conta as recomendações de transporte de doente crítico (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008), a existência de um enfermeiro especialista em EMC para o realizar. Segundo Benner (2001), o enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável, criativo, ter espírito crítico e iniciativa, ter uma conduta ética e deontológica adequada, sendo este percurso construído ao longo da vida.

No âmbito da gestão da dor em contexto do SMI, foi possível aplicar escalas validadas de avaliação da dor, aliadas à utilização criteriosa de medidas farmacológicas e não farmacológicas, com o objetivo de promover o conforto da pessoa e prevenir complicações. A gestão da dor em PSC, conscientes ou sedadas, exigiu uma abordagem diferenciada, baseada no reconhecimento de sinais e sintomas associados à dor, mesmo na ausência de resposta verbal. Neste processo, os conhecimentos adquiridos no curso de mestrado revelaram-se essenciais, permitindo uma avaliação mais eficaz da dor em doentes sedados, através da aplicação de instrumentos como a *Behavioral Pain Scale* (BPS) e a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS). A identificação precoce da dor, independentemente do seu

mecanismo, seja decorrente da patologia de base, de procedimentos invasivos ou da presença de dispositivos médicos, permitiu a implementação de intervenções ajustadas, contribuindo para a humanização dos cuidados e para a melhoria dos resultados em saúde.

A gestão da dor, particularmente na UQ, assume um papel central na qualidade dos cuidados prestados, exigindo uma abordagem altamente especializada e individualizada. A dor vivenciada pelos doentes queimados é frequentemente descrita como a mais intensa de todas (Deniz & Arslan, 2017), sendo imperativo que o enfermeiro especialista em EMC atue de forma proativa, competente e humanizada. Intervenções como a balneoterapia requerem uma preparação cuidadosa, com recurso à analgesia multimodal previamente administrada, garantindo o máximo de conforto e controlo da dor durante procedimentos inevitavelmente dolorosos. Tal como referido por Esquetim (2015), a dor nestes doentes evolui para além da lesão inicial, sendo influenciada por fatores como o método terapêutico, complicações infecciosas, processos de reabilitação e o ambiente psicossocial. O enfermeiro especialista, nomeadamente na gestão da dor e na intervenção terapêutica, desempenha um papel determinante na minimização do sofrimento, na promoção da recuperação e na humanização dos cuidados, assegurando uma resposta rigorosa, segura e centrada na pessoa.

No decurso do estágio foi necessário ter conhecimento sobre os protocolos em vigor, dos quais se destacam o protocolo de controlo de glicémia, protocolo de administração de insulina na PSC com alimentação entérica contínua, desmame ventilatórios, diagnóstico de morte cerebral, terapias de substituição renal com citrato ou heparina, a substituição dos sistemas de perfusão e a aplicação das escalas de avaliação da PSC (Escala Coma de Glasgow, RASS e BPS), de forma a planear corretamente os cuidados da PSC.

Um caso específico que contribuiu significativamente para o desenvolvimento das competências foi o de um doente admitido no SMI, por exacerbação de insuficiência respiratória, decorrente de pneumonia vírica multilobar associada a Parainfluenza 3 e Rhinovirus/Enterovirus, em contexto de asma exacerbada. Este episódio clínico exigiu uma resposta célere e diferenciada da equipa de saúde, destacando-se o papel do enfermeiro especialista em EMC na capacidade de priorização, análise crítica e tomada de decisão em tempo útil. Desde o início, a estabilização do padrão respiratório foi o foco central da intervenção. Procedeu-se à entubação oro-traqueal, com sedação e analgesia previamente administradas, garantindo conforto, segurança e eficácia na adaptação do doente ao ventilador. Embora a definição do modo ventilatório e dos seus parâmetros seja da responsabilidade médica, cabe ao enfermeiro compreender os fundamentos dessa escolha e monitorizar continuamente a sincronia do doente com o ventilador. Inicialmente, foi utilizado o modo de ventilação em pressão controlada, evoluindo posteriormente para ventilação espontânea, exigindo acompanhamento rigoroso da adaptação clínica do doente.

Simultaneamente, a colocação de um CVC e de uma linha arterial permitiu uma monitorização hemodinâmica contínua e a administração segura de fármacos de elevada complexidade. O enfermeiro especialista desempenha um papel central na vigilância, preparação e gestão desses dispositivos, assegurando a eficácia e segurança dos cuidados prestados.

Dada a gravidade da insuficiência respiratória, foi necessário posicionar o doente em decúbito ventral, técnica frequentemente utilizada para melhorar a oxigenação em doentes com síndrome de desconforto respiratório agudo. Este procedimento exigiu a mobilização segura e coordenada da equipa, bem como, a implementação de cuidados específicos para prevenir complicações. Entre estes cuidados, destacam-se: a proteção ocular, a verificação do correto posicionamento da cabeça e vias aéreas, a monitorização contínua dos acessos venosos e dispositivos, a vigilância da integridade cutânea em áreas de pressão (face, tórax, genitais) e a manutenção da higiene e conforto. A atuação do enfermeiro especialista revelou-se essencial na liderança do procedimento, na vigilância contínua dos parâmetros clínicos e na gestão de riscos associados a este posicionamento, como úlceras de pressão ou deslocação acidental de dispositivos invasivos. Além dos cuidados técnicos, os cuidados básicos, como a higiene, posicionamento regular, eliminação e prevenção de lesões cutâneas, foram fundamentais para garantir conforto e preservar a dignidade da pessoa, mesmo quando esta se encontrava sedada e curarizada.

A comunicação terapêutica com o doente e com a sua família assumiu também grande relevância. No momento da admissão, o doente encontrava-se consciente e orientado, exigindo uma abordagem empática e clara por parte da equipa, explicando o procedimento iminente com sensibilidade e rigor. Contudo, dada a gravidade da situação, a estabilização clínica teve de ser priorizada, limitando o tempo disponível para um acolhimento mais sereno. Ainda assim, a comunicação foi realizada com profissionalismo e respeito, reforçando o papel do enfermeiro especialista como facilitador da relação terapêutica.

Relativamente à família, esta deve ser considerada parte integrante do processo de cuidados. No SMI onde decorreu este estágio, as visitas são permitidas e acompanhadas por enfermeiro e médico, garantindo que os familiares são envolvidos, informados e acolhidos. No entanto, constatou-se que o apoio psicológico é assegurado exclusivamente pelos enfermeiros, sem o envolvimento direto de profissionais da área da psicologia, representando uma lacuna no suporte emocional às famílias.

A PSC experiencia processos fisiopatológicos que exigem uma resposta técnica precisa, sistematizada e em tempo útil, além disso é importante reconhecer o bem-estar psicossocial, emocional e espiritual, gerando respostas de ansiedade, frustração, tristeza, impotência e medo, que são igualmente extensíveis à sua família e pessoas significativas. Neste âmbito da

gestão de emoções, tanto no SMI como na UQ, foi necessário focarmo-nos nos sentimentos vividos pelos familiares durante o acompanhamento da PSC, tendo em conta a importância da relação de ajuda e comunicação. Assim, tendo em conta o dever deontológico do enfermeiro de “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida na família e numa comunidade” (OE, 2015, p.86), podemos afirmar, então, que o cuidado humanizado tem obrigatoriamente um carácter holístico (Riveros, 2020).

No decurso dos estágios efetuados, estas premissas foram tidas em consideração, a família foi envolvida no cuidado, foi prestada informação adequada e ajustada ao seu nível de compreensão, e foram exploradas algumas técnicas de comunicação no sentido de facilitar a relação terapêutica, como por exemplo o protocolo SPIKES (Buckman, 2005) ou os pressupostos da entrevista de suporte psicológico e de ajuda em situação de crise propostos por Phaneuf (2005). Nos contextos clínicos, estas ferramentas são fundamentais no apoio à PSC e família, evitando barreiras e fornecendo estratégias de conforto para ambos. Salientam-se as situações em que a comunicação com a PSC se encontra comprometida devido a processos de sedação, curarização, ventilação mecânica invasiva e não invasiva e traqueostomia. Nestas situações foi necessário criar estratégias de modo a responder às necessidades da PSC, onde se destacam a comunicação escrita, por exemplo através de um quadro que se encontra na UQ. Deste modo, tornou-se essencial a cada momento a adaptação do discurso à complexidade da situação clínica, a realização de escuta ativa e a tentativa constante de superar as barreiras comunicacionais existentes e/ou impostas por défices neurológicos, sedação e inclusivamente a ventilação mecânica.

Uma mais valia para o aprimoramento da competência de comunicação foi a realização de uma visita de estudo à Universidade de Huelva - Espanha, pois sendo esta uma "escola compassiva" percebemos como a comunicação é importante para promover uma abordagem humanizada e centrada na pessoa, especialmente em contextos de sofrimento, doença avançada e fim de vida. Com esta visita, percebemos também a importância da criação de redes de apoio e a valorização da comunicação empática e eficaz entre profissionais de saúde, doentes, famílias e comunidade. Ao integrar princípios de compaixão e escuta ativa, contribui-se diretamente para o aprimoramento da comunicação clínica, elemento fulcral para a segurança do doente. Esta vertente alinha-se com o PNSD 2021-2026, que identifica a comunicação eficaz como uma das prioridades estratégicas para prevenir eventos adversos, melhorar a continuidade dos cuidados e fortalecer a relação terapêutica. Assim, exemplos como o da Universidade de Huelva demonstram o impacto positivo de modelos centrados na dignidade, empatia, na promoção de ambientes de cuidado mais seguros, humanos e colaborativos.

No exercício da sua prática clínica especializada, o enfermeiro especialista em EMC assume a responsabilidade pela documentação rigorosa e pela comunicação eficaz da informação clínica, como elementos centrais para a continuidade e segurança dos cuidados prestados. No decurso dos estágios, esta competência foi exercida de forma diferenciada nos diversos contextos de prática. No SMI, utilizamos a plataforma *Patient Care*® para o registo contínuo e pormenorizado das intervenções e parâmetros clínicos, assegurando a monitorização e rastreabilidade do estado clínico do doente em situação crítica. A transmissão da informação entre profissionais era frequentemente orientada pela abordagem ABCDE, permitindo uma priorização estruturada das necessidades e intervenções. Na UQ, recorremos à plataforma *SClínico*® para a documentação sistematizada dos cuidados prestados, complementando essa prática com a técnica de comunicação ISBAR, promovendo uma partilha objetiva e segura da informação, especialmente relevante em contextos de transição e complexidade. No SU, a utilização do *SClínico*® permitiu o registo atualizado e centrado nos episódios agudos, sendo a comunicação entre profissionais igualmente orientada pela metodologia ABCDE, essencial para a atuação célere e fundamentada em situações de emergência. Estas práticas refletem o compromisso ético e técnico do enfermeiro especialista na utilização segura e eficiente dos sistemas de informação e na promoção de uma cultura de comunicação clara, estruturada e baseada na evidência.

Em síntese, os diferentes contextos de estágio permitiram-nos desenvolver a competência de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e à sua família, com base em raciocínio clínico avançado, tomada de decisão célere e fundamentada, e integração em equipas multidisciplinares. Recorremos à abordagem sistematizada ABCDE, monitorização clínica rigorosa e aplicação de escalas validadas (Escala de Coma de Glasgow, RASS, BPS), o que permitiu a deteção precoce de instabilidade e a implementação de intervenções adequadas. Participamos ativamente em procedimentos complexos como ventilação mecânica, posicionamento em decúbito ventral e transporte de doentes críticos, assegurando a segurança e continuidade dos cuidados. A comunicação terapêutica com a pessoa e família foi essencial, utilizando estratégias como o protocolo SPIKES e princípios de relação de ajuda, promovendo a humanização dos cuidados mesmo em contextos de elevada complexidade.

Esta competência reflete uma prática especializada, técnica e eticamente responsável, centrada na pessoa, com foco na melhoria contínua da qualidade e na segurança dos cuidados, conforme preconizado pela OE.

3.2. DINAMIZA A RESPOSTA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXCEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO

De acordo com o Regulamento nº 429/2018 de 16 de agosto (2018), enfermeiro especialista em EMC, na área da PSC, deve dinamizar a resposta em emergências, exceção e catástrofe, desde a conceção até à ação. Esta competência exige um elevado grau de conhecimento, liderança, capacidade de decisão em contextos complexos e treino técnico especializado. É certo que durante o estágio não foram vivenciadas situações reais de catástrofe, mas foram identificados os recursos, materiais e planos estratégicos disponíveis nos contextos de estágio, o que contribuiu para uma preparação essencial, teórica e prática.

Tendo por base os Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, é imperativo “um corpo de profissionais de enfermagem qualificados para integrar equipas de atendimento em contextos extra e intra-hospitalares à pessoa/família em situação crítica” (Regulamento n.º 361/2015 de 12 de junho de 2015). Neste âmbito, o enfermeiro especialista destaca-se pelo seu papel multifacetado na intervenção de primeira linha, triador, cuidador, consultor e coordenador de cuidados e serviços em situações de emergência e catástrofe.

No decurso dos estágios, não nos foi possível desenvolver esta competência na sua plenitude em virtude de não ter ocorrido qualquer situação de exceção ou catástrofe. De qualquer forma, procuramos analisar e compreender os procedimentos e protocolos a seguir, das várias entidades envolvidas, de como é realizada a gestão do cenário numa situação desta dimensão e das várias ferramentas que se devem utilizar de forma a realizar uma abordagem assertiva e efetiva a todas as vítimas. A bolsa de Triagem é um exemplo de ferramenta a utilizar em situação de exceção/catástrofe. Esta bolsa contém as etiquetas de triagem primária *Simple Triage and Rapid Treatment (START)*, os fluxogramas de triagem plastificados, uma caneta de tinta permanente e um cartão para a contabilização das vítimas, tal como preconiza o INEM (INEM, 2012). No SU, estão implementados protocolos e fluxogramas que facilitam a triagem e o encaminhamento de vítimas em massa. A atuação está organizada de forma a permitir o encaminhamento rápido e eficiente das múltiplas vítimas, com base em sistemas de triagem reconhecidos, como o START. Embora não tenha ocorrido uma situação real de catástrofe, foi relatada pela equipa uma situação anterior que envolveu múltiplas vítimas hemofílicas e na qual, após ativação pelo CODU, as equipas foram organizadas e distribuídas para garantir uma resposta eficaz e coordenada. Este relato permitiu-nos uma melhor reflexão aquando da análise dos protocolos e fluxogramas existentes no SU.

Os sistemas de triagem em catástrofe podem variar entre instituições, mas apresentam princípios comuns: priorização pela gravidade, separação entre doentes com risco de vida

(vermelho), os que podem aguardar (amarelo), os estáveis (verde) e os com baixa probabilidade de sobrevivência (azul). Os óbitos são identificados pela cor preta ou branca (Rambam, 2005 citado por Silva, 2009)

Nos serviços de SMI e UQ, apesar de não terem ocorrido incidentes que exigissem a ativação do plano de catástrofe, ambos integram o plano de emergência interna do hospital. A UQ enfrenta limitações devido à distância em relação ao hospital central, o que exige que a resposta inicial dependa exclusivamente dos profissionais da unidade. Tal realidade reforça a necessidade de uma preparação robusta e contínua por parte dos enfermeiros.

Com o objetivo de concretizar este domínio, foram frequentadas algumas ações de formação, sendo de destacar o 1.º Congresso Internacional de Enfermagem em Doente Crítico e uma formação promovida pelo INEM, com componente prática. Através da simulação de um posto médico avançado, foram treinadas as etapas da abordagem pré-hospitalar com o método START, seguidas da avaliação secundária, o que permitiu consolidar conhecimentos fundamentais à resposta em catástrofe (INEM, 2012). Posteriormente, realizou-se um *debriefing* estruturado, conduzido por facilitadores experientes, baseado em modelos reconhecidos como o *debriefing* em três fases de Rudolph et al. (2006): reação, análise e resumo. Esta abordagem facilitou uma análise crítica e reflexiva do desempenho individual e coletivo, promovendo a identificação de boas práticas, a discussão construtiva sobre erros e dificuldades, e o reforço de estratégias eficazes. O *debriefing*, reconhecido como uma das etapas mais importantes do processo de aprendizagem em simulação, contribui para o aprimoramento contínuo das competências técnicas, comunicacionais e de tomada de decisão em contextos de emergência, aumentando a segurança do doente e a eficácia da resposta em situações de catástrofe.

O desenvolvimento desta competência também se traduz nos cuidados à PSC, nomeadamente na avaliação primária e secundária sistematizada, triagem de prioridades, aplicação de algoritmos de Suporte Avançado de Vida (SAV), resposta a disritmias, cuidados a doentes com via aérea avançada e ventilação mecânica. Estas competências são fundamentais para garantir a segurança, eficácia e humanização dos cuidados prestados. É deste modo que as competências dos enfermeiros podem ser aperfeiçoadas através da realização periódica de simulacros e exercícios de simulação e conseqüente exame das competências e capacidade de aplicação dos conhecimentos em situações reais. Os enfermeiros que estão na linha da frente precisam de conhecer a gestão básica de catástrofes, tais como cadeia de comando, comunicações, descontaminação, triagem, apoio psicológico e transporte. É a compreensão das competências centrais em catástrofe que permitirá aos enfermeiros trabalharem mais eficientemente durante eventos catastróficos (Schultz et al., 2012).

Em suma, apesar de não termos experienciado, durante o estágio, situações reais de exceção ou catástrofe, reconhecemos que a preparação teórica e prática para este tipo de contextos constituiu um aspeto essencial do nosso desenvolvimento profissional. A análise dos recursos disponíveis, o conhecimento dos protocolos instituídos e a participação em ações de formação e simulação permitiram-nos compreender a complexidade da atuação em cenários de catástrofe e a centralidade do papel do enfermeiro especialista enquanto líder, decisor e cuidador.

Refletimos sobre a importância da sistematização da avaliação da PSC, da triagem de prioridades e da aplicação de algoritmos de SAV, reconhecendo que estas competências são determinantes para garantir cuidados seguros, eficazes e humanizados. A prática de exercícios de simulação e a realização de *debriefings* estruturados demonstraram ser ferramentas indispensáveis para o aperfeiçoamento contínuo, contribuindo para a consolidação de conhecimentos e para o fortalecimento da capacidade de atuação em contextos de elevada exigência.

Este percurso reforçou, assim, o nosso compromisso com a excelência do exercício profissional, assente numa preparação rigorosa, numa atuação coordenada e numa constante atualização científica e técnica, de forma a assegurar uma resposta competente e eficaz em situações de emergência, exceção e catástrofe.

