

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**TORNAR-SE ESPECIALISTA NO CUIDAR DA
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA POR
QUEIMADURA**

Letícia Pereira Alves Mendes

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica.**

**Funchal,
2021**

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**TORNAR-SE ESPECIALISTA NO CUIDAR DA
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA POR
QUEIMADURA**

Letícia Pereira Alves Mendes

Orientadora: Professora Doutora Luísa Santos

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica.**

**Funchal,
2021**

Ao meu amado Pai, João de Sousa Fernandes Alves e
Avô, João Pereira, por terem acreditado sempre em mim.

AGRADECIMENTOS

À pessoa mais importante da minha vida, a minha mãe, o meu Muito Obrigado por todo o amor e apoio incondicional.

À minha família, o meu porto de abrigo, o meu maior obrigado por terem acreditado sempre em mim e compreendido todos os momentos de ausência.

Ao meu amado marido, João Mendes, o meu obrigado pela motivação e paciência demonstrada ao longo destes morosos meses.

Às minhas colegas de curso, Piera Gómez, Angélica Sousa e Carla Jesus o meu obrigada pela amizade e partilha de aprendizagens.

A toda a minha equipa, do piso 7º, ala Nascente, do Hospital Dr. Nélio Mendonça, obrigada por todo incentivo demonstrado ao longo deste percurso. À minha, mais recente equipa, da Área Contingência COVID-19, do Hospital Dr. Nélio Mendonça, o meu obrigado pelos desafios ultrapassados e as aprendizagens alcançadas durante uma pandemia.

À professora Doutora Luísa Santos, pela motivação e momentos de reflexão, o meu obrigada. Foi um prazer aprender e crescer consigo.

Aos meus orientadores de campos de estágios: Gisela Teixeira, Miguel Rodrigues e Bruno Costa, o meu obrigada pelo acolhimento nos diferentes contextos de atuação e pela partilha de conhecimentos e experiências.

À Escola Superior de Enfermagem São José Cluny, o meu maior obrigado pela exigência e rigor de ensino demonstrado tanto na Licenciatura como ao longo da Especialidade.

A todos os que se cruzaram comigo e, de uma forma ou de outra, contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, o meu muito obrigado.

RESUMO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, ano lectivo 2018-2020 e visa a obtenção do grau de Mestre. O grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica é atribuído a quem tenha conhecimentos aprofundados e especializados na sua área de atuação e demonstre níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão refletida e fundamentada na mais recente evidência científica.

Pretendo com este relatório descrever o percurso ensino-aprendizagem de aquisição de competências de Mestre no Cuidar de Pessoas e/ou Famílias em Situação Crítica por Queimadura, desenvolvidas a partir dos ensinamentos clínicos: Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça e Unidade de Cuidados Intensivos de Queimados, do Centro Hospitalar do São João. Contribuíram para a consolidação das competências adquiridas o Regulamento n.º 140/2019 relativo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento n.º 429/2018 referente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A pessoa em situação crítica por queimadura e a sua família exige cuidados de enfermagem altamente qualificados e prestados de forma contínua a fim de manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2017).

O enfermeiro especialista valoriza as experiências que contribuem no processo de construção do conhecimento e reconhece a importância dos projetos de autoformação na sua formação pessoal e profissional e busca alcançar a excelência dos cuidados através de uma prática competente e assertiva fundamentada nos princípios ético-deontológicos e principais referenciais da profissão de Enfermagem.

Descritores: Enfermagem Médico-Cirúrgica / cuidar / especialização / competências.

ABSTRACT

This report was prepared in the framework of the 3rd Master's Course in Medical-Surgical Nursing, of the São José de Cluny School of Nursing, academic year 2018-2020 and aims to obtain the Master's degree. The Master's degree in Medical-Surgical Nursing is awarded to those who have in-depth and specialized knowledge in their area of activity and demonstrate high levels of clinical judgment and decision-making reflected and based on the latest scientific evidence.

I intend with this report to describe the teaching-learning path of master skills acquisition in the Care of People and/or Families in Critical Situation by Burns, developed from the clinical teachings: Emergency Service of the Dr. Nélio Mendonça Hospital and Intensive Care Unit of Burns, of the Hospital Center of São João. The Regulation No. 140/2019 on the Common Competencies of specialist nurses and Regulation No. 429/2018 on the Specific Competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing contributed to the consolidation of the acquired competencies.