3.3. MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

A prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos constituem pilares fundamentais na prestação de cuidados de saúde, particularmente em contextos hospitalares de elevado risco, sendo o enfermeiro especialista o profissional com competências diferenciadas nesta matéria. Assim, habitualmente, é o responsável pela implementação e liderança de práticas seguras, baseadas em evidência científica, que asseguram a prevenção eficaz da infeção, a contenção da resistência antimicrobiana e a promoção da segurança do doente em todos os níveis de intervenção.

Neste contexto, o enfermeiro especialista desenvolve competências específicas que incluem a avaliação clínica rigorosa do doente, a monitorização contínua dos sinais e sintomas indicativos de infeção e a aplicação de protocolos de vigilância epidemiológica. Atua em estreita colaboração com equipas multidisciplinares para garantir a adesão a medidas de precaução, como o isolamento de doentes portadores de organismos multirresistentes e a correta utilização de dispositivos invasivos, minimizando o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Além disso, tem um papel fundamental na educação e formação

contínua das equipas de saúde, promovendo a capacitação para a adoção de boas práticas na higienização das mãos, no uso racional de antimicrobianos e na implementação de *bundles* de prevenção de infeções. Participa ativamente em programas de *stewardship* antimicrobiano, colaborando na otimização das terapêuticas e na redução da seleção de microrganismos resistentes.

A DGS reconhece que as IACS constituem um dos maiores riscos a que os doentes estão expostos durante a hospitalização, representando um problema significativo em Portugal (DGS, 2017c).

De acordo com dados da DGS, nos SMI, entre 2015 e 2019, verificou-se uma redução da taxa global de incidência (por 1000 dias de dispositivo) das seguintes infeções: pneumonia associada ao tubo endotraqueal, com uma diminuição de 28,8%, e traqueobronquite associada ao tubo endotraqueal, com uma redução de 38,5%. Contudo, registou-se um aumento da bacteriemia associada ao CVC (DGS, 2021).

No período de 2019 a 2020, observou-se a tendência inversa, com redução da taxa de bacteriemia associada ao CVC e aumento das taxas de pneumonia e de traqueobronquite associadas ao tubo endotraqueal.

Dada a elevada prevalência e impacto das IACS na saúde pública, estas continuam a representar um desafio significativo para os sistemas de saúde em Portugal. Apesar dos esforços desenvolvidos, é fundamental reforçar as estratégias de prevenção e controlo, assegurando a adesão rigorosa às práticas de higiene das mãos, o uso racional de antimicrobianos e a monitorização contínua da prevalência destas infeções

Neste sentido, a compreensão aprofundada da temática da prevenção e controlo da infeção essencial, especialmente na prestação de cuidados à PSC, onde a vulnerabilidade é elevada. O enfermeiro especialista em EMC assume aqui um papel determinante, integrando práticas baseadas na evidência e promovendo uma cultura de segurança.

Durante o estágio, a atuação foi pautada pelo cumprimento rigoroso das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), reconhecendo que todos os doentes podem constituir um risco potencial de transmissão de microrganismos. Com base na avaliação de risco e na cadeia epidemiológica da infeção, foi realizada a seleção adequada do EPI, assim como, ações de educação para a saúde dirigidas aos doentes e familiares, promovendo a literacia em saúde e a adesão às medidas de controlo.

Antecipava-se que, no contexto do SU, o isolamento de doentes pudesse constituir uma dificuldade, devido à elevada afluência e à proximidade física entre doentes. Condições que efetivamente se verificam e não podem ser justificação para descuidar os cuidados e as práticas preconizadas e, não obstante as dificuldades, foram cumpridas as PBCI, com a

utilização de EPI, básico e específico, e a aplicação de medidas de isolamento sempre que se justificou. Observou-se uma organização eficaz das medidas de controlo de infeção, promovida pelos elos do SPPCIRA, o qual assegura a articulação entre os diferentes serviços da instituição.

Segundo Dekker et al. (2022) a presença de elos permite a consciencialização do controlo de infeção, pois têm um relevante papel na identificação, monitorização e facilitação da informação dos outros profissionais. Apesar das limitações físicas, a presença de sinalética padronizada e visível e o controlo por parte dos elos do SPPCIRA contribuíram para alertar e orientar os profissionais quanto aos cuidados específicos a adotar com cada doente, assim reforçando a segurança dos cuidados prestados.

Um exemplo prático vivido em estágio foi o caso de um doente com infeção por *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemases (KPC). Inicialmente, o doente foi triado e encaminhado para a área de tratamento sem conhecimento da sua condição infecciosa. Após contacto do coordenador de turno (alertado pelo elo do SPPCIRA), confirmou-se a infeção por KPC, o que exigiu uma resposta célere da equipa, com a sua realocação para a zona apropriada e a implementação imediata de medidas de isolamento. Este episódio realça a importância de uma vigilância ativa, da articulação interprofissional e da preparação para a atuação perante infeções emergentes.

Em conformidade com estas recomendações emitidas pela DGS, para a prevenção da transmissão de infeção, estes doentes devem ser alocados em quartos individuais, assim obstando à transmissão do agente infeccioso. O tipo de isolamento a aplicar depende das vias de transmissão e requer preferencialmente um quarto individual no isolamento por contacto e gotículas e é obrigatório no isolamento por via aérea e de proteção. Contudo, até à finalização do estágio não existiam locais com quartos de isolamento e o doente acabou por ser alocado num espaço onde se encontravam outros doentes, apenas separado por cortinas. Importa, pois, destacar a relevância da comunicação e da adoção de estratégias que promovam a adesão da pessoa, família e/ou cuidador às medidas de prevenção e controlo da infeção.

A sensibilização para o impacto das IACS, tanto a nível clínico como económico, é crucial para garantir a corresponsabilização de todos os intervenientes no processo terapêutico. Neste contexto, o enfermeiro especialista em EMC, área de PSC revela-se essencial. Pela sua formação avançada e competências diferenciadas, este profissional está apto a avaliar, intervir e liderar estratégias de controlo de infeção em doentes vulneráveis. A sua atuação não se limita ao cumprimento de normas, mas estende-se à promoção de práticas seguras, formação contínua das equipas e implementação de estratégias adaptadas à realidade de cada serviço.

Relativamente ao isolamento dos doentes, na SMI e na UQ, observámos realidades distintas que refletem o grau de preparação dos serviços e a aplicabilidade da prevenção e controlo da infeção.

No SMI, sempre que era necessário isolar um doente, na prática não se recorreu à utilização de cortinas, mas sim à delimitação do espaço com fitas identificadoras no chão, complementadas por sinalética clara. Esta estratégia, apesar de inicialmente nos parecer pouco convencional, está em consonância com o defendido por Siegel et al. (2024), ao entender que, na ausência de quartos privativos, os doentes colonizados devem ser alocados em enfermarias com doentes de baixo risco (não imunodeprimidos, sem feridas abertas ou dispositivos invasivos, e com curta duração de internamento), minimizando assim o risco de transmissão cruzada.

Na UQ, a presença de quartos individuais facilita consideravelmente o processo de isolamento, permitindo uma barreira física eficaz à transmissão de agentes infecciosos. No entanto, foi nesse contexto que se verificou um surto de infeção por KPC, o que exigiu uma resposta imediata e estruturada por parte do elo do SPPCIRA. Este episódio revelou a vulnerabilidade dos serviços face a organismos multirresistentes, reforçando a necessidade de estratégias robustas de vigilância epidemiológica e atuação célere, com base em recomendações internacionais, como as referidas por Siegel et al. (2024).

A atuação do elo do SPPCIRA foi exemplar, iniciando com uma auscultação às práticas dos profissionais, não com intuito punitivo, mas numa lógica de melhoria contínua, pedagógica e colaborativa. Seguiu-se o rastreio microbiológico a todos os doentes internados, permitindo a identificação dos portadores de KPC e a sua alocação em isolamento adequado. Paralelamente, foram constituídas equipas dedicadas exclusivamente ao cuidado destes doentes, uma estratégia fundamental para conter o surto e evitar a disseminação nosocomial, como preconizado por Fanelli et al. (2024) que destacam a importância da implementação rigorosa das medidas de prevenção e controlo da infeção para mitigar o impacto de infeções multirresistentes em cuidados intensivos. Adicionalmente, sempre que os doentes com KPC necessitavam de cuidados fora do quarto, como balneoterapia ou deslocação ao bloco operatório, procedia-se à desinfeção terminal rigorosa com peróxido de hidrogénio de todos os espaços e materiais envolvidos. Esta medida está de acordo com as orientações do *Royal College of Nursing* (2017), que reforçam a necessidade de protocolos de descontaminação eficazes para prevenir infeções cruzadas.

É também importante reconhecer o papel do enfermeiro especialista em EMC, que, pela sua formação avançada e capacidade de tomada de decisão em contextos de elevada complexidade, assume um lugar de destaque nestes processos. Segundo *World Health*

Organization (2019), os enfermeiros são elementos-chave na implementação eficaz de programas de prevenção e controlo da infeção, sendo responsáveis por garantir práticas seguras, formar outros profissionais e sensibilizar utentes e famílias para a importância da adesão às medidas de controlo.

A análise deste caso permite-nos evidenciar que, apesar de existirem condições físicas favoráveis na UQ, como os quartos individuais, a presença de uma infeção multirresistente como o KPC obriga à adoção de medidas adicionais, planeadas e sustentadas em práticas baseadas na evidência. Por outro lado, no SMI, mesmo com limitações estruturais, observa-se uma gestão eficaz do risco de infeção, demonstrando que a cultura de segurança e a atuação proativa dos profissionais de saúde podem ser mais determinantes do que os recursos físicos por si só.

No SMI, a prevenção e controlo da infeção são claramente valorizados, sendo este um serviço que se distingue pela excelência na implementação de práticas seguras. As intervenções delineadas nos feixes de intervenção de cuidados estão integralmente incorporadas, o que representa uma mais valia na prestação de cuidados especializados e na garantia da segurança do doente. As orientações definidas pelo SPPCIRA são rigorosamente cumpridas neste contexto, destacando-se quando comparado com outros serviços de estágio, onde a operacionalização destas medidas é, por vezes, mais desafiante. Exemplo disso é a utilização sistemática de EPI, nomeadamente bata descartável, luvas e touca, durante o contacto com os doentes, com o devido descarte imediato após a prestação dos cuidados. Cada unidade de internamento dispunha de solução antisséptica para desinfeção das mãos, estando os lavatórios de lavagem das mãos localizados nas proximidades, facilitando o cumprimento da higiene das mãos (DGS, 2015).

Em contraponto, no SU, apesar do empenho dos profissionais em cumprir as normas preconizadas, são identificadas maiores dificuldades operacionais. As batas descartáveis, por exemplo, estão disponíveis, mas o seu uso é racionalizado, sendo reservado para situações de isolamento. Do mesmo modo, os pontos de desinfeção das mãos encontram-se mais dispersos, assim como os lavatórios, o que implica deslocações adicionais por parte dos profissionais. Como estratégia de mitigação destas limitações foram implementadas medidas pelo SPPCIRA, como a disponibilização de carros móveis com EPI e dispensadores de solução antisséptica próximos das áreas de prestação de cuidados (DGS, 2013).

Importa ainda destacar que todos os doentes internados no SMI possuem CVC, o que exige o cumprimento rigoroso das recomendações da norma n.º 022/2015 da DGS (DGS,2022b). Orientações que são integralmente respeitadas neste contexto: o enfermeiro especialista colabora ativamente com o médico no momento da inserção do CVC, sendo posteriormente

responsável pela sua vigilância e manutenção diária. A manipulação do cateter e conexões é realizada segundo técnica asséptica, os pontos de fixação devem ser descontaminados com solução de cloro-hexidina a 2% antes de cada utilização. Os locais de inserção são observados diariamente, garantindo-se a integridade cutânea e a detecção precoce de sinais de infecção e são utilizados pensos transparentes, conforme preconizado pelas boas práticas (DGS, 2015). Em síntese, o enfermeiro especialista em EMC assume um papel central na implementação de estratégias que promovem a segurança do doente e a eficácia clínica, sobretudo em contextos de elevada complexidade. Pela sua formação avançada, o enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem PSC é capaz de implementar estratégias de prevenção eficazes, monitorizar riscos, avaliar sinais precoces de infecção e aplicar medidas corretivas em tempo útil, contribuindo para reduzir as IACS e minimizar a disseminação de microrganismos multirresistentes.

Os exemplos vivenciados no estágio, como a gestão de casos de infecção por microrganismos multirresistentes, reforçam a importância de uma resposta rápida e coordenada entre equipas multidisciplinares, do cumprimento rigoroso dos protocolos de isolamento e da adaptação de estratégias às limitações estruturais de cada serviço. Situações observadas em contextos distintos, como o SU, a UQ e o SMI, evidenciam que a eficácia das medidas de controlo depende tanto de recursos físicos (quartos de isolamento) como da cultura de segurança e da capacidade de antecipação dos profissionais.

Neste sentido, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção e da resistência antimicrobiana, atuando como elo fundamental na coordenação, monitorização e implementação de medidas seguras, reduzindo o risco de eventos adversos e assegurando a qualidade dos cuidados.

PARTE II - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. PREVENÇÃO DA INFEÇÃO EM DOENTES QUEIMADOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: CONTRIBUTOS PARA UMA PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA

RESUMO

Enquadramento: As queimaduras constituem uma causa relevante de morbilidade e mortalidade a nível global, exigindo cuidados especializados e multidisciplinares. Entre os principais fatores de risco para complicações destaca-se a infeção, que representa uma das principais causas de morte em doentes queimados. Neste contexto, as intervenções de enfermagem assumem um papel determinante, particularmente no serviço de urgência, onde a prevenção precoce da infeção é fundamental para a segurança do doente.

Objetivo: mapear a evidência disponível sobre as intervenções de enfermagem na prevenção da infeção em doentes queimados no serviço de urgência.

Metodologia: Scoping Review elaborada em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela JBI Manual for Evidence Synthesis (2021). A questão de pesquisa foi estruturada segundo a mnemónica PCC (População: enfermeiro; Conceito: intervenções de enfermagem na prevenção de infeção no doente queimado; Contexto: serviços de urgência). A pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed, CINAHL e Academic Search Complete (EBSCO), ProQuest e RECAAP, contemplando estudos publicados entre 2020 e 2025, em português, inglês e espanhol.

Resultados: Foram inicialmente identificados 72 artigos, dos quais apenas três cumpriram os critérios de inclusão. Os estudos evidenciaram três dimensões centrais na prevenção da infeção: (i) cumprimento rigoroso das precauções básicas de prevenção e de controlo da infeção (higiene das mãos, uso de equipamentos de proteção individual e técnicas assépticas), (ii) monitorização clínica e hemodinâmica para deteção precoce de sinais de infeção e (iii) tratamento adequado das feridas, incluindo desbridamento e aplicação de agentes antimicrobianos tópicos.

Conclusão: Apesar do número reduzido de estudos, esta revisão reforça a importância da atuação sistemática dos enfermeiros na prevenção de infeções em doentes queimados. Recomenda-se o desenvolvimento de protocolos específicos na assistência ao doente queimado em serviços de urgência, bem como a realização de novas investigações que consolidem a evidência nesta área.

Palavras-chave: enfermeiro, intervenções de enfermagem, prevenção da infeção, doente queimado, serviço de urgência

Abstract

Background: Burn injuries are a significant cause of morbidity and mortality worldwide, requiring specialized and multidisciplinary care. Among the main risk factors for complications, infection stands out as one of the leading causes of death in burn patients. In this context, nursing interventions play a decisive role, particularly in the emergency department, where early infection prevention is essential for patient safety.

Aims: To map the available evidence on nursing interventions for infection prevention in burn patients in the emergency department.

Methods: Scoping review conducted according to the JBI Manual for Evidence Synthesis (2021). The research question was structured using the PCC mnemonic (Population: nurses; Concept: nursing interventions for infection prevention in burn patients; Context: emergency departments). Searches were carried out in PubMed, CINAHL, Academic Search Complete (EBSCO), ProQuest and RECAAP, including studies published between 2020 and 2025, in Portuguese, English, and Spanish.

Results: A total of 72 articles were initially identified, of which only three met the inclusion criteria. The studies highlighted three central dimensions of infection prevention: (i) strict adherence to basic infection control and prevent precautions (hand hygiene, use of personal protective equipment, and aseptic techniques), (ii) clinical and hemodynamic monitoring for early detection of infection signs, and (iii) appropriate wound management, including debridement and application of topical antimicrobial agents.

Conclusion: Despite the limited number of studies, this review reinforces the importance of systematic nursing interventions in preventing infections in burn patients. The development of specific protocols for burn patient care in emergency services is recommended, as well as further research to strengthen the evidence in this area

Key words: nurse, nursing interventions, infection prevention, burn patient, emergency department.

Resumen

Introducción: Las quemaduras constituyen una causa relevante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, que requiere cuidados especializados y multidisciplinarios. Entre los principales factores de riesgo de complicaciones, la infección se destaca como una de las principales causas de muerte en los pacientes quemados. En este contexto, las intervenciones de enfermería desempeñan un papel determinante, particularmente en el servicio de urgencias,

donde la prevención precoz temprana de la infección es fundamental para la seguridad del paciente.

Objetivo: Mapear la evidencia disponible sobre las intervenciones de enfermería en la prevención de la infección en pacientes quemados en el servicio de urgencias.

Metodología: Scoping review realizada de acuerdo con el JBI Manual for Evidence Synthesis (2021). La pregunta de investigación se estructuró según la mnemónica PCC (Población: enfermero; Concepto: intervenciones de enfermería en la prevención de la infección en el paciente quemado; Contexto: servicios de urgencias). La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed, CINAHL y Academic Search Complete (EBSCO), ProQuest y RECAAP, incluyendo estudios publicados entre 2020 y 2025, en portugués, inglés y español.

Resultados: Se identificaron inicialmente 72 artículos, de los cuales solo tres cumplieron los criterios de inclusión. Los estudios evidenciaron tres dimensiones centrales en la prevención de la infección: (i) cumplimiento riguroso de las precauciones básicas de prevention e control de la infección (higiene de manos, uso de equipos de protección individual y técnicas asépticas), (ii) monitorización clínica y hemodinámica para la detección precoz de signos de infección y (iii) tratamiento adecuado de las heridas, incluyendo desbridamiento y aplicación de agentes antimicrobianos tópicos.

Conclusión: A pesar del número reducido de estudios, esta revisión refuerza la importancia de la actuación sistemática de los enfermeros en la prevención de infecciones en pacientes quemados. Se recomienda el desarrollo de protocolos específicos para la atención al paciente quemado en los servicios de urgencias, así como la realización de nuevas investigaciones que consoliden la evidencia en esta área.

Palabras clave: enfermero, intervenciones de enfermería, prevención de la infección, paciente quemado, servicio de urgências.

INTRODUÇÃO

As queimaduras são lesões com destruição total ou parcial da pele provocadas pelo contacto com calor, ou frio extremo, substâncias químicas, eletricidade ou radiação (Metsavaht, 2017). Podem classificar-se quanto ao agente que as provoca, à profundidade e à extensão (Tobase & Tomazini, 2017). A gravidade da lesão depende de múltiplos fatores relacionados com a quantidade de carga térmica que é transmitida, a temperatura e a duração do contacto. Quanto à sua profundidade podemos classificar as queimaduras em três graus: queimadura de 1.º grau (queimadura epidérmica), queimadura 2.º grau (queimadura superficial de espessura parcial e profunda de espessura parcial); queimadura de 3.º grau (queimadura

profunda completa) e queimadura 3.º grau (queimadura de profundidade completa +) (Tobase & Tomazini, 2017).

Segundo a Direção-geral da Saúde ([DGS], 2017a), a pessoa com uma lesão tecidular por queimadura é considerada uma pessoa em situação crítica, tornando-se um grande desafio para o enfermeiro, quer em termos de vigilância e capacidade de estabilização, quer a nível da execução de cuidados específicos às queimaduras, impondo a adoção de procedimentos clínicos protocolados e baseados na evidência científica.

A fisiopatologia das queimaduras é complexa, podendo comprometer vários sistemas e órgãos, como por exemplo o rim, coração, cérebro e pulmões, originando falência multiorgânica e conseqüentemente altas taxas de mortalidade (DGS, 2017a).

A lesão tecidular resultante da queimadura é uma das causas de morbilidade e mortalidade mundial, particularmente entre os adultos. De acordo com os dados mais recentes, ocorrem anualmente 180.000 mortes por queimaduras (World Health Organization, 2023). Em 2004, cerca de 11 milhões de pessoas em todo o mundo sofreram queimaduras graves. E, apesar de nas últimas décadas se ter assistido a um decréscimo gradual do número de mortes de pessoas por este tipo de lesão, as queimaduras representam ainda uma importante causa de morbilidade, levando a extensos períodos de hospitalização e a períodos longos de reabilitação. A mortalidade e a morbilidade destes doentes diminuem quando os cuidados são prestados em unidades especializadas e diferenciadas. O tratamento é multidisciplinar, e cada área de atuação tem extrema importância, exigindo dos profissionais de saúde conhecimento e competência (Rowley-Conwy, 2013).

Contudo, mesmo com os avanços no tratamento do doente queimado, a prevenção da infeção é o mecanismo mais eficaz. Medidas simples fazem a diferença e estão ao alcance dos profissionais prestadores de cuidados. O enfermeiro é o profissional que maior contacto direto tem com o doente, o que representa um desafio acrescido na prevenção, controlo e reconhecimento precoce da infeção no doente grande queimado. Assim, a segurança do doente é um problema edificado desde o passado e sobre o qual tem vindo a emergir uma maior preocupação.

A segurança do doente é definida como a redução de riscos de danos desnecessários para um mínimo aceitável e que está intimamente ligada à qualidade em saúde. Foi a partir deste construto que a Organização Mundial da Saúde e a União Europeia iniciaram um conjunto de orientações e políticas para atuarem nos diversos países, sendo que, em Portugal, o desenvolvimento do Plano Nacional de Segurança do Doente veio fortalecer este movimento à escala global.

Analisando este plano de 2021-2026, ao nível do 5º pilar “Práticas Seguras em Ambientes Seguros”, verifica-se que o contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos, reconhecendo-se, assim, a importância que um ambiente seguro representa para os resultados em saúde, nomeadamente no que respeita à qualidade dos cuidados e à segurança dos doentes e dos profissionais. De forma a contemplar este construto, a Direção-Geral da Saúde tem vindo a elaborar e a emitir normas e orientações para promover a melhoria contínua ao nível das estruturas, práticas e resultados e a implementar instrumentos de verificação da aplicação das estratégias e procedimentos. Neste âmbito, a redução da taxa de infeção surge alinhada com o objetivo estratégico 5.3, que engloba a diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde e das resistências aos antimicrobianos, assentando na implementação de estratégias de precauções básicas de controlo de infeção, em conformidade com as recomendações do Serviço de Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (DGS, 2017b).

Segundo Silva et al. (2023), a infeção hospitalar é adquirida durante o período de internamento, podendo estar associada a procedimentos invasivos ou à falta de cuidados adequados por parte dos profissionais, entre outros fatores. Os doentes com queimaduras apresentam um estado de imunossupressão significativo, o que aumenta substancialmente a probabilidade de desenvolverem infeções hospitalares, sendo, por isso, primordial implementar cuidados rigorosos para reduzir o risco de contaminação.

Em 2017, realizou-se em Portugal o 2.º Inquérito Europeu de Prevalência de infeções associadas aos cuidados de saúde, com a participação de 125 unidades hospitalares de 7 regiões de saúde. O inquérito, organizado pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças, detetou uma prevalência de 7,8% de doentes internados com Infeções associadas aos cuidados de saúde (DGS, 2022). A nível europeu, os dados do *Point Prevalence Survey* 2022–2023 revelam uma prevalência inferior, estimando-se que 1,0 % dos doentes internados apresentem infeções do local cirúrgico, as quais representam 13,6% do total das infeções associadas aos cuidados de saúde (*European Centre for Disease Prevention and Control*, 2024). Esta comparação evidencia que, apesar dos avanços na prevenção e controlo de infeções em Portugal, a prevalência de infeções permanece ligeiramente superior à média europeia, reforçando a necessidade de consolidar estratégias baseadas nas recomendações do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos, bem como de reforçar práticas seguras. No entanto, nas unidades de queimados, a realidade é ainda mais preocupante: cerca de 23,8% dos doentes queimados desenvolvem infeções associadas aos cuidados de saúde, sendo a infeção da ferida a mais prevalente (56,2 %), e a

sépsis responsável por 42–65% das mortes após grandes queimaduras, valores muito superiores às taxas globais de infecção hospitalar (Roy et al.,2024).

Segundo Pina et al. (2010), a prevenção da infecção é um dos pilares para a segurança do doente e é fundamental que em todos os momentos da prestação de cuidados ao doente, o enfermeiro atue na prevenção da infecção.

O desenvolvimento da infecção do doente queimado depende da presença de três condições: uma fonte de organismos (endógena ou exógena); um modo de transmissão por contacto, direto ou indireto, por gotícula ou por ar) e a suscetibilidade do doente (idosos, recém-nascidos, imunodeprimidos, doenças crónicas (Weber & McManaus, 2004).

Deste modo, na admissão do doente aquando da entrada na unidade de saúde, deve ser avaliado o risco de transmissão de agentes infecciosos, com atualização em função da sua situação clínica, designadamente o seu eventual isolamento. Assim, deve-se realizar a aplicação das precauções básicas do controlo de infecção, tendo sempre por base o grau de exposição previsto ao sangue ou outros fluidos orgânicos.

No que se refere à temática em estudo, visa espelhar a importância da utilização de equipamento de proteção individual e a prevenção da infecção dando particular enfoque ao doente queimado. Os equipamentos de proteção individual têm como objetivo conferir uma proteção dos profissionais de saúde à luz do risco de infecção. Todos os equipamentos utilizados, têm em vista a redução de infecção. Particular atenção deve ser dada ao doente queimado, uma vez que apresenta maior suscetibilidade à colonização e infecção, exigindo a implementação rigorosa de medidas preventivas logo no primeiro contacto, nomeadamente no serviço de urgência. Considerando que os doentes queimados requerem cuidados imediatos e rigorosos desde o primeiro contacto, é emergente reforçar a aplicação sistemática destas medidas preventivas, particularmente neste contexto, onde a pressão e o elevado fluxo de doentes frequentemente dificultam a adesão plena às normas de prevenção da infecção.

O controlo ambiental compõe todas as rotinas de desinfeção de superfícies e áreas de contacto frequente, como as camas, as mesas de apoio e outros utensílios em uso. Este procedimento tem como objetivo fundamental reduzir a carga microbiana no ambiente hospitalar. O serviço de urgência é um local que supõe diversas manipulações de materiais e a circulação de inúmeras pessoas, pelo que o controlo ambiental na sala de emergência é importante logo após a receção de um doente queimado.

A pertinência deste estudo reside na necessidade de aprofundar a compreensão sobre as práticas de prevenção da infecção em doentes queimados, particularmente no contexto do serviço de urgência, onde o risco de contaminação é elevado e os cuidados prestados são determinantes para o prognóstico. Ao focar-se na aplicação rigorosa das precauções básicas

e na utilização adequada dos equipamentos de proteção individual, este estudo poderá contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, para a segurança do doente e para a redução da morbidade e mortalidade associadas às infeções nosocomiais neste grupo particularmente vulnerável. Por outro lado, reforça a importância da atuação fundamentada na evidência científica por parte dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, enquanto profissionais-chave na implementação de práticas seguras e eficazes em contextos clínicos de elevada complexidade.

METODOLOGIA

Este estudo segue como metodologia científica uma scoping review elaborada em conformidade com as diretrizes estabelecidas no *JBIManual for Evidence Synthesis* (2021), do *Joanna Briggs Institute*, visando responder à questão de pesquisa: "Quais as intervenções de enfermagem na prevenção da infeção em doentes queimados no serviço de urgência?".

O processo metodológico seguiu as etapas recomendadas pelo JBI, incluindo a definição da questão de pesquisa, a formulação dos critérios de inclusão e exclusão, a elaboração da estratégia de pesquisa, a seleção dos estudos, a extração de dados e a respetiva síntese narrativa. Estas etapas são descritas detalhadamente nos subcapítulos seguintes.

Questão de pesquisa e objetivos

Para a formulação da questão de pesquisa e do objetivo geral recorreremos ao método PCC de forma a construir definições claras, objetivas e completas (Tabela 1).

Tabela 1 - Mnemónica PCC

Mnemónica		
P	População	Enfermeiros;
C	Conceito	Intervenções de enfermagem na prevenção da infeção no doente queimado;
C	Contexto	Serviços de urgência;

Definimos como objetivo geral: mapear a evidência disponível sobre as intervenções de enfermagem na prevenção da infeção em doentes queimados no serviço de urgência.

Como objetivos específicos: identificar as intervenções de enfermagem na prevenção de infeção no doente queimado e contribuir para a elaboração de um protocolo de transição de cuidados de enfermagem do serviço de urgência para a unidade de queimados.

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de seleção foram definidos segundo a mnemónica PCC. Foram incluídos estudos que abordassem intervenções de enfermagem na prevenção da infeção em doentes queimados atendidos em serviços de urgência gerais, envolvendo enfermeiros na sua prática. Consideraram-se artigos publicados entre 2020 e 2025, disponíveis em texto integral, na língua portuguesa, inglesa e espanhola, e que adotassem metodologias qualitativas, quantitativas, métodos mistos ou revisões da literatura. Excluíram-se estudos realizados em serviços de extra-hospitalar, serviços de medicina intensiva, serviços de queimados, entre outros. Também se excluíram serviços de urgência específicos, tais como de pediatria, obstetrícia ou psiquiatria. Foram igualmente excluídos artigos anteriores a 2020 e sem acesso ao texto integral.

Estratégia de pesquisa

A pesquisa iniciou-se com uma estratégia aberta, através do Google Académico, procurando identificar artigos internacionais sobre os tópicos em análise de forma a identificar os termos de linguagem natural em inglês. Posteriormente procuraram-se os termos em linguagem indexada às principais bases de dados (ex. MeSH e CINAHL Subject Headings), sempre de acordo com a mnemónica PCC, ou seja, População: *emergency nursing, nursing, nurse*, Conceito: *nursing interventions, nursing care; burns, infection control*; Contexto: *emergency room, emergency department, emergency service*. De seguida encontra-se a tabela com os conceitos de pesquisa.

Tabela 2 – Conceitos de Pesquisa

Conceito	MeSH Terms	Termos livres
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none">- "Nurses"[Mesh]- "Patient Care Planning"[Mesh]- "Nursing Care"[Mesh]- "Nursing Staff, Hospital"[Mesh]- "Nursing Assessment"[Mesh]- "Nursing Process"[Mesh]- "Evidence-Based Nursing"[Mesh]	<ul style="list-style-type: none">- "nurs* care"- "nurs* proced*"- "nurs* practice"- "nurs* intervent*"- nurs*
Queimaduras	<ul style="list-style-type: none">- "Burns"[Mesh]	<ul style="list-style-type: none">- Burn- Burn*- Scald- "flame injur*"- "thermal injur*"- "inhalation injur*"
Infeções	<ul style="list-style-type: none">- "Infections"[Mesh]- "Wound Infection"[Mesh]- "Infection Control"[Mesh]- "Cross Infection"[Mesh]	<ul style="list-style-type: none">- "infection prevent*"- "infection control"- "prevent* infection*"- "wound infection prevent*"
Serviços de Urgência	<ul style="list-style-type: none">- "Emergency Service, Hospital"[Mesh]- "Emergency Medical Services"[Mesh]	<ul style="list-style-type: none">- "Emergency Services"- Hospital- "Hospital Emergency Services"- "Hospital Emergency"

		<ul style="list-style-type: none"> - "Emergency Hospital Service**" - "Service Emergenc**" - "Emergency Room**" - "Accident and Emergency Department" - "Emergency Ward**" - "Emergency Department**" - "Emergency Unit**" - "Hospital Emergency Room"
--	--	--

Realizaram-se várias conjugações de pesquisas para cada um dos componentes, incluindo termos indexados e livres, procurando em todos os campos dos artigos. Optou-se por usar uma pesquisa restrita aos campos título e artigo, logo restrito ao uso de termos livres. A pesquisa final foi realizada no dia 22 de agosto de 2025, nas bases de dados científicas *Complete e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) através da plataforma PubMed, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) através das plataformas *Elton Bryson Stephens Company* (EBSCO), ProQuest e RECAAP. De seguida encontra-se a tabela com a estratégia de pesquisa utilizada em cada plataforma.

Tabela 3 – Estratégia de pesquisa utilizada para cada plataforma

Plataforma	Query	N
Pubmed	<pre> ((((("nurs* care"[Title/Abstract] OR "nurs* proced*"[Title/Abstract] OR "nurs* practice"[Title/Abstract] OR "nurs* intervent*"[Title/Abstract] OR nurs*[Title/Abstract]) AND (("Burn"[Title/Abstract] OR "Burn**"[Title/Abstract] OR "Scald"[Title/Abstract] OR "flame injur*"[Title/Abstract] OR "thermal injur*"[Title/Abstract] OR "inhalation injur*"[Title/Abstract]))) AND (("infection prevent*"[Title/Abstract] OR "infection control"[Title/Abstract] OR "prevent* infection*"[Title/Abstract] OR "wound infection prevent*"[Title/Abstract]))) AND (("Emergency Services"[Title/Abstract] OR "Hospital"[Title/Abstract] OR "Hospital Emergency Services"[Title/Abstract] OR "Hospital Emergency"[Title/Abstract] OR "Emergency Hospital Service*"[Title/Abstract] OR "Service Emergenc*"[Title/Abstract] OR "Emergency Room*"[Title/Abstract] OR "Accident and Emergency Department"[Title/Abstract] OR "Emergency Ward*"[Title/Abstract] OR "Emergency Department*"[Title/Abstract] OR "Emergency Unit*"[Title/Abstract] OR "Hospital Emergency Room"[Title/Abstract]))) NOT (burnout[Title/Abstract] OR burnt[Title/Abstract]) </pre>	25
EBSCO	<pre> ((((((TI "nurs* care" OR AB "nurs* care") OR (TI "nurs* proced*" OR AB "nurs* proced*")) OR (TI "nurs* practice" OR AB "nurs* practice") OR (TI "nurs* intervent*" OR AB "nurs* intervent*")) OR (TI nurs* OR AB nurs*)) AND (((TI Burn OR AB Burn) OR (TI Burn* OR AB Burn*)) OR (TI Scald OR AB Scald) OR (TI "flame injur*" OR AB "flame injur*") OR (TI "thermal injur*" OR AB "thermal injur*") OR (TI "inhalation injur*" OR AB "inhalation injur*")))) AND (((TI "infection prevent*" OR AB "infection prevent*") OR (TI "infection control" OR AB "infection control") OR (TI "prevent* infection*" OR AB "prevent* infection*") OR (TI "wound infection prevent*" OR AB "wound infection prevent*")))) AND (((TI "Emergency Services" OR AB "Emergency Services") OR (TI Hospital OR AB Hospital) OR (TI "Hospital Emergency Services" OR AB "Hospital Emergency Services") OR (TI "Hospital Emergency" OR AB "Hospital Emergency") OR (TI "Emergency Hospital Service*" OR AB "Emergency Hospital Service*")) OR (TI "Service Emergenc*" OR AB "Service Emergenc*") OR (TI "Emergency Room*" OR AB "Emergency Room*")) OR (TI "Accident and Emergency Department" OR AB "Accident and Emergency Department") OR (TI "Emergency Ward*" OR AB "Emergency Ward*") OR (TI "Emergency Department*" OR AB "Emergency Department*") OR (TI "Emergency Unit*" OR AB "Emergency Unit*") OR (TI "Hospital Emergency Room" OR AB "Hospital Emergency Room")))) NOT ((TI burnout OR AB burnout) OR (TI burnt OR AB burnt)) </pre>	24