The person in critical burn situation and his family requires highly qualified nursing care and provided continuously in order to maintain basic functions of life, preventing complications and limiting disabilities in view of their total recovery. (OE, 2017)

The specialist nurse values the experiences that contribute to the process of knowledge construction and recognizes the importance of self-training projects in their personal and professional training and seeks to achieve excellence in care through a competent and assertive practice based on the ethical-deontological principles and main references of the nursing profession.

Keywords: Medical-Surgical Nursing / care / specialization / competencies.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABA – American Burn Association

AINE – Anti-Inflamatório Não Esteroide

ASCQ – Área de Superfície Corporal Queimada

AVD – Atividades de Vida Diária

BPS – Behavioural Pain Scale

CVP – Cateter Venoso Periférico

CIPE – Classificação Internacional Prática de Enfermagem

COVID-19 – Coronavirus Disease

DGS – Direção Geral da Saúde

EBA – European Burns Association

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

HNM – Hospital Dr. Nélio Mendonça

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ISBI – International Society for Burn Injury

MRSA – Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p.e. – Por exemplo

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

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

RAM – Região Autónoma da Madeira

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SpO₂ – Saturação de oxigénio

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

TOT – Tubo Orotraqueal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UPP – Úlceras por pressão

UQ – Unidade de Queimados

VNI – Ventilação Não Invasiva

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

Kg – Quilogramas

% - Percentagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO I – TORNAR-SE ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA POR QUEIMADURA	12
1.1. Cuidar da Pessoa em Situação Crítica por Queimaduras	13
1.2. Papel do Enfermeiro Especialista como Facilitador do Processo de Transições na Pessoa/Família Vítima de Queimaduras.....	16
CAPÍTULO II - AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO CUIDADO À PESSOA VÍTIMA DE QUEIMADURA, DO CONTEXTO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA À UNIDADE DE QUEIMADOS.....	20
2.1. Aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	23
2.2. Aquisição de Competências Específicas na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica por Queimadura	37
CAPÍTULO III – MESTRIA NO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA POR QUEIMADURA.....	65
CONCLUSÃO	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74

INTRODUÇÃO

A cada dia é exigido aos profissionais de enfermagem mais conhecimentos como solução para as demandas emitidas pela sociedade, pois precisam de estar qualificados para cuidar e fazer a diferença nos serviços. Os enfermeiros são tidos como agentes ativos e participativos na sociedade, precisando por esse motivo de adquirir ao longo da vida, os saberes necessários para produzir a sua própria competência, com qualificações válidas no espaço social e profissional.

A prestação de cuidados de enfermagem de excelência é um desafio importante para qualquer enfermeiro e o alcance desta excelência tem muito a ver com a arte de saber cuidar. A formação inicial fornece instrumentos, conceitos e referências, mas cabe a cada enfermeiro fazer o seu caminho de aprendizagem tendo subjacente a vontade de aprender e aumento de saberes.

O presente Relatório de Estágio integra-se no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do ano letivo 2018-2020, da Escola Superior de Enfermagem São José Cluny (ESESJC) e pretende dar resposta à Unidade Curricular Relatório.

O plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica está estruturado em três semestres, os quais estão organizados por atividades teóricas, teórico-práticas e práticas e incluiu a realização de três estágios, que decorreram: no Serviço de Urgência e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Dr. Nélio Mendonça – SESARAM, EPE, e numa área de opção, que neste caso foi na Unidade de Cuidados Intensivos de Queimados do Hospital de São João.

Com este relatório pretendo descrever o percurso ensino-aprendizagem desenvolvido ao longo de diferentes ensinamentos clínicos, nos quais pude consolidar conhecimentos e competências científicas, técnicas, ético-deontológicas e humanas e, assim, demonstrar a aquisição de competências comuns e especializadas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A elaboração deste Relatório teve por base a conceção de um projeto de autoformação dirigido à pessoa vítima de queimadura, no qual planeei objetivos e delineei estratégias que foram implementadas no Estágio de Opção. Para tal, apoiei-me no Regulamento n.º 140/2019 relativo às Competências Comuns do Enfermeiro

Especialista e no Regulamento n.º 429/2018 respeitante às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica para fundamentar a aquisição de competências comuns e especializadas.