ProQuest	(((((TI,AB("nurs* care") OR TI,AB("nurs* proced*") OR TI,AB("nurs* practice") OR TI,AB("nurs* intervent*") OR TI,AB(nurs*)) AND ((TI,AB(Burn) OR TI,AB(Burn*) OR TI,AB(Scald) OR TI,AB("flame injur*") OR TI,AB("thermal injur*") OR TI,AB("inhalation injur*")))) AND ((TI,AB("infection prevent*") OR TI,AB("infection control") OR TI,AB("prevent* infection*") OR TI,AB("wound infection prevent*")))) AND ((TI,AB("Emergency Services") OR TI,AB(Hospital) OR TI,AB("Hospital Emergency Services") OR TI,AB("Hospital Emergency") OR TI,AB("Emergency Hospital Service*") OR TI,AB("Service Emergenc*") OR TI,AB("Emergency Room*") OR TI,AB("Accident and Emergency Department") OR TI,AB("Emergency Ward*") OR TI,AB("Emergency Department*") OR TI,AB("Emergency Unit*") OR TI,AB("Hospital Emergency Room*")))) NOT (TI,AB(burnout) OR TI,AB(burnt))	20
Recaap	Queimad* (assunto) E "urgência"	3

Processo de seleção dos artigos

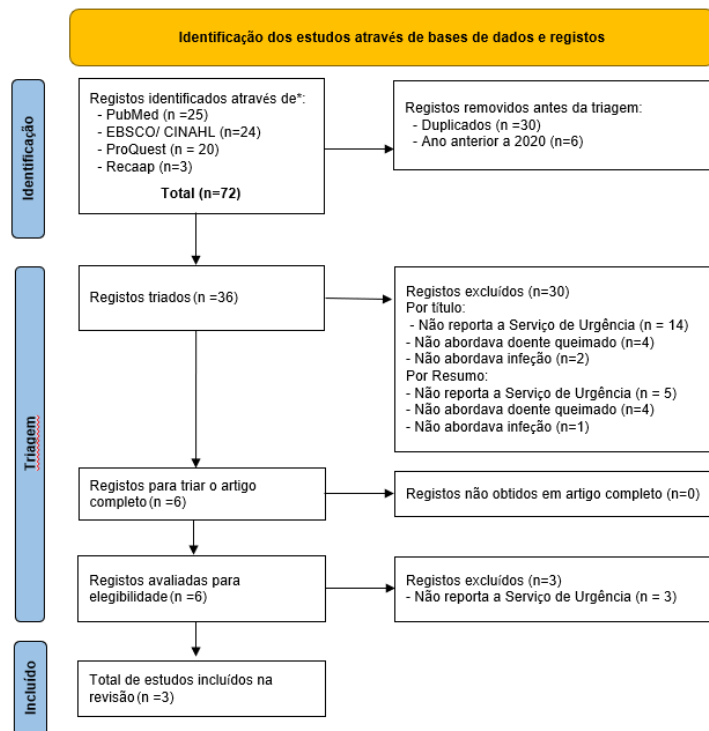
O processo de seleção foi conduzido de forma independente por dois investigadores. Os resultados da pesquisa foram exportados para o gestor bibliográfico *Mendeley*, onde se eliminaram os duplicados e se aplicou o filtro temporal (2020–2025). A seleção fez-se em primeiro pelo título, depois por resumo e finalmente pela análise do texto integral. Concluída a seleção dos artigos elegíveis, procedeu-se à respetiva análise e interpretação. Os estudos incluídos foram organizados e apresentados em formato de tabela, previamente estruturada de acordo com as orientações do *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. Foram extraídas as principais características de cada estudo, designadamente: autor, ano de publicação, país, tipo de estudo, contexto, objetivos, bem como os resultados obtidos (Peter et al., 2020).

RESULTADOS

Foram identificados um total de 72 artigos nas quatro plataformas. Após a remoção de duplicados (n=30) e de publicações anteriores a 2020 (n=6), permaneceram 36 registos para triagem. Na análise por título e resumo, 30 artigos foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão, sendo o mais frequente o de não se reportarem ao contexto do serviço de urgência (n=19), e em menor número por não abordarem o doente queimado (n=8) ou não abordarem diretamente a prevenção/controlo da infeção (n=3). Assim, 6 artigos foram obtidos e lidos na íntegra, dos quais 3 foram excluídos por não abordarem especificamente o serviço de urgência.

Após esta seleção, restaram 3 artigos elegíveis para análise do texto integral. Na fase final do processo de seleção, realizou-se a leitura integral dos artigos, avaliando-os segundo os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Na figura 1 apresenta-se o processo de identificação, triagem e seleção de artigos no fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA)* (Page et al., 2021).

Figura 1 – Fluxograma PRISMA 2020 for new systematic review



Fonte: Page MJ, et al. Declaração PRISMA 2020: Diretrizes atualizadas para a comunicação de revisões sistemáticas. *PLOS Medicine*. 2021 Mar;18(3):e1003583. doi: 10.1371/journal.pmed.1003583.

Foram incluídos três estudos para análise. E1 – Costa, Ribeiro e Silva (2020), intitulado “Intervenções de enfermagem em vítimas de queimaduras no serviço de urgência”, desenvolvido no Brasil, que explora as práticas e cuidados de enfermagem dirigidos a doentes queimados em contexto de urgência hospitalar. E2 – Ariyo e Olorunfemi (2024), com o título “*Infection prevention and control strategies in burn victims: a narrative review*”, realizado na Nigéria, que analisa de forma narrativa as estratégias de prevenção e controlo de infeções em vítimas de queimaduras. E3 – Alshalan, Alqahtani e Almutairi (2024), intitulado “*Emergency team roles in the management of severe burn injuries*”, conduzido na Arábia Saudita, que descreve o papel da equipa de emergência na abordagem e gestão de queimaduras graves. A Tabela 3 apresenta a síntese comparativa dos principais contributos destes três estudos.

O estudo E1 - de Costa et al. (2020) um estudo epidemiológico, transversal e descritivo, de natureza observacional e quantitativa. O seu objetivo é caracterizar a prestação de cuidados de enfermagem a vítimas de queimaduras num hospital de emergência do nordeste do Brasil. A investigação, realizada entre janeiro e junho de 2016, incluiu uma amostra de 144 indivíduos. Os resultados evidenciaram, nos cuidados imediatos, a prevalência de

procedimentos como intubação, oxigenoterapia suplementar, introdução de acesso venoso e reposição eletrolítica; enquanto, nos cuidados secundários, sobressaíram as intervenções cirúrgicas e a realização de tratamento às queimaduras com Sulfadiazina de Prata a 1%.

O estudo E2 - de Ariyo et al. (2024) é uma revisão que destaca o papel crucial dos enfermeiros nas precauções básicas de prevenção e controlo de infeção em vítimas de queimaduras. O estudo enfatiza que as infeções são uma das principais causas de mortalidade em doentes queimados. Fatores como a gravidade da queimadura, intervenções tardias e práticas de higiene deficitárias promovem o risco de infeção. O controlo eficaz da infeção depende da adesão rigorosa aos protocolos instituídos, implementação de medidas adequadas e formação contínua dos profissionais. Entre os desafios estão a escassez de recursos e as barreiras organizacionais.

O estudo E3 - Alshalan et al. (2024), é uma revisão da literatura, salienta que a gestão de queimaduras graves é complexa e exige uma abordagem coordenada e multidisciplinar, sobretudo em contexto de emergência. A equipa multidisciplinar desempenha um papel central na avaliação inicial, estabilização e tratamento destes doentes, garantindo intervenções atempadas e eficazes que influenciam significativamente a trajetória de recuperação. A comunicação e a coordenação entre a equipa multiprofissional são essenciais para integrar diferentes conhecimentos e assegurar respostas clínicas abrangentes, desde os cuidados imediatos até à reabilitação e apoio psicológico. As primeiras horas após a lesão são críticas, com a avaliação rápida das vias aéreas, respiração, circulação e extensão das queimaduras, bem como, a implementação de ressuscitação fluida e medidas de controlo de infeção. A gestão eficaz de doentes queimados depende de uma intervenção integrada e coordenada da equipa multidisciplinar, essencial para otimizar os resultados clínicos e o bem-estar a longo prazo do doente queimado.

Tabela 4 – Características, objetivos e resultados dos estudos incluídos

	Autor, ano, país	Tipo de estudo	Contexto	Objetivo	Resultados	Síntese das intervenções de enfermagem
E1	Costa et al (Brasil, 2020)	Estudo epidemiológico transversal, descritivo, quantitativo	Hospital de emergência no nordeste do Brasil	Caracterizar a prestação de cuidados de enfermagem às vítimas de queimaduras e os principais diagnósticos identificados	Cuidados imediatos: intubação, oxigenoterapia, acesso venoso, monitorização. Secundários: desbridamento, enxertos, pensos com sulfadiazina de prata. Complicação mais frequente:	Monitorização hemodinâmica contínua Desbridamento Cirúrgico Tratamento com Sulfadiazina de Prata 1 % Implementação de protocolos baseados na evidência

					infecção. Diagnósticos comuns: risco de infecção, integridade da pele prejudicada, dor aguda.	
E2	Ariyo et al. (Nigéria, 2024)	Revisão narrativa sobre prevenção e controlo de infeções	contexto hospitalar	Explicar causas de queimaduras e o papel da enfermagem na prevenção/controlo de infeções	Prevenção eficaz exige protocolos, recursos, formação contínua e adesão rigorosa a práticas de higiene e controlo de infeção. Barreiras: recursos escassos e fatores organizacionais.	Monitorização hemodinâmica Uso adequado de barreiras e equipamentos de proteção individual Correta higienização das mãos Utilização de técnica asséptica no tratamento à ferida Monitorização de sinais de infeção (agravamento do rubor, edema, odor, exsudato) Realização de uma adequada limpeza das feridas e pele ao redor (incluindo desbridamento) Aplicação de cuidados tópicos, como cremes ou pomadas antimicrobianas Implementação de protocolos baseados na evidência
E3	Alshalan et al. (Arábia Saudita, 2024)	Revisão narrativa sobre o papel da equipa de emergência	contexto hospitalar	Explorar a atuação da equipa multidisciplinar na gestão/tratamento de queimados	Primeiras horas são críticas; intervenção coordenada reduz complicações. Enfermeiros têm papel central na triagem, monitorização, fluidoterapia e prevenção de infeções. Abordagem holística inclui reabilitação e apoio psicológico.	Utilização de técnica asséptica no tratamento à ferida Aplicação de agentes antimicrobianos tópicos, (sulfadiazina de prata ou a bacitracina) Desbridamento da ferida em caso de presença de necrose Vigilância dos sinais de infeção

DISCUSSÃO

A presente *scoping review* permitiu mapear a evidência disponível sobre as intervenções de enfermagem na prevenção da infeção em doentes queimados no serviço de urgência de acordo com os critérios de inclusão e exclusão adotados e do horizonte temporal definido. No

decorrer da análise dos três artigos alvo da revisão, foram identificadas três dimensões promotoras da prevenção de infeção no doente queimado: (1) precauções básicas de prevenção e de controlo da infeção, (2) a monitorização hemodinâmica e (3) o tratamento das feridas por queimadura.

Como referido por Costa et al., (2020), o cumprimento das precauções básicas do controlo da infeção é essencial para promover a segurança e qualidade dos cuidados ao doente queimado. Estas assumem um papel central em qualquer contexto de cuidados de saúde e, particularmente, em situações de maior vulnerabilidade.

No doente queimado, a perda da integridade cutânea compromete a função de barreira natural e favorece a colonização e proliferação microbiana, prolongando o tempo de cicatrização e aumentando o risco de complicações. Também as alterações fisiológicas induzidas pelas queimaduras exercem um efeito imunossupressor, potenciando a vulnerabilidade a infeções sistémicas graves, como sépsis ou pneumonia, frequentemente associadas a diferentes agentes patogénicos, incluindo bactérias, fungos e vírus (Jumaa et al., 2025). Neste contexto, a implementação rigorosa de medidas por parte dos profissionais de saúde é essencial para a redução de complicações, contribuindo para a melhoria dos resultados clínicos e para a segurança dos cuidados prestados.

A correta higienização das mãos constitui a estratégia mais eficaz, prática e custo-efetiva para a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (DGS, 2017b). Esta deve ser realizada com água e sabão (Biglia et al., 2024) ou, em alternativa, recorrendo a uma solução antisséptica de base alcoólica, em que a concentração de álcool não deve ser inferior a 70% (DGS, 2019), quando as mãos não se encontram visivelmente sujas. De acordo com a *World Health Organization* (2009) deve proceder-se à higiene das mãos em “Cinco Momentos”: antes de tocar no doente; antes de um procedimento limpo ou assético; após risco de exposição a fluidos corporais; após contacto direto com o doente; e após contacto com o ambiente envolvente ao doente. Tal como referem Biglia et al. (2024), importa salientar que o uso de luvas não substitui a higiene das mãos, e que esta não deve ser realizada com luvas calçadas.

A par da higiene das mãos, os equipamentos de proteção individual garantem a segurança do doente, ao reduzir o risco de transmissão de agentes infecciosos por contacto com fluidos corporais, secreções, excreções e partículas aerossolizadas (Coelho et al., 2022). No caso particular do doente queimado, cuja integridade cutânea se encontra comprometida e que, por isso, apresenta maior suscetibilidade a infeções, a utilização rigorosa de equipamentos de proteção individual assume uma dimensão crítica. Estes dispositivos garantem uma proteção bidirecional, prevenindo tanto a contaminação do profissional de saúde como a

exposição do doente queimado a microrganismos externos, contribuindo, assim, para a prevenção de complicações infecciosas.

O equipamento deve ser utilizado exclusivamente durante o contacto direto com o doente, nomeadamente durante a execução do tratamento às feridas ou procedimentos invasivos (por exemplo, introdução de catéter venoso periférico), uma vez que a sua utilização, em conjunto com a higiene das mãos, demonstra maior eficácia no controlo da disseminação cruzada de microrganismos. Recomenda-se que o equipamento de proteção individual não seja partilhado na prestação de cuidados a doentes com outras patologias e que se intensifique a prática da higiene das mãos (Biglia et al., 2024).

Dada a perda da barreira cutânea e as alterações na resposta imunitária da pessoa vítima de queimaduras, é recomendado que, sempre que possível, seja instalada em quarto individual ou em local mais resguardado, devido à maior suscetibilidade a infeções. O local deve estar devidamente identificado com uma sinalética identificadora do isolamento protetor (Biglia et al., 2024; UpState University Hospital, 2019). O setor destinado ao cuidado de doentes grandes queimados deve ser considerado uma área crítica, o que implica maior intensidade e frequência das práticas de higiene e desinfeção do ambiente, cabendo ao enfermeiro o papel de proatividade de implementação rigorosa destas medidas. A limpeza das superfícies e do ambiente próximo ao doente deve ser realizada duas vezes por dia no caso de doentes grandes queimados, e, especialmente após cada procedimento ou sempre que haja derrames, ou sujidade visível (Biglia et al., 2024). A utilização de dispositivos e materiais clínicos (ex. termómetro), deve ser de uso individual e exclusivo (Ahuja et al., 2016; UpState University Hospital, 2019).

À semelhança do que ocorre com outros doentes no contexto de urgência, a monitorização hemodinâmica é um aspeto fulcral na avaliação da pessoa queimada (Convertino et al., 2022; Tsolakidis et al., 2022). De acordo com a DGS (2017), relativa à abordagem hospitalar das queimaduras, recomenda-se a monitorização hemodinâmica dos seguintes parâmetros: débito urinário, frequência cardíaca, estado de consciência, saturação de oxigénio e pressão arterial. Particularmente no que se refere ao processo infeccioso, os sinais clínicos como febre, taquicardia ou taquipneia poderão ser os primeiros indicadores da presença de infeção (Lazarescu et al., 2021; Tsolakidis et al., 2022).

A *American Burn Association* (2012) define um conjunto de critérios para o diagnóstico de infeção em doentes queimados, entre os quais se incluem: temperatura > 39 °C ou < 36,5 °C; taquicardia progressiva superior a 110 bpm; ou taquipneia progressiva superior a 25 ciclos respiratórios/minuto em doentes não ventilados (Hogan et al., 2012). Estes parâmetros devem ser considerados em articulação com outros critérios, como a trombocitopenia, a hiperglicemia

(> 200 mg/dl) na ausência de diabetes *mellitus* prévia e a incapacidade de manter alimentação entérica por um período superior a 24 horas (Greenhalgh et al., 2007; Norbury et al., 2016). A ausência de detecção precoce destes indicadores pode conduzir ao desenvolvimento de complicações graves, nomeadamente à evolução para sépsis (Norbury et al., 2016; Tsolakidis et al., 2022), o que reforça a necessidade de uma monitorização rigorosa por parte dos enfermeiros.

A par da monitorização hemodinâmica, a observação clínica, através da avaliação da queimadura, e de possíveis alterações no seu odor, é determinante para a detecção precoce de infeção (Lazarescu et al., 2021). O atraso no tratamento das queimaduras pode favorecer a progressão para uma infeção sistémica invasiva, designadamente sépsis, frequentemente associada a agentes patogénicos nosocomiais (Tsolakidis et al., 2022).

Uma queimadura recente é, em princípio, estéril, sendo fundamental mantê-la limpa e húmida para favorecer o desenvolvimento de tecido de granulação saudável. A irrigação constitui o método preferencial para a limpeza da queimadura, recomendando-se a utilização de solução estéril de cloreto de sódio a 0,9%, previamente aquecida à temperatura corporal (NHS, 2024). Reitera-se a importância da utilização adequada de equipamentos de proteção individual, bem como da aplicação rigorosa da técnica assética na preparação do material e na realização dos procedimentos de tratamento de feridas. (UpState University Hospital, 2019).

Para reduzir o risco de contaminação microbiana, todas as feridas devem ser submetidas a um processo de limpeza, com o objetivo de remover corpos estranhos, detritos solúveis e tecido desvitalizado, como necrose ou fibrina, que, caso não sejam devidamente tratados, podem constituir focos de infeção (NHS, 2024). Com exceção das queimaduras de reduzida dimensão, recomenda-se o desbridamento das flictenas. Também o tecido necrótico aderente deve ser excisado precocemente e todo o tecido desvitalizado removido progressivamente nos primeiros dias após a lesão (World Health Organization s.d.).

O desbridamento da ferida e das suas margens, com remoção do tecido necrótico, constitui uma intervenção fundamental para a diminuição do risco de infeção e para o estímulo da epitelização. Esta intervenção pode ser pontual ou necessitar de repetição periódica, dependendo da evolução clínica (NHS, 2024).

Segundo a World Health Organization (s.d.) após o desbridamento, ou na presença de sinais de infeção, a ferida deve ser cuidadosamente higienizada com solução de cloro-hexidina a 0,25% (2,5 g/L), solução de cetrimida a 0,1% (1 g/L) ou outro antisséptico suave de base aquosa (World Health Organization s.d.). Deve evitar-se a utilização de soluções alcoólicas, pelo risco de lesão tecidual adicional.

Contudo, ao transpor estes resultados para a realidade portuguesa, torna-se evidente uma discrepância relevante. Em Portugal, a abordagem institucionalmente normatizada ao doente queimado, tal como anteriormente referido pela norma da DGS (2017a), não contempla o desbridamento imediato como prioridade. Pelo contrário, a ênfase recai sobre a estabilização clínica inicial, seguindo uma abordagem estruturada, que inclui: garantia de permeabilidade da via aérea e controlo cervical; suporte ventilatório; reposição de fluidos de acordo com fórmulas validadas (*Parkland*); monitorização rigorosa da circulação; avaliação neurológica; prevenção de hipotermia; e vigilância secundária. O papel do enfermeiro, nesta fase, é fundamentalmente orientado para a avaliação e monitorização contínua do doente, implementação da fluidoterapia prescrita, controlo rigoroso da dor, prevenção de complicações imediatas (nomeadamente choque hipovolémico e insuficiência respiratória), proteção da ferida através da aplicação de pensos estéreis e promoção de condições seguras para eventual transporte para uma unidade de referência. Assim, a intervenção de enfermagem inicial em Portugal é essencialmente centrada na estabilização sistémica e na segurança do doente, e não na abordagem definitiva da ferida.

A prevenção constitui um pilar essencial no tratamento da pessoa queimada, sendo os fármacos tópicos com ação antisséptica ou antibiótica fundamentais na redução do risco de infeção da ferida e, conseqüentemente, na prevenção da sépsis associada à queimadura. A sulfadiazina de prata tópica é amplamente utilizada como agente profilático antibacteriano, destacando-se pelo seu perfil de segurança e tolerabilidade (Oaks & Cindass, 2023).

É recomendada a aplicação de uma camada fina de creme antibiótico, como a sulfadiazina de prata, associada a compressas de gaze vaselinada e gaze seca em quantidade suficiente para prevenir exsudação para as camadas externas (Oaks & Cindass, 2023; World Health Organization s.d.). As ligaduras devem ser substituídas diariamente (idealmente, duas vezes por dia), ou sempre que se observe saturação do penso. A remoção de tecido desvitalizado solto, procedimento frequentemente associado à balneoterapia, deve ser realizada em cada mudança de penso, de modo a prevenir infeções e favorecer a cicatrização (World Health Organization, s.d.). A balneoterapia, segundo Sousa, Nunes e Santos (2003, p. 184), tem como objetivo a limpeza e remoção de tecidos desvitalizados, contribuindo para a prevenção de infeções e promovendo a regeneração da pele em áreas queimadas superficiais.

A abordagem prática descrita, incluindo aplicação de creme antibiótico, substituição de pensos e balneoterapia, reforça a evidência apresentada por Ariyo et al. (2024), que salienta o papel crucial dos enfermeiros na prevenção e controlo de infeções em doentes queimados, salientando que a adesão rigorosa aos protocolos, a implementação de medidas adequadas e a formação contínua dos profissionais são determinantes para reduzir a mortalidade associada a infeções. Os autores referem que fatores como a gravidade da queimadura,

intervenções tardias e práticas de higiene deficitárias aumentam significativamente o risco de infecção, pelo que a aplicação correta de tratamentos tópicos, a substituição adequada dos pensos e a remoção sistemática de tecido desvitalizado constituem intervenções essenciais para garantir a segurança do doente.

Este estudo apresenta algumas limitações que importa reconhecer. O número reduzido de estudos incluídos (n=3) limita a abrangência da evidência disponível e dificulta a generalização dos resultados. A pesquisa foi restrita a um intervalo temporal e a três idiomas, o que pode ter levado à exclusão de literatura relevante. A seleção e análise dos artigos foram conduzidas por dois revisores, sem aplicação da metodologia típica de revisões sistemáticas, podendo assim introduzir algum viés de seleção; por isso, as conclusões devem ser interpretadas com cautela.

Apesar destas limitações, os resultados evidenciam lacunas importantes na literatura sobre intervenções de enfermagem na prevenção de infecção em doentes queimados no serviço de urgência. Recomenda-se a realização de estudos empíricos multicêntricos que explorem este tema de forma mais aprofundada, bem como o desenvolvimento de protocolos específicos baseados na evidência científica para orientar a prática clínica de enfermagem em contextos de urgência.

CONCLUSÕES

Considerando o impacto da infecção enquanto determinante de morbilidade e mortalidade em doentes queimados, a sua prevenção deve ser integrada como eixo estruturante na tomada de decisão clínica e a organização dos cuidados de enfermagem nos serviços de urgência.

Deste modo, a implementação precoce e sistemática de intervenções de enfermagem direcionadas para a prevenção da infecção revela-se imprescindível no cuidado à pessoa vítima de queimaduras. Para garantir a uniformização de práticas e a adoção de medidas baseadas na evidência, destaca-se a importância da existência e aplicação de um protocolo de enfermagem, que opere como guia orientador da prática clínica.

Como é sabido, as precauções básicas de controlo da infecção constituem a principal medida preventiva na abordagem do doente queimado, reduzindo significativamente o risco de infecção das feridas e a probabilidade de evolução para sépsis. Estas medidas incluem a higiene rigorosa das mãos, o uso adequado de equipamentos de proteção individual e a aplicação da técnica asséptica em todos os procedimentos. Considerando o caráter crítico do ambiente que o doente queimado se encontra, as práticas de higiene e desinfeção do mesmo devem ser intensificadas e rigorosamente cumpridas, incluindo a utilização exclusiva de dispositivos clínicos, de forma a prevenir a transmissão cruzada e garantir a segurança.

Paralelamente à instituição de precauções básicas de prevenção e controlo da infeção, a monitorização hemodinâmica assume um papel determinante, uma vez que permite identificar precocemente alterações compatíveis com infeção ou descompensação clínica, favorecendo uma intervenção atempada. Complementarmente, uma atempada abordagem ao tratamento da ferida, com a adequada limpeza e desinfeção, e a utilização de agentes tópicos com propriedades antissépticas ou antibacterianas, constitui uma estratégia adjuvante importante para o controlo da colonização microbiana da ferida, prevenindo complicações infecciosas de carácter sistémico.

O cuidado ao doente grande queimado constitui um desafio significativo devido à complexidade clínica, à instabilidade hemodinâmica e às características específicas das lesões, que exigem cuidados de enfermagem altamente especializados e a aplicação rigorosa de protocolos complexos. Apesar de o controlo da infeção constituir um eixo prioritário nos cuidados ao doente queimado, importa reconhecer que a dor é um sintoma omnipresente e altamente incapacitante nestes doentes. A integração da gestão da dor nestes protocolos contribui não apenas para o conforto e bem-estar do doente, mas também para a adesão ao tratamento, a redução de respostas fisiológicas adversas, ao stress e a promoção da recuperação global. Neste contexto, a implementação de uma “via verde do doente queimado” revela-se essencial, ao estruturar de forma sistemática a atuação da equipa multiprofissional e, em particular, a intervenção dos enfermeiros especialistas. O objetivo é contribuir para a definição de um protocolo de atuação na transição de cuidados de enfermagem, assegurando a transferência eficiente e segura do doente do serviço de urgência para a unidade de queimados. A aplicação sistemática destes protocolos não só contribui para a redução da incidência de infeções, como também reforça a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados, traduzindo-se na melhoria da assistência e na otimização dos recursos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahuja, R. B., Gibran, N., Greenhalgh, D., Jeng, J., Mackie, D., Moghazy, A., Moiemmen, N., Palmieri, T., Peck, M., Serghiou, M., Watson, S., Wilson, Y., Altamirano, A. M., Atieh, B., Bolgiani, A., Carrougher, G., Edgar, D., Guerrero, L., Hanumadass, M., & Hasibuan, L. (2016). ISBI practice guidelines for burn care. *Burns*, *42*(5), 953–1021. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.05.013>

Alshalan, A. M. T., Sarah Hassan, A., Yousef Farhan Salem, A., Abdulsalam Suhair, A., & Sayer Alhammaid Sead, A. (2024). The role of emergency team in management and

- treatment of patients with severe burns. *Journal of International Crisis and Risk Communication*, 7(S6), 868–874. <https://doi.org/10.63278/jicrcr.vi.202>
- Ariyo, D. A., & Olaolorunpo, O. (2024). Infection control and prevention in burn victims: The role of nurses. *Journal of Integrative Nursing*, 6(2), 136–141. https://doi.org/10.4103/jin.jin_139_23
- Biglia, M. A., Clara, L., Colque, Á., Chuluyan, J., Lausi, A. F., Daciuk, L., & Rosanova, M. T. (2024). Prevención de infecciones asociadas a cuidados de la salud en pacientes quemados. *Actualizaciones en sida E infectología*, 32(114), 46–62. <https://doi.org/10.52226/revista.v32i114.278>
- Coelho, A., Soares, A., & Torres, A. (2022). Determinantes da adesão dos enfermeiros aos equipamentos de proteção individual no serviço de urgência: Scoping review. *Revista de Enfermagem Referência, VI Série(Nº 1)*, 1–8. <https://doi.org/10.12707/rv21027>
- Convertino, V. A., Wagner, A. R., Akers, K. S., VanFosson, C. A., & Cancio, L. C. (2022). Early identification of sepsis in burn patients using compensatory reserve measurement: A prospective case series study. *Burns Open*, 6(4), 137–145. <https://doi.org/10.1016/j.burnso.2022.06.003>
- Costa, I. B., Aiquoc, K. M., Nascimento, J. C. P., Rocha, R. R. A., Dantas, R. A. N., & Dantas, D. V. (2020). Assistência de enfermagem a queimados em hospital do nordeste brasileiro: estudo seccional. *Enfermagem Brasil*, 19(4), 317–328. <https://doi.org/10.33233/eb.v19i4.4199>
- Direção Geral da Saúde. (2017a). *Abordagem hospitalar das queimaduras em idade pediátrica e no adulto. (Norma nº 022/2012 atualizada a 13/07/2017)*. <https://www.dgs.pt/directrizesdadgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222012-de-26122012.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Lisboa: DGS. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2019). *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. (Norma nº 007/2019)*. <https://www.dgs.pt/directrizesdadgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222012-de-26122012.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Relatório do Inquérito de Prevalência de Ponto das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e do Uso de Antimicrobianos em hospitais de agudos – Inquérito 2017*. Lisboa: DGS.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2024). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals – 2022–2023. Estocolmo: ECDC.

Greenhalgh, D. G., Saffle, J. R., Holmes, J. H., Gamelli, R. L., Palmieri, T. L., Horton, J. W., Tompkins, R. G., Traber, D. L., Mazingo, D. W., Deitch, E. A., Goodwin, C. W., Herndon, D. N., Gallagher, J. J., Sanford, A. P., Jeng, J. C., Ahrenholz, D. H., Neely, A. N., O'Mara, M. S., Wolf, S. E., & Purdue, G. F. (2007). American burn association consensus conference to define sepsis and infection in burns. *Journal of Burn Care & Research*, 28(6), 776–790. <https://doi.org/10.1097/bcr.0b013e3181599bc9>

Hogan, B. K., Wolf, S. E., Hospenthal, D. R., D'Avignon, L. C., Chung, K. K., Yun, H. C., Mann, E. A., & Murray, C. K. (2012). Correlation of american burn association sepsis criteria with the presence of bacteremia in burned patients admitted to the intensive care unit. *Journal of Burn Care & Research*, 33(3), 371–378. <https://doi.org/10.1097/BCR.0b013e3182331e87>

Jumaa, P. A., Teare, L., Hoffman, P. N., Young, A. E., Smailes, S., Edwards-Jones, V., Thomas, C., Moore, L. S. P., Booth, S., Mugglestone, M. A., & Moiemmen, N. S. (2025). Infection prevention and control in burns services: guidance from the healthcare infection society. *Journal of Hospital Infection*. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2025.06.008>

Lazarescu, A-L, Andreea Grosu-Bularda, Andrei, M.-C., Frunza, A., Grama, S., Stoian, A., Florin Vlad Hodea, Ionescu, D. A., Popescu, Ş. A., & Ioan Lascar. (2021). Burn infections characteristics: A review. *Romanian Journal of Medical Practice*, 16(1), 32–41. <https://doi.org/10.37897/rjimp.2021.1.6>

Metsavaht, L. (2017). *Queimaduras e suas cicatrizes: Management of burns and resulting scars*. Rio de Janeiro

National Health Service. (2024). The management of burns & scalds procedural documents. East London NHS Foundation Trust. <https://www.elft.nhs.uk/sites/default/files/202401/Management%20of%20Scalds%20and%20Burns%20Procedural%20Document%201.0.pdf>

Norbury, W., Herndon, D. N., Tanksley, J., Jeschke, M. G., & Finnerty, C. C. (2016). Infection in burns. *Surgical Infections*, 17(2), 250–255. <https://doi.org/10.1089/sur.2013.134>

Oaks, R.J., & Cindass, R. (2023) Silver sulfadiazine. Treasure Island; StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556054>

Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. Declaração PRISMA 2020: diretrizes atualizadas para a comunicação de revisões sistemáticas. *PLOS Medicine*. 2021 Mar;18(3):[e1003583](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583). doi: [10.1371/journal.pmed.1003583](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583).

Peters, M.; Marnie, C.; Tricco, A.; Pollock, D.; Munn, Z.; Alexander, L.; McInerney, P.; Godfrey, C.; Khalil, A. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *The Joanna Briggs Institute*, 57(1), 8–25. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente [Healthcare associated infections and patient safety]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. Temático, Nº 10*, 27-39. Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

Roy, S.; Mukherjee, P.; Kundu, S.; Majumder, D.; Raychaudhuri, V.; Choudhury, L. (2024). Microbial infections in burn patients. 39(2):214225. [10.4266/acc.2023.01571](https://doi.org/10.4266/acc.2023.01571)

Rowley-Conwy, G. (2013). Management of burns in intensive and acute care. *Nursing Standard*, 27 (45). 63-68, <http://dx.doi.org/10.7748/ns2013.07.27.45.63.e7537>

Silva, J. A., Souza, M. R., & Pereira, L. C. (2023). A infecção hospitalar na produção científica da enfermagem brasileira: um estudo bibliométrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(3), 123-134.

Sousa, A; Nunes, F; Santos, R. (2003) – Balneoterapia: um tratamento sem dor. Cuidados de Enfermagem: reflexões, investigação e partilha de experiências. 1ª ed. Coimbra: Direcção do serviço de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra. ISBN: 972-8152-71-X.

Tobase, L., & Tomazini, E. A. (2017). Urgências e emergências em enfermagem. Lel Studio Design.

Tsolakidis, S., Freytag, D. L., Dovern, E., Alharbi, Z., Kim, B.-S., Houschyar, K. S., Reumuth, G., Schäfer, B., Rennekampff, H.-O., Pallua, N., & Grieb, G. (2022). Infections in burn patients: a retrospective view over seven years. *Medicina*, 58(8), [1066](https://doi.org/10.3390/medicina58081066). <https://doi.org/10.3390/medicina58081066>

- UpState University Hospital. (2019). Infection control policy for patients with burn injuries cm 1-24. *UpState University Hospital*. <https://www.upstate.edu/burncenter/pdf/Infection-Control-Policy-for-Patients-with-Burn-Injuries.pdf>
- Weber, J., & McManus, A. (2004). Infection control in burn patients. *Burns*, 30(8), A16–A24. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305417904002189?via%3Dihub>
- World Health Organization. (s.d.). Burn management. World Health Organization. <https://www.who.int/docs/default-source/integrated-health-services-%28ihs%29/csy/surgical-care/imeesc-toolkit/best-practice-safety-protocols/burn-management.pdf>
- World Health Organization. (2009). Your 5 moments for hand hygiene. In *World Health Organization*. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/infection-prevention-and-control/your-5-moments-for-hand-hygiene-poster.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/infection-prevention-and-control/your-5-moments-for-hand-hygiene-poster.pdf)
- World Health Organization. (2023, 6 março). Burns. *World Health Organization*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>

CONCLUSÃO

O presente relatório reflete um percurso formativo exigente e transformador, centrado no desenvolvimento sólido e integrado das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, com especial enfoque na área da PSC. Através da vivência e reflexão crítica nos contextos clínicos do SU, do SMI e da UQ, foi possível consolidar competências essenciais que impactam diretamente na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Desenvolver capacidades, como a liderança clínica, a comunicação eficaz, a gestão da informação e o pensamento crítico, foi fundamental para coordenar intervenções complexas, assegurar a continuidade dos cuidados e promover a articulação interprofissional. Paralelamente, capacidades como a monitorização avançada, a tomada de decisão autónoma em situações críticas, a gestão da dor, a implementação de protocolos especializados e a aplicação de práticas baseadas na evidência, foram decisivas para responder às necessidades complexas e dinâmicas das pessoas em situação crítica nestes contextos de elevada exigência.

A prática desenvolvida permitiu não só a aplicação rigorosa de todas as aprendizagens, mas também o fortalecimento de uma postura ética e reflexiva, que assegura cuidados centrados no doente em situação crítica e na sua segurança. Este desenvolvimento consolidou a identidade profissional do enfermeiro especialista, conferindo-lhe um papel ativo e de referência na equipa multidisciplinar e no sistema de saúde.

O percurso formativo desenvolvido ao longo destes estágios revelou-se uma experiência transformadora, permitindo consolidar competências especializadas e afirmar um exercício profissional de excelência, alicerçado na prática baseada na evidência e na reflexão crítica. A integração em diferentes contextos clínicos, especialmente no cuidado ao doente queimado, evidenciou a complexidade e a criticidade destas situações, reforçando a necessidade de intervenções de enfermagem precoces, sistemáticas e fundamentadas em protocolos que orientem a prática clínica. A prevenção da infeção emergiu como eixo estruturante da tomada de decisão e da organização dos cuidados, destacando-se a importância das precauções básicas de controlo da infeção, da monitorização hemodinâmica contínua e da abordagem criteriosa da ferida, em estreita articulação com a equipa multiprofissional. A implementação de vias verdes estruturadas, já definidas para algumas situações clínicas, na admissão do doente em situação crítica revelam-se determinantes para o prognóstico da situação e segurança do doente. Desta forma, também para o doente queimado seria importante a existência de uma "via verde doente queimado" para uma maior celeridade nos cuidados adequados e para a uniformização das práticas e a otimização dos recursos em saúde. Assim,

este estágio evidencia que a excelência no cuidado ao doente crítico resulta da conjugação entre competência técnica, reflexão científica e aplicação rigorosa de protocolos baseados na evidência, consolidando o papel do enfermeiro especialista como elemento central na promoção da qualidade, segurança e humanização dos cuidados.