A seleção pela Pessoa em Situação Crítica por Queimaduras emergiu da imperatividade de aprofundar conhecimentos e competências nos cuidados prestados a esta população específica. Ao exercer funções no Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva, Estética e Maxilo-Facial, presto cuidados a doentes hospitalizados por queimaduras ligeiras a moderadas. A Região Autónoma da Madeira não possui nenhuma Unidade de Queimados, pelo que os grandes queimados são transferidos para Unidades de Queimados em Portugal Continental. Nesse contexto, assisti no transporte inter-hospitalar desde Portugal Continental para Região Autónoma da Madeira, por duas vezes, por meio aéreo, em voos comerciais, cujo acompanhamento fez-se apenas por um enfermeiro, pois os doentes encontravam-se em fase de reabilitação. Na primeira vez, acompanhei um doente do sexo masculino, idoso, caucasiano, vítima dos incêndios florestais que ocorreram no Verão de 2016 que se encontrava internado na Unidade de Queimados do Hospital de São João, com uma ASCQ de cerca de 36% ao nível do tronco e membro superiores. Na segunda vez, assisti no transporte de um doente do sexo masculino, adulto, caucasiano, vítima de queimaduras por fogo na sequência de uma crise convulsiva, com uma ASCQ de cerca de 45% ao nível da cabeça, tronco e membros inferiores que se encontrava hospitalizado no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Um estudo recente realizado sobre a relação entre profissionais mais qualificados e mais e melhores cuidados de saúde, revela que um aumento de 10% na proporção de enfermeiros especialistas poderia reduzir a mortalidade em 2%. Nesse mesmo estudo observou-se que os doentes cuidados por enfermeiros especialistas recebiam cuidados com maior frequência e tiveram cerca de 1/3 das complicações comparativamente aos cuidados prestados por enfermeiros não especialistas. Concluíram que os enfermeiros especialistas prestam melhores cuidados de saúde através do melhor atendimento direto ao doente, com o fornecimento de cuidados mais oportunos, personalizados e abrangentes e, indiretamente através da educação em relação às doenças, ajuda na autogestão de doenças e promoção de boas práticas. (Lopes, Gomes e Almada-Lobo, 2018)

O enfermeiro especialista no desempenho das suas intervenções aplica conhecimentos obtidos por diversas filosofias, modelos conceptuais e teóricos para melhorar a prática, orientar a investigação e fundamentar a prática de enfermagem. A teoria das transições desenvolvida por Meleis visa cuidar do cliente/família que experimenta transições, associadas principalmente a problemas de saúde, cabendo ao enfermeiro antecipar essas transições ou completar o ato da transição. (Meleis, 2010) O papel do enfermeiro consiste em apoiar o cliente e/ou família a se adaptar a um novo ambiente, contribuindo para o seu bem-estar. Enquanto enfermeira especialista apoiei-me nesta teoria para fundamentar os cuidados de enfermagem prestados ao longo dos estágios desenvolvidos e, em especial, na pessoa vítima de queimaduras.

A metodologia utilizada é descritiva, analítica e reflexiva. Para o processo de crescimento profissional contribuiu o pensamento crítico manifestado perante as situações ocorridas, a experiência pessoal e profissional detida até então e a procura de respostas por meio de pesquisas em base de dados científicas.

O relatório encontra-se estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo aborda o cuidado especializado à pessoa em situação crítica por queimadura, na generalidade e, diferencio o enfermeiro especialista como facilitador do processo de transições na pessoa/família vítima de queimaduras, segundo a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

No segundo capítulo faço uma breve descrição dos estágios realizados e analiso em maior detalhe a aquisição de competências comuns e específicas por meio de descrição das atividades realizadas e experiências vivenciadas. De forma a evidenciar o seguimento da pessoa vítima de queimadura, desde a sua admissão até à sua transferência, optei por abordar os dois campos de estágio que traduzem esse percurso: Serviço de Urgência e Opção – Unidade de Cuidados Intensivos de Queimados, nos quais procurei situar o papel do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. O último capítulo é destinado à mestria dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica por queimadura.

Este trabalho teve o apoio do documento fornecido pela ESESJC referente à “Elaboração de Trabalhos Académicos: síntese de orientações”, assim como as citações e referências bibliográficas regem-se pelas Normas da *American Psychological Association* (APA) 