As dificuldades enfrentadas ao longo do percurso, desde a gestão da sobrecarga horária até à estruturação do trabalho científico, foram ultrapassadas com resiliência, motivação e apoio da equipa multiprofissional e docentes, reforçando a determinação para alcançar a excelência profissional.

Assim, a experiência adquirida nos diferentes estágios permitiu um crescimento integral como profissional de enfermagem, consolidando competências essenciais para o cuidado especializado e reafirmando o compromisso de prestar cuidados de excelência, seguros, humanizados e baseados na melhor evidência científica disponível. Este percurso marca o início de uma trajetória dedicada a fazer a diferença no contexto clínico e a contribuir de forma significativa para a saúde e bem-estar das pessoas em situação crítica.

Paralelamente, a investigação desenvolvida no domínio da prevenção da infeção em doentes queimados possibilitou aprofundar a compreensão da complexidade deste fenómeno, sublinhando a relevância da prática baseada na evidência como eixo estruturante do cuidado especializado. A análise crítica da literatura reforçou que a adoção de estratégias eficazes de prevenção da infeção tem impacto direto na redução da morbilidade, na prevenção de complicações e na melhoria dos resultados em saúde. Neste enquadramento, o enfermeiro especialista assume um papel central na produção, integração e transferência de conhecimento científico, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados e para o avanço contínuo da disciplina em contextos de elevada complexidade clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2019). *Recomendações técnicas para unidades de queimados*. Lisboa. Ministério da saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Unidades-de-Queimados_2019.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2019). *Recomendações técnicas para a sala de emergência*. Lisboa. Ministério da saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2024). *Recomendações técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos*. Lisboa: Ministério da Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., & Sermeus, W.; RN4CAST Consortium. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine european countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830. [https://10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Almeida, F. (2011). *A essência do processo de enfermagem (monografia)*. Faculdade Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Portugal.
- Almeida Silva Pol, T., Porcelis Vargas, C., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., Crozeta Figueiredo, K., & Dornelles Schoeller, S. (2025). A contribuição do enfermeiro de reabilitação para a segurança do doente: estudo de casos múltiplos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(1), e35651. <https://rper.pt/article/view/35651>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the american psychological association (7th ed)*. APA
- Barreto, M.S.; Marcon, S.S; Vivar, C.G.; Prado, E.; Costa, J. R.; Ferreira, P.C.; Seguraço, R. S. C. (2020). Vivência familiar do atendimento de emergência. *Rev baiana enferm.* 2020;34:e35100.<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/35100/3469>
- Q .
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2012). *Principles of biomedical ethics (7.ª ed.)*. Oxford University Press.

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto.
- Buckman, R. A. (2005). Breaking bad news: the SPIKES strategy. *Community Oncology*, 2. http://www.icmteaching.com/ethics/breaking_bad_news/spikes/files/spikes-copy.pdf
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2013). *Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem*. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 22(2), 552–560. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200034>
- Chan, R. J., Helmeczi, W., Canney, M., Clark, E. (2023). Management of intermittent hemodialysis in the critically ill patient. *Clin J Am Soc Nephrol*. Jan 26;18(2):245–255. [10.2215/CJN.04000422](https://doi.org/10.2215/CJN.04000422)
- Conselho Pedagógico. (2024). Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Dekker, M., van Mansfeld, R., Vandenbroucke-Grauls, C. M. J., Lauret, T. E., Schutijser, B. C. F. M., de Bruijne, M. C., & Jongerden, I. P. (2022). Role perception of infection control link nurses; a multi-centre qualitative study. *Journal of Infection Prevention*, 23(3), 93-100. <https://doi.org/10.1177/17571774211066786>
- Deniz, S., & Arslan, S. (2017). Pain and anxiety in burn patients. *Int J Caring Sci*, 10(3), 1723. https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/69_deniz_special_10_3.pdf
- Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio (2015). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. Em diário da República, 2.ª série, n.º 102. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes*. Em Diário da República: 2ª Série, n. 187, 96-103. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>.
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. (2014) Diário da República: 2.ª série, n.º 153, 11 de agosto, p. 20673. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Dias, P. A. L. (2023). *Via verde sépsis no serviço de urgência de uma unidade local de saúde do norte do país entre 2018 e 2022* [Relatório final de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de

Bragança. [https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/29239:contentReference\[oaicite:7\]{index=7}](https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/29239:contentReference[oaicite:7]{index=7})

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 029/2012: Precauções básicas do controlo da infeção (PBCI)*. Lisboa. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Norma n.º 020/2014- Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-com-nome-ortografico-fonetico-ou-aspeto-semelhantes.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Consentimento Informado, esclarecido e livre dado por escrito*. n.º 015/2013). https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2013/Outubro/DGS_015_2013.pdf

Direção-Geral de Saúde. (2017a). *Abordagem hospitalar das queimaduras em idade pediátrica e no adulto*. (Norma 022/2012 atualizada a 10/11/2017). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/abordagem-hospitalar-das-queimaduras-em-idade-pediatria-e-no-adulto.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Norma n.º 001/2017: 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>

Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/controlo-da-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Norma n.º 002/2018: Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do programa prioritário PPCIRA*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2022a). "Feixe de intervenções" de prevenção de pneumonia associada à intubação. (Atualizada a 17/11/2022). 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
- Direção-Geral da Saúde. (2022b). "Feixe de intervenções" para a prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central. (Norma n.º 022/2015 – Atualizada a 29/08/2022). https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022_prev_inf_cvc.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022c). Norma n.º 019/2015, de 28/12/2015, atualizada a 29/08/2022: "Feixe de intervenções" para a prevenção da infeção 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
- Direção-Geral da Saúde. (2023). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/campanha-de-precaucoes-basicas/relatorios/relatorio-ppcira-estrategia-multimodal-.aspx>
- Echevarría-Guanilo, M., Gonçalves, N., Farina, J., & Rossi, L. (2016). Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde no primeiro ano após a queimadura. *Escola Anna Nery*, 20 (1), 155-166. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160021>
- Esquetim, I. A. A. (2015). *O cuidado com a pessoa queimada: A dor que persiste* (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.
- European Wound Management Association. (2018). EWMA document: advanced therapies in wound management: materials—modern wound dressings. *Journal of Wound Care*, 27(6 Suppl 6), S80–S91.
- Fanelli, C., Pistidda, L;Terragni, P; Pasero, D. (2024). Infection prevention and control strategies according to the type of multidrug-resistant bacteria and candida auris in intensive care units: a pragmatic resume including pathogens r_0 and a cost-effectiveness analysis. *Antibiotics*, 13(8), 789.

- Floreduz, A (2020). Eficacia de la utilización del cough- assist en pacientes post-extubados en la unidad de cuidados intensivos. <http://hdl.handle.net/10854/6323>
- Freitas, C. G. M. (2018). *Gestão em enfermagem: O perfil de competências* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Coimbra]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/25785>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Situação de exceção – Manual TAS versão 3.0.* (1ª ed).
- International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing*. ICN. https://www.icn.ch/system/files/documents/202004/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
- Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro (2019). *Lei das Bases da saúde*. EM *Diário da República*, 1.ª série, n.º 169. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Joannes-Boyau, O., Honoré, P. M., Perez, P., Bagshaw, S. M., Grand, H., Canivet, J. L., Dewitte, A., Flamens, C., Pujol, W., Grandoulier, A.-S., Fleureau, C., Jacobs, R., Broux, C., Floch, H., Branchard, O., Franck, S., Rozé, H., Collin, V., Boer, W., Calderon, J., Gauche, B; Spapen, H; Janvier, G; Quattara, A; (2013). High-volume versus standard-volume haemofiltration for septic shock patients with acute kidney injury (IVOIRE study): A multicentre randomized controlled trial. *Intensive Care Medicine*, 39(8), 1535–1546. <https://doi.org/10.1007/s00134-013-2913-7>
- Machado, H. (2008). *Relação entre a triagem de prioridades no serviço de urgência (metodologia de manchester) e a gravidade dos doentes* [Dissertação de Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.16/1370>
- Marques, M. (2021). *A importância da formação na qualidade dos cuidados prestados no serviço de urgência básica* [Relatório de estágio de mestrado, Universidade do Minho]. RepositóriUM. <https://hdl.handle.net/1822/76449>
- Matias, M., Nogueira, R., Vasconcelos, C., & Bexiga, J. (2024). fatores preditivos da permanência em uma unidade de queimados. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 39(3), 1-13. <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2024RBCP0826-Pt>
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2016). *Theoretical basis for nursing* (4th ed.). Wolters Kluwer Health.

- Neves, T.M.A., Parreira, P. M. S. D., Rodrigues, V. J.L., Graveto, J. M. G. N. (2021). Impact of safe nurse staffing on the quality of care in Portuguese public hospitals: a cross-sectional study. *J Nurs Manag.* 2021; 00:1–10. <https://doi.org/10.1111/ionm.13263>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Parecer do conselho de enfermagem nº53/2021. Consulta de enfermagem e teleconsulta de enfermagem.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer n.º 09/2017 – Transporte da pessoa em situação crítica.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transpor_tepessoasituacacritica.pdf
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos.* Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. <https://ordemdosmedicos.pt/files/pdfs/qp0s-recomendacoes-doente-critico-2008.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *Working for Health 2022–2030 Action Plan.* <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/working4health/w4h2-action-plan.pdf>
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., Coutinho, P. (2016). *Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência em medicina intensiva.* <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. *Lusociência.*
- Pimentel, A. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*, 12(2), 159–168. <https://www.scielo.br/j/epsic/a/rWD86DC4gfC5JKHTR7BSf3j/?format=pdf&lang=pt>
- PPCIRA. (2023). *Relatório anual de atividades – programa de prevenção e controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos.* Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019) *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, pp. 4744-4750. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento nº361/2025 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem à pessoa em situação crítica*

- Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: 2ª Série, nº 135. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento nº 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: 2ª Série, nº 184. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Relvas, R. (2018). *Implementação e organização da formação em serviço na USF SALUS* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Tecnologias da Saúde de Coimbra]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23528/1/ESSTFC620.pdf>.
- Ressuscitation Council UK. (s.d.). The ABCDE approach. <https://www.resus.org.uk/library/abcde-approach>
- Riveros, C. C. (2020). La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(1). <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146>
- Royal College of Nursing. (2017). Essential practice for infection prevention and control: Guidance for nursing staff. *Royal College of Nursing*. <https://www.rcn.org.uk>
- Rudolph, J. W., Simon, R., Dufresne, R. L., & Raemer, D. B. (2006). There's no such thing as "nonjudgmental" debriefing: A theory and method for debriefing with good judgment. *Simulation in Healthcare*, 1(1), 49–55. <https://doi.org/10.1097/01266021-200600110-00006>
- Schultz, C. H., Koenig, K. L., Whiteside, M., & Murray, R. (2012). Development of national standardized all-hazard disaster core competencies for acute care physicians, nurses, and EMS professionals. *Annals of Emergency Medicine*, 59(3), 196–208. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.09.003>
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2024). Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings (last update: september 2024). Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/isolation/isolation-precautions/index.html>
- Silva, A. (2009). *Dissertação de Mestrado em Medicina de Catástrofe -Triagem de Prioridades – Triagem de Manchester*. Porto.

- Silva, J; Martins. M; Trindade. M, Ribeiro, O; Cardoso, M;(2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*6(2):278-295. <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/document14.pdf>
- Smith, D., & Bowden, T. (2017). Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. *Nursing Standard*, 32(14), 51-63.
- Trinkoff, A. M., Johantgen, M., Storr, C. L., Gurses, A. P., Liang, Y., & Han, K. (2011). Nurses' work schedule characteristics, nurse staffing, and patient mortality. *Nursing Research*, 60(1), 1–8. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181fff15d>
- Wehbe, G., & Galvão, C. M. (2005). Aplicando a liderança situacional na enfermagem em emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(1), 33–38. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000100006>
- World Health Organization (WHO). (2019). *Implementation manual to prevent and control the spread of carbapenem-resistant organisms at the national and health care facility level: interim practical manual supporting implementation of the guidelines for the prevention and control of carbapenem-resistant enterobacteriaceae, acinetobacter baumannii and pseudomonas aeruginosa in health care facilities*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312226/WHO-UHC-SDS-2019.6-eng.pdf>
- Younis, M. B., & Hayajneh, F. A. (2018). Quality of sleep among intensive care unit patients: a literature review. *Critical Nurse Care Quarterly*, 41, 170-177. [10.1097/CNQ.0000000000000196](https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000196)



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COIMBRA



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Será mesmo necessário colocar o cateter urinário?

Ferreira, A; Pedrosa, M

INTRODUÇÃO

A Infecção do Trato Urinário (ITU) é definida por Oliveira, Soares, Santos e Santos (2014) como um quadro infeccioso, causado por um microrganismo patogénico presente nas vias urinárias, sendo mais frequentes as enterobactérias.

Em Portugal, a nível hospitalar, os dados são de 2012, resultado de um estudo de prevalência, no qual se verificou que a ITU era a segunda infeção mais frequente com 31,7%.

Sendo esta problemática tão fustigante que foi definida pelo plano de segurança do doente 2013-2016 no quinto pilar que é reduzir em, pelo menos, 30% a incidência da infeção urinária associada a cateter vesical.

OBJETIVOS

- Descrever os cuidados com o cateter vesical de forma a reduzir o risco de contaminação, de acordo com o fecho de intervenção.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa na base de dados MEDLINE, utilizando palavras publicadas, em língua portuguesa e inglesa, entre 2010 a 2024. Documentação fornecida pela Direção-Geral da Saúde (DGS).

RESULTADOS

A prevenção das infeções do trato urinário associada à utilização do cateter urinário compreende duas estratégias complementares: **deixar-se o uso do cateter vesical**, ou quando imprescindível tentar reduzir, ao máximo, e padronizar-se a **elevados cuidados de higiene e assepsia** na sua colocação, manutenção e remoção (Mota, 2020).

Para combater esta necessidade, foi então criada, pela DGS, a Norma Clínica nº 019/2015, 3, intitulada: “Fechos de Intervenção” para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical – pretendendo-se “garantir a prestação unitária e integrada de cuidados de saúde baseados na melhor evidência científica.

As suas intervenções principais nesta norma são:

1. “Evitar o cateterismo vesical e documentar no processo clínico, a indicação apropriada para a utilização de cateter vesical”;
2. Cumprir a técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem;
3. Cumprir a técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, mantendo o sistema de drenagem em circuito fechado;
4. Realizar a higiene diária do meato urinário para prevenção da infeção associada à colocação do cateter urinário;
5. “Manter o cateter vesical seguro”;
6. Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical.

ESTRATÉGIAS RELACIONADAS COM A NORMA

1 A aplicação deve ser realizada em caso de retenção urinária aguda ou obstrução, necessidade de monitorização de débito urinário, no doente crítico, doente em procedimentos pré-operatórios específicos e doentes incontinentes com síncoras da pressão na região perineal.

Pode-se avaliar o volume de urina presente na bexiga do doente, com recurso ecográfico assistido portátil.

2 O cumprimento da técnica asséptica do procedimento, são descritas seis ações para a sua implementação e melhoria, tomando-se pertinente referir aspetos como a assepsia e treino asséptico, a seleção adequada do cateter, bem como a documentação de todo este processo.

3 Manuseamento do corpo do cateter, bem como do sistema de drenagem através da adoção das Precauções Básicas Controlo de Infeção e à manutenção deste circuito fechado.

4 Ações de implementação direcionadas para a higienização correta do meato urinário com água e sabão.

5 A fixação adequada do cateter e do saco coletor (tendo em conta fatores inerentes à especificidade do doente: género, preferências...), bem como do avicramento no momento e forma certa.

6 Avaliar diariamente, adequadamente, da necessidade de manter o cateter vesical.

CONCLUSÃO

Em suma, os enfermeiros desempenham um papel fulcral na prevenção e controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, dado que mantêm um contacto direto e permanente com os doentes que são alvo dos seus cuidados. Por isso mesmo, a prática baseada na evidência deve ser o seu principal aliado para a prestação de cuidados, de modo a partilhar a sua tomada de decisão nos diferentes contextos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Apêndice II- Introdução ao projeto "Sono" de um serviço de Medicina Intensiva

"SONO"

O sono é um estado que resulta da redução da atividade corporal e que se caracteriza por uma diminuição da consciência, pela incapacidade em se manter acordado, uma diminuição do metabolismo, uma postura imóvel e uma sensibilidade diminuta, mas que é prontamente reversível a estímulos externos (International Council of Nurses, 2019).

É uma necessidade biológica básica, essencial para a vida, e que está diretamente relacionada com as funções cerebrais e com fisiologia sistêmica, incluindo o metabolismo, o sistema cardiovascular, a função imunológica e a função hormonal (Lino, 2022).

Durante o sono identificam-se dois momentos, caracterizados por propriedades fisiológicas, eletroencefalográficas e comportamentais únicas, que ocorrem de forma sequencial e organizada: o rapid eye-movement (REM) e o non-rapid eye-movement (NREM) que, por sua vez, se divide em três estádios (N1, N2 e N3) que representam um contínuo na profundidade do sono, e onde se verifica uma maior capacidade reparadora da condição física, emocional e psicológica da pessoa, ao permitir conservar e produzir energia, estabelecer o humor, regular os processos de crescimento e renovação celular, regular o sistema imunitário, controlar a temperatura corporal, assim como melhorar o fluxo sanguíneo, controlar as funções respiratórias e promover o bem-estar mental e emocional (Ganz, 2012).

A perturbação do sono é um termo amplo que se refere a qualquer alteração da qualidade ou quantidade normal do sono, bem como dos seus mecanismos reguladores (Honarmand, et al., 2020).

Estudos evidenciam que o sono do doente internado numa Unidade de Cuidados Intensivos encontra-se alterado em qualidade e quantidade, verificando-se, frequentemente, um prolongamento do estado de latência do sono, vários despertares e a sua fragmentação com redução ou ausência do estádio N3 e da fase REM. Estas alterações influenciam negativamente a recuperação dos doentes internados, uma vez que as mudanças fisiológicas que ocorrem durante o sono são particularmente importantes para os indivíduos com instabilidade hemodinâmica, sistema imunitário comprometido e com mecanismos de reserva fisiológica limitada (Younis & Hayajneh, 2018).

A etiologia da perturbação do sono em doentes internados é multifatorial, principalmente nas UCI, sendo que as causas dizem respeito não só a fatores relacionados com a própria pessoa, mas também a fatores ambientais (Younis & Hayajneh, 2018). A literatura descreve a situação clínica da pessoa, a presença de distúrbios do sono, a presença de dor, stress ou ansiedade, e a dificuldade em mobilizar-se, como fatores inerentes à pessoa e que

condicionam o padrão de sono e a sua qualidade. Por outro lado, os fatores ambientais dizem respeito a tudo aquilo que rodeia a pessoa, destacando-se o ruído, a luminosidade e os cuidados de enfermagem. É fundamental que o enfermeiro reconheça o seu papel enquanto elemento que fornece um ambiente propício ao desenvolvimento da saúde, através do controlo da ventilação, iluminação, calor, ruídos e odores (Silva & Nascimento, 2023).

Um estudo realizado em doentes cirúrgicos internados nos serviços de medicina intensiva demonstrou que intervenções simples, como o uso de tampões nos ouvidos e vendas nos olhos, são benéficas na melhoria da qualidade do sono destes doentes (Guen, Nicolas-Robin, Lebard, Arnulf, & Langeron, 2013). Da mesma forma, um outro estudo realizado noutra UCI, evidenciou que a utilização de música, como por exemplo o ruído branco, mascara os ruídos ambientais e diminui o número de despertares, melhorando a profundidade e a qualidade do sono (Chaudhary, Kumari, & Neetu, 2020).

Referências Bibliográficas:

- Chaudhary, A., Kumari, V., & Neetu, N. (2020). Sleep Promotion among Critically Ill Patients: Earplugs/Eye Mask versus Ocean Sound—A Randomized Controlled Trial Study. *Critical Care Research and Practice*, 1-10.
- Ganz, F. D. (2012). Sleep and Immune Function. *Critical Care Nurse*, 32, 19-25.
- Guen, M. L., Nicolas-Robin, A., Lebard, C., Arnulf, I., & Langeron, O. (2013). *Earplugs and eye masks vs routine care prevent sleep impairment in post-anaesthesia care unit: a randomized study. British Journal of Anaesthesia*, 89-85.
- International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser - Browser CIPE. ICN:<https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Lino, A. (2022). Como posso dormir. *Bons Sonhos*, 24-26.
- Younis, M. B., & Hayajneh, F. A. (2018). Quality of Sleep Among Intensive Care Unit Patients: A Literature Review. *Critical Nurse Care Quarterly*, 41, 170-177.
- Silva, A. D., & Nascimento, S. S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Académicos*, 946- 969.

Apêndice III- Proposta de consulta de follow up numa Unidade de Queimados

ELABORAÇÃO: Oliveira, Ana Carolina (16969@ulscoimbra.min-saude.pt) Ferreira, Ana Raquel (18539@ulscoimbra.min-saude.pt)		APROVAÇÃO: Nome das pessoas que aprovam o documento
VERIFICAÇÃO DO CONTEÚDO: Nome das pessoas que verificam o documento	VERIFICAÇÃO DA ESTRUTURA:	
PRÓXIMA REVISÃO: fev-2027		DATA DE APROVAÇÃO: Data de aprovação

OBJECTIVOS

- Identificar alterações na qualidade de vida e nos domínios físico, cognitivo e psicológico após internamento na Unidade de Queimados (UQ);
- Descrever a metodologia a adotar na consulta de *follow-up*;
- Otimizar a recuperação da pessoa queimada e diminuir a taxa de morbilidade e reinternamento;
- Proporcionar acompanhamento regular à pessoa queimada.

APLICABILIDADE

Este protocolo aplica-se a todas as pessoas com alta hospitalar da UQ da Unidade Local de Saúde (ULS) de Coimbra, que tenham apresentado um período de internamento superior a duas semanas.

Será realizada com o apoio de uma equipa composta por 13 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 5 Enfermeiros Especialistas em Reabilitação e 1 Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

SIGLAS, ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS

OE – Ordem dos Enfermeiros

ULS - Unidade Local de Saúde

UQ - Unidade de Queimados

DESCRIÇÃO

A queimadura é considerada um evento traumático que provoca alterações na qualidade de vida do indivíduo, que relata frequentemente limitações físicas, alteração da autoimagem, prejuízo nos relacionamentos familiares, restrição nas atividades de vida diárias, perda acentuada de autonomia bem como demasiado tempo gasto nos cuidados à queimadura

(Echevarría-Guanilo, 2016). Após a alta hospitalar, a maioria das vítimas de queimadura relata mudanças no papel social e nos relacionamentos interpessoais, essencialmente durante o primeiro ano.

O tempo médio de permanência em Unidades de Queimados ronda habitualmente os 29 dias, estando comprovado que o aumento do tempo de internamento origina maior morbidade física e psicológica, diminuição da produtividade pós alta, atraso no retorno à vida profissional, menor qualidade de vida e uma elevada incidência de sintomas psicopatológicos (Matias et al., 2024).

Assim, existe ainda uma elevada percentagem de pessoas vítimas de queimadura que não recebem acompanhamento adequado, sentindo-se discriminadas e desenvolvendo com frequência perturbações de stress pós-traumático. Rodrigues et al. (2019) afirmam que, para além do cuidado ao trauma e sequelas físicas da queimadura, o plano de cuidados e a reabilitação destes indivíduos requer o envolvimento de uma equipa multidisciplinar no sentido de fortalecer a readaptação física, psicológica e social.

Torna-se desta forma de extrema importância a criação de uma consulta de acompanhamento após a alta, indo ao encontro do preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2021) acerca da consulta de enfermagem que “visa a intervenção do enfermeiro no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, de complicações e/ou incapacidades, facilitando o processo de adaptação e/ou recuperação da saúde da pessoa, a sua capacitação na gestão do processo de saúde.” (p.5)

Desta forma, ainda durante o internamento hospitalar, cabe ao Enfermeiro responsável pelo doente informá-lo da existência da consulta de follow-up e da sua importância para um acompanhamento completo após a alta. Será ainda fornecido ao doente um panfleto informativo relativo à referida consulta, contendo um resumo das informações relevantes, objetivos e periodicidade da mesma.

O desenvolvimento da consulta de follow-up permite um acompanhamento personalizado da pessoa queimada e sua família após o internamento na UQ, com o intuito de prevenir e detetar problemas de ordem física, psicológica, cognitiva e social após a alta hospitalar. Esta consulta tem como propósito mapear as lacunas emocionais e físicas do doente após a alta hospitalar e promover um acompanhamento contínuo, encaminhando-o para as devidas especialidades em caso de necessidade.

A consulta de follow-up terá uma periodicidade de 3 em 3 meses, sendo o primeiro contacto com a pessoa queimada agendado para 1 semana após a alta clínica. Posteriormente, serão agendadas as consultas subsequentes para 1 e 3 meses após o primeiro contacto.

A consulta presencial deverá ser a opção a privilegiar na primeira consulta e a equacionar em momentos posteriores consoante a condição da pessoa, a sua necessidade e a natureza dos cuidados a prestar.

Durante as consultas, será realizado:

- Exame físico do local das queimaduras (dimensão, características, tipo de tecido no leito da ferida, presença de exsudado e avaliação da pele circundante à queimadura)
- Monitorização do processo de cicatrização e eventual presença de sinais de infeção;
- Avaliação da dor e prescrição de analgesia, se necessário (com apoio do médico da UQ);
- Avaliação do impacto psicossocial da queimadura;
- Avaliação funcional (mobilidade, necessidade de cuidados de reabilitação).

O questionário a realizar na primeira consulta de *follow-up* foi adaptado para o síndrome pós-internamento na UQ (Documento complementar I).

Como já se encontra referido, são descritas diversas consequências após uma queimadura grave, nomeadamente dor, prurido, perda de habilidades físicas, desfiguração, depressão, ansiedade e, inclusivamente, distúrbios do sono (Kelter et al., 2020). Torna-se desta forma essencial avaliar a qualidade do sono após este período de transição saúde-doença, através do Índice de Qualidade do Sono de *Pittsburgh* (Documento complementar II).

De acordo com o Parecer nº53/2021 da OE, após a consulta de enfermagem, sempre que a pessoa requeira algum tipo de cuidado de enfermagem especializado deverá ser referenciada para uma consulta de enfermagem na área de especialidade adequada. Para além disso, a referência para o Enfermeiro Especialista ou para outro profissional de saúde, deverá ser acompanhada de informação completa (registada no processo clínico) que inclua:

- Colheita de dados de enfermagem (identificação da pessoa, situação atual, antecedentes, avaliação efetuada e recomendações, explicitando claramente o motivo da referência)
- Formulação de diagnósticos de enfermagem;
- Planeamento de intervenções de enfermagem;
- Execução/implementação das intervenções de enfermagem;
- Avaliação dos resultados obtidos.

Recomendações para o sucesso do processo de *follow-up*:

- O acompanhamento prestado à pessoa e família deverá ser iniciado ainda no internamento na UQ, através de divulgação da consulta de *follow-up* e suas vantagens;
- Deverá ser efetuada a avaliação do risco de desenvolvimento de sequelas (físicas e psicossociais) quer em internamento como no primeiro contacto de *follow-up*;
- A abordagem de eventuais complicações após a alta deverá ser realizada através de abordagem multidisciplinar (Enfermagem, Medicina, Nutrição e Dietética, Serviço Social, Psicologia, fisioterapia) e referência, se necessário, para a respetiva especialidade – através de pedido de colaboração via *SClínico*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Echevarría-Guanilo, M., Gonçalves, N., Farina, J., & Rossi, L. (2016). Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde no primeiro ano após a queimadura. *Escola Anna Nery*, 20 (1), 155-166.
- João, K., Becker, N., Jesus, S., & Martins, R. (2017). Validation of the Portugal version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Psychiatry Research*, 247, 225–229. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.042>
- Kelter, B., Holavanahalli, R., Suman, O., Ryan, C., & Schneider J. (2020). Recognizing the long-term sequelae of burns as a chronic medical condition. *Burns*, 46(2), 493-496. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2019.10.017>
- Matias, M., Nogueira, R., Vasconcelos, C., & Bexiga, J. (2024). Fatores preditivos da permanência em uma Unidade de Queimados. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 39(3), 1-13.
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Parecer do Conselho de Enfermagem nº53/2021. *Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Rodrigues, L., Poiati, M., Nogueira, M., Andrade, M., Brandini, N., & Rezende, R. (2019). O profissional de saúde na Unidade de Tratamento de Queimados: Atenção e cuidado com os aspectos psicológicos dos pacientes. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 18(1), 16-22.

Documento Complementar I – Questionário SPIC adaptado para a Síndrome Pós-Internamento da Pessoa Queimada

1. Sistemas (S)

Objetivo: Avaliar a eficácia dos sistemas de saúde e apoio durante a recuperação.

- Como avalia a continuidade dos cuidados médicos e de enfermagem após a sua alta hospitalar (visitas de acompanhamento, consultas regulares, etc.)?
- Qual a sua percepção relativamente aos cuidados com a ferida e a prevenção de infeções após a alta?
- Sente-se preparado para cumprir com os cuidados que deve ter com o local da ferida?
- O acesso a serviços de fisioterapia, psicologia e outros cuidados pós internamento foi adequado às suas necessidades?
- Foi-lhe fornecida informação dos recursos da comunidade que deve requerer?

2. Produtos (P)

Objetivo: Avaliar a disponibilidade, qualidade e eficácia dos produtos utilizados no processo de recuperação, como medicamentos, pomadas e outros tratamentos.

- Teve alguma dificuldade para adquirir medicamentos, nomeadamente cremes prescritos para ajudar na cicatrização?
- Apresentou alguma reação adversa a algum produto utilizado no processo de recuperação?

3. Indivíduos (I)

Objetivo: Avaliar a percepção da pessoa sobre o apoio recebido, tanto emocional quanto físico, durante o pós-internamento.

- Sentiu-se apoiado nestas semanas após a alta hospitalar (família, amigos, profissionais de saúde)?
- Como se sente relativamente à sua imagem corporal? Qual é o impacto da ferida e das cicatrizes na sua vida pessoal e profissional?
- A equipa de enfermagem foi capaz de responder às suas dúvidas e preocupações durante o acompanhamento pós-alta?

4. Contextos (C)

Objetivo: Avaliar o ambiente social e físico da pessoa no pós-internamento, considerando os desafios e barreiras enfrentadas.

- Apresentou alguma dificuldade no seu ambiente doméstico que dificultou a recuperação (por exemplo, adaptações necessárias na casa, como barras de apoio, banheiros adequados)?
- O seu ambiente de trabalho foi favorável ou apresentou dificuldades após a sua recuperação (possibilidade de retorno ao trabalho, mudanças no horário, adaptação a novas condições)?
- Houve algum suporte social (por parte da comunidade, amigos ou grupos de apoio) durante o período pós-internamento?

Documento Complementar II – Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa

(João, Becker, Jesus, & Martins, 2017)

As questões a seguir são referentes à sua qualidade de sono apenas durante o mês passado. As suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do último mês. Por favor responda a todas as questões.

- 1) **Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes?** Horário de deitar: __h__min
- 2) **Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes?**
Minutos que demorou a adormecer: __min
- 3) **Durante o mês passado, a que horas acordou (levantou) de manhã na maioria das vezes?** Horário de acordar: __h__min
- 4) **Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu?** (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama)
Horas de noite de sono: __h__min

Para cada uma das questões seguintes, escolha uma única resposta, a que lhe pareça mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

- 5) **Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:**
 - a) **Demorar mais de 30 minutos para adormecer:**
() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais
 - b) **Acordar ao meio da noite ou de manhã muito cedo:**
() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais
 - c) **Levantar-se para ir à casa de banho:**
() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais
 - d) **Ter dificuldade para respirar:**
() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais
 - e) **Tossir ou ressonar alto:**
() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais
 - f) **Sentir muito frio:**
() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais

g) Sentir muito calor:

() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais

h) Ter sonhos maus ou pesadelos:

() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais

i) Sentir dores:

() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais

j) Outra razão, por favor, descreva: _____

—

Quantas vezes teve problemas para dormir por esta razão, durante o mês passado?

() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais

6) Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?

() Muito boa () Boa () Má () Muito Má

7) Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar), ou mesmo por sua iniciativa?

() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais

8) Durante o mês passado, teve problemas em ficar acordado durante as refeições, ou enquanto conduzia, ou enquanto participava nalguma atividade social?

() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais

9) Durante o mês passado, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?

() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais

Apêndice IV- Estudo de caso



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

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

ANA RAQUEL DOS REIS FERREIRA

ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Coimbra, junho de 2024



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

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

ANA RAQUEL DOS REIS FERREIRA

ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Trabalho elaborado no âmbito do Curso de Mestrado de Médico-Cirúrgica – Área de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, na componente Clínica sob a orientação do Professor Luís Oliveira e do Enfermeiro Supervisor Marco Pereira.

Coimbra, junho de 2024

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCDE - Via aérea, Respiração, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição

BPM - Batimentos por minuto

DL - Decilitro

ECG - Eletrocardiograma

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

EV - Endovenosa

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

MG - Miligrama

ML - Mililitro

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SRA. - Senhora

ULS - Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	119
1. CASO CLÍNICO.....	120
1.1. DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO.....	120
1.2. INVESTIGAÇÃO CLÍNICA.....	122
1.3. REFLEXÃO CRÍTICA.....	123
CONCLUSÃO.....	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	126

INTRODUÇÃO

No âmbito da componente clínica, integrada no plano curricular do 1º ano e 2º semestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica, surge, como elemento para a concretização de um objetivo desta componente clínica, a realização do presente documento, sob a orientação pedagógica do Professor Luís Oliveira.

Este documento tem como objetivo privilegiar um momento de aprendizagem que foi vivenciado num turno desta componente clínica.

A definição de Estudo do caso é tida como uma exploração de um sistema delimitado ou de um caso, obtido por meio de observação com colheita de dados, fornecendo informações relevantes para a tomada de decisão (Galdeano, Rossi, & Zago, 2002). Assim, este caso permite a construção de um pensamento crítico, momento esse que é necessário para refletir sobre a prática clínica, tendo sempre por base as referências teóricas (Alarcão & Rua, 2005). Segundo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro deve refletir sobre as suas vivências, incorporando a experiência vivenciada à luz da literacia que existe. Destarte, este conhecimento refletido constituirá um guia orientador de boa prática de cuidados de enfermagem, sempre centrados na pessoa.

Os primordiais objetivos deste trabalho são a descrição do caso clínico, vivenciado com uma análise reflexiva sobre as atitudes do enfermeiro especialista.

A metodologia utilizada circunscreve-se à fundamentação da componente clínica com base numa pesquisa desenvolvida na base de dados MEDLINE, durante o mês de maio do ano de 2024. Foram utilizadas as palavras chave “*intoxication*” e “*patient safety*”. Para o presente documento foram apenas incluídos estudos publicados em língua portuguesa e inglesa, de 2018 até 2023. Foram igualmente incluídos documentos e normas oficiais do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O trabalho é apresentado em três partes: introdução, a apresentação do caso clínico com a respetiva reflexão, tendo por base a bibliografia existente, e síntese conclusiva, que ponderará se atingi os propósitos inicialmente delineados.

Este documento encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico, formatado segundo as regras de elaboração de trabalhos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), e seguindo as normas de referenciação bibliográfica da *American Psychological Association*, 7ª edição.

1. CASO CLÍNICO

Neste capítulo, primeiramente será exposto o caso clínico vivenciado num turno do serviço de Urgência, durante o mês de maio. De seguida será descrita toda a literacia existente sobre o caso clínico e posteriormente será realizada uma reflexão crítica sobre o que foi vivenciado e o que deveria ter sido executado.

A situação vivenciada tem por base a preservação do anonimato respeitando o artigo 106º da lei n.º 156/2015, capítulo VI, segundo o qual “o Enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no Exercício da sua Profissão, assumindo o dever: (...) d) manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados”.

1.1. DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

No caso, a Senhora (Sra.) F (nome pelo qual será tratada ao longo do caso clínico), deu entrada na sala de Emergência da Unidade Local de Saúde (ULS), cerca das 23:30 horas acompanhada da Equipa do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Toda a equipa da Sala de Emergência tinha sido avisada de que iria entrar uma vítima que vinha acompanhada pelo INEM, a qual teria sofrido uma intoxicação. Assim, após este pré-aviso, toda a equipa se preparou para a receção desta doente de forma a assegurar todas as abordagens necessárias.

Quando a doente chegou à sala de Emergência, nas circunstâncias acima descritas, foi realizada a transmissão de Informação por parte da equipa de INEM para a equipa da sala de Emergência. No âmbito da informação transmitida, a Sra. F. foi encontrada pelas filhas deitada no pavimento da casa e com comprimidos junto a si, pelo que decidiram ativar a emergência médica. À chegada da equipa do INEM foi realizada a abordagem ABCDE (Via aérea, Respiração, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição).

Na chegada à sala de Emergência, a doente vinha entubada com um dispositivo supraglótico (máscara laríngea igel n.º 4), com sonda Nasogástrica clampada (tinha sido administrado carvão ativado) e puncionada com um acesso com soroterapia em curso. Após a transmissão de Informação, a equipa da sala de Emergência iniciou a atuação, pois a doente vinha com um ritmo de uma atividade elétrica sem pulso. Foram iniciadas manobras de suporte básico de vida com administração de adrenalina 1 miligrama (mg), via endovenosa (ev). A doente reverteu e apresentou pulso. Depois deste momento foi realizada a abordagem ABCDE:

A- Via área com dispositivo supraglótico com sonda nasogástrica, mas a via aérea não

ficou assegurada. Foi entubada com tubo endotraqueal n.º 7 e fixo com fita de nastro.

A sonda nasogástrica foi colocada em drenagem livre com conteúdo drenado de 700 mililitros (ml) de carvão ativado.

- B- Foi ligada ao ventilador que foi programado pelo médico anestesista. A ventilação era bilateral e simétrica
- C- Foi monitorizada com eletrocardiograma (ECG) de três derivações e foram coladas as pás de desfibrilhador manual. Foi puncionada com dois acessos 18g com colocação de soroterapia (Cloreto de sódio 0, 9%). Realizada uma gasometria e colhidas análises clínicas (Hemograma, bioquímica, fatores de coagulação).
- D- Pupilas simétricas e não reativas. Glasgow : 3T
- E- Glicémia:100 mg/dl

Aquecida com lençóis e algaliada sonda vesical 14 e acoplada a um saco coletor.

Após estes procedimentos a doente apresentou três convulsões sucessivas e foi administrado clonazepam 5 mg ev.

A doente apresentava um ritmo de taquicardia supraventricular com pulso de 120 batimentos por minuto (bpm) e, como apresentava sinais de gravidade foi cardiovertida com a potência de 120 joules, sincronizando a onda R. Após este momento a doente reverteu para um ritmo de fibrilação ventricular (ritmo esse desfibrilhável) e foi realizada a desfibrilhação com a potência de 200 joules(retirando a sincronização da onda R). Depois foi colocado o aparelho lucas para realizar as compressões torácicas e, ao fim de dois minutos de Suporte básico de vida, a doente entrou em ritmo de assistolia e foi administrada novamente adrenalina 1 mg, tendo a doente revertido para um ritmo compatível com vida e com pulso.

É de ressaltar que foi sempre continuamente realizada a abordagem ABCDE, pelo líder da equipa.

A doente estabilizou e começaram a realizar-se os cuidados pós reanimação:

- Monitorização de sinais vitais (Tensão arterial, Frequência Cardíaca, Saturação de oxigénio);
- Colocação de fármacos em perfusão: noradrenalina, propofol e bicarbonato de sódio;
- ECG 12 derivações;
- TAC craneoencefálica;
- Colocação de cateter femural com 4 vias;

Após a estabilização da doente, tudo indicava que a paragem cardiorrespiratória (PCR) se deveu a uma intoxicação por tricíclicos, tendo a doente sido encaminhada para a unidade de cuidados intensivos. E, após uma semana, a doente teve alta para a unidade de cirurgia.

1.2. INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Segundo o INEM, as intoxicações medicamentosas não provocam PCR. Contudo, os efeitos provocados pelos medicamentos/tóxicos inalados ou ingeridos podem causar danos irreversíveis. Existem diversos tipos de intoxicações, que poderão ocorrer com a ingestão de benzodiazepinas, opioides, antidepressivos tricíclicos, cocaína, betabloqueadores, bloqueadores de cálcio e digoxina (INEM & DFEM, 2020).

Na abordagem deste tipo de intoxicações deve-se utilizar a metodologia ABCDE, sendo que nestes casos a via aérea é o ponto primordial da abordagem, visto que a depressão do estado de consciência contribui para a obstrução da via aérea, razão pela qual é essencial a intubação traqueal o mais precocemente possível. Esta intubação deve ser realizada sempre no pré-hospitalar, por pessoas dotadas de experiência para o fazer (INEM & DFEM, 2020).

Neste caso concreto de intoxicação por antidepressivo tricíclicos, as consequências possíveis podem ser hipotensão, convulsões, coma e arritmias graves. A toxicidade cardíaca que é mediada pelos efeitos anticolinérgicos e pelos bloqueadores dos canais de sódio podem causar uma taquicardia de complexos largos. Os complexos QRS largos (>100 segundos) promovem o aparecimento de maior probabilidade de arritmias, devendo, por isso, ser administrado Bicarbonato de sódio (1 - 2 mmol/kilograma) para o tratamento das arritmias ventriculares que são induzidas pelos tricíclicos. Além disto, deve-se monitorizar continuamente os traçados cardíacos devido aos efeitos colinérgicos e complexos QRS alargados (Urgência, 1998).

Além de todos estes fármacos, devem ser administrados vasopressores e, por isso, a administração da noradrenalina.

Relativamente aos casos de PCR, o caso de atividade elétrica sem pulso é um ritmo não desfibrilhável, pelo que deve fazer-se dois minutos de compressões torácicas e duas ventilações, mas, neste caso, como estaria com ventilação contínua, impunha-se administrar 1 mg de adrenalina ev. Na assistolia, ritmo não desfibrilhável, era forçoso agir da mesma forma que as atividades elétricas sem pulso.

Nos ritmos desfibrilháveis deve-se desfibrilhar, seguindo-se sempre de dois minutos de suporte básico de vida e, ao fim do terceiro choque, administrar amiodarona 300 mg ev e

adrenalina 1 mg.

1.3. REFLEXÃO CRÍTICA

Analisando o caso clínico descrito e observada a Sra. F, considero que ele envolve uma multiplicidade de intervenções críticas e complexas que exigem uma intervenção rápida e coordenada em situações de emergência e cabe ao enfermeiro especialista em médico-cirúrgica coordenar toda a equipa e manter a calma necessária para abordar esses momentos. A situação descrita envolve diversos aspetos que suscitam reflexão.

Primeiramente, o contacto prévio do CODU para o coordenador da sala de Emergência permitiu a toda a equipa preparar a sala para a chegada da doente, nomeadamente: preparar o material necessário para a intubação (caso não viesse intubada do pré-hospitalar); preparar o ventilador (testar o ventilador com as traqueias e filtros necessários); preparar o monitor; preparar as seringas e bombas perfusoras; preparar material para punção venosa e colheitas e para cateterização vesical.

A transmissão das informações precisas e rápidas entre a equipa de INEM e a equipa da sala de Emergência é crucial para a continuidade e para a implementação de intervenções imediatas e adequadas. Na sala de emergência da ULS este momento é cuidadosamente respeitado. Na chegada do doente, todos os enfermeiros param e é transmitida a informação, de forma perceptível a toda a equipa. Só após a compreensão por parte de toda a equipa é que se começa a avaliação da vítima, através da abordagem ABCDE. Esta abordagem é fundamental nos doentes em situação crítica, especialmente neste caso de intoxicação. No caso da Sra. F., a prioridade essencial era assegurar a via aérea, que não se encontrava segura, pois apenas continha um dispositivo supraglótico, sendo necessário realizar intubação endotraqueal e desclampar a sonda nasogástrica que drenou o carvão ativado, já administrado no pré-hospitalar.

Relativamente à intoxicação por antidepressivo tricíclicos, como estes produzem uma toxicidade cardíaca e neurotoxicidade que conduzem a complicações severas, foi necessária a administração de fármacos como o bicarbonato de sódio e a noradrenalina, os quais corresponderam às intervenções farmacológicas adequadas para tratar as arritmias e manter a pressão arterial.

No que concerne aos casos de PCR, a identificação rápida do ritmo, as manobras eficazes de Suporte Básico de Vida e administração de adrenalina precocemente permitiram a recuperação mais rápida do primeiro caso. Relativamente ao momento de taquicardia supraventricular com pulso, houve um momento de hesitação por parte da equipa médica

para cardioverter a doente, não obstante esta apresentar todos os sinais de gravidade. Neste momento foi muito importante a intervenção do Enfermeiro Especialista em Médico-cirúrgica, que incentivou o médico a cardioverter a doente, explicitando as razões. Situação em que a intervenção do Enfermeiro foi fundamental, o que me permitiu certificar a importância do Especialista numa equipa, pois a demonstração de conhecimento ajuda na tomada de decisão de toda a equipa, assim fazendo a diferença na sobrevida do doente.

Relativamente aos casos de PCR, alguns dos ritmos que foram identificados poderiam esperar, pois estando em causa uma intoxicação com tricíclicos, a atividade elétrica sem pulso seria o primeiro ritmo identificável e posteriormente a taquicardia ventricular com pulso. Este conhecimento por parte do Enfermeiro Especialista facultou a toda a equipa melhor preparação para a sua atuação.

No que se refere à distribuição dos elementos da equipa, houve um momento que esta esteve algo desorganizada e foi necessária nova intervenção do Enfermeiro Especialista para reorganizar a equipa, pois estavam algumas pessoas na mesma letra da abordagem ABCDE, descurando as restantes.

Quanto aos cuidados posteriores à estabilização inicial, foram realizados todos os cuidados necessários para a estabilização da doente. Após a realização da TAC craneoencefálica e colocação do cateter femoral, foi encaminhada para a unidade de cuidados intensivos, embora sem a expectativa de que a doente recuperasse após as PCR.

Em suma, este caso denota a importância da existência de um Enfermeiro Especialista numa equipa da sala de Emergência. O treino contínuo das equipas de emergência para garantir a prontidão e a eficiência nas intervenções, a existência de protocolos claros e a comunicação eficaz entre diferentes equipas de níveis de atendimento são essenciais para obter resultados positivos. Para além disso, as constantes atualizações dos profissionais sobre os efeitos das intoxicações pelas diferentes substâncias representam um excelente aporte para a eficácia da intervenção da equipa.

CONCLUSÃO

O Desenvolvimento deste estudo caso foi crucial para refletir sobre todos os cuidados que foram prestados e permitiu-me entender mais facilmente a intervenção do Enfermeiro Especialista. Ser Enfermeiro Especialista não basta com ter o grau de Enfermeiro Especialista, pois é indispensável que faça a diferença, especialmente na tomada de decisão.

O desenvolvimento do presente documento permitiu-me entender que é imperativo aperfeiçoar os cuidados de Enfermagem e desenvolver linhas orientadoras que suportem a nossa tomada de decisão, com vista à melhoria dos cuidados prestados. Da mesma forma, a fundamentação da prática assume uma grande relevância, uma vez que proporciona a valorização do corpo de conhecimento da profissão e a relação deste com a atuação do Enfermeiro. Este estudo de caso permitiu-me sintetizar ainda mais o meu pensamento na abordagem ABCDE realizada na atuação do doente crítico e ainda intervir mais prontamente em futuras situações. Acresce que este procedimento permitirá diferenciar-me como Enfermeiro Especialista.

Considero que o maior desafio na realização do presente documento deveu-se à necessidade de síntese da informação e à articulação de conteúdos, por se tratar de um tema complexo e com várias particularidades. Reconheço, no entanto, que a realização deste estudo caso constitui uma mais-valia. Para além de me permitir adquirir mais conhecimentos neste domínio, conferiu-me a reflexão da situação e o desenvolvimento de experiência profissional e padrões de qualidade que garantam a melhoria dos cuidados ao doente no meu contexto de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. pp. 373-382.

Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. (2002). *Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico*. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016>

INEM, & DFEM. (2020). *Suporte Avançado de Vida*.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Urgência, A. d. (1998). *Enfermagem de Urgência - da Teoria à Prática*. Lusociencia.

Apêndice V- Cateter Vascular Central (CVC): cuidados específicos

Ficha de Leitura

Tema: Cateter Vascular Central (CVC): cuidados específicos

MOTIVO DA PESQUISA:

A realização desta ficha de leitura deve-se ao facto de não apresentar muitos conhecimentos sobre a utilização do CVC. No serviço de medicina intensiva, a utilização do CVC é a prática comum, sendo prioritária a realização desta ficha de leitura com o intuito de aprofundar conhecimentos sobre esta temática.

DESENVOLVIMENTO:

A colocação de cateter vascular central é uma técnica utilizada em doentes críticos, que necessitam de cuidados de alta complexidade. Este é um sistema intravascular utilizado para a monitorização da pressão venosa central (PVC), administração rápida de grande volume de fluidos, administração de fármacos vasoativos, administração de medicamentos incompatíveis entre si (cateteres de multi-lumen), infundir soluções de elevada osmolaridade (impossíveis de administrar por via periférica) e a realização de técnicas que exigem trocas de sangue(hemofiltração, hemodiálise e plasmaferese) (DGS,2022).

O Cateter Vascular Central (CVC) é um dispositivo que pode permanecer no doente durante vários dias, reduzindo o trauma associado às repetidas cateterizações venosas periféricas. As veias mais utilizadas para a colocação deste dispositivo são a jugular interna, a subclávia e a femoral (AEOP,2021).

A colocação do CVC na veia jugular interna acarreta menor risco de pneumotórax pois o risco de falhar a punção por profissionais inexperientes é menor, no entanto não é ideal para acessos de uso prolongado, devido ao alto risco de infeção grave. Também existe risco elevado de punção da carótida e em doentes obesos, torna-se difícil identificação anatómica e trata-se de uma veia com maior probabilidade de colapsar em estados hipovolémicos (DGS,2022).

Relativamente à utilização da veia subclávia, é a mais confortável para o doente, mais fácil de identificar em doentes obesos, mas há risco aumentado de pneumotórax, sendo por isso, mais difícil de fazer compressão em caso de hemorragia(idem).

A cateterização na veia femoral é um acesso rápido, que não interfere com manobras de reanimação nem entubação orotraqueal se necessárias, não há risco de pneumotórax e não necessita de posição de *Trendelenburg* durante o procedimento. Contudo a circulação de fármacos é mais demorada, é um local difícil de manter a inserção estéril e há risco aumentado de trombose iliofemoral.

O CVC como é um dispositivo que pode permanecer no doente por vários dias, pode acarretar maior risco de desenvolvimento de infeção. Deste modo, o enfermeiro que manipula este dispositivo tem um papel preponderante na minimização dos riscos de desenvolvimento de infeção, desde a sua inserção até à sua remoção.

Para isso é necessário ter diversos cuidados que estão descritos no feixe de intervenção da colocação de CVC, preconizado pela Direção Geral da Saúde (DGS). Neste feixe de intervenções é recomendada a higienização das mãos, o uso de barreiras máximas de precaução, a antissepsia da pele, a fricção de conectores com clorexidina a 2% e realização de penso (DGS,2022).

No momento de colocação do CVC devem ser integradas cinco intervenções das quais:

- 1- Garantir o treino e competência na avaliação e na colocação do CVC.
- 2- Realizar a higiene das mãos (na colocação deste dispositivo deve ser cumprida a técnica de preparação pré- cirúrgica das mãos).
- 3- Usar barreira de proteção máxima (utilização de bata esterilizada, luvas estéreis, touca e máscara).
- 4- Realizar a antissepsia da pele utilizando clorexidina a 2% em álcool.
- 5- Evitar o acesso femoral (dar preferência a inserção na veia jugular interna ou na veia subclávia).

No doente com CVC, existem cinco intervenções que são implementadas na manutenção deste dispositivo:

- 1- Avaliar diariamente a necessidade da utilização do CVC, ou seja, se é necessário mantê-lo.
- 2- Realizar a higienização das mãos antes da manipulação do CVC.
- 3- Descontaminar os pontos de acesso do CVC com a utilização de clorexidina (deve-se friccionar durante 15 segundos e deixar secar).
- 4- Realizar o penso utilizando a técnica assética.
 - 4.1- Limpar o local de inserção com técnica assética (utilização de kit de pensos e desinfeção com clorohexidina a 2%).

4.2- A substituição do penso deve ser realizada quando está visivelmente sujo (sangue ou descolado). O penso com compressa deve ser substituído ao fim de 48 horas após a sua realização anterior. O penso transparente é realizado ao fim de 7 dias.

5- Desenvolver treino e competência na manutenção do CVC.

No que concerne à substituição dos sistemas, a substituição é realizada em momentos diferentes(AEOP,2021):

- a substituição dos sistemas de soros, torneiras e conectores são de 72h/72h.
- a substituição do sistema de sangue e/ ou derivados ocorre no final da perfusão.
- a substituição dos sistemas de albumina ocorre em períodos de 24h/24h.
- a substituição dos sistemas de propofol ocorre a cada 12h.
- a substituição da rampa de cateter central ocorre a cada 96h.

Relativamente a utilização dos perfusões no lúmen do CVC são:

- no lúmen proximal deve ser colocado os fármacos vasoativos (aminas);
- no lúmen mediano pode-se colocar os restantes fármacos (sedação e analgesia)
- no lúmen distal pode-se colocar na rampa para perfusões (soro base, iões, antibióticos) e vias de emergência.

Em suma o cateter vascular central é um dispositivo essencial para doentes críticos que necessitam da monitorização hemodinâmica, da administração de medicamentos, de nutrição parentérica e da administração de hemoderivados.

Embora os benefícios do uso do CVC sejam notáveis, o procedimento de inserção e manutenção exige habilidades específicas e cuidados rigorosos para prevenir complicações, como infeções e trombozes. As práticas de assepsia, a monitorização constante e a formação adequada são pontos essenciais para minimizar os riscos e garantir o sucesso terapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. (2021). Recomendação de boas práticas Acessos Vasculares Centrais. https://www.aeop.pt/ficheiros/AVC.Doc.Final_.pdf

Direção-Geral de Saúde. (2022). Norma nº 022/2015: “*feixe de intervenções*” para a prevenção da infeção 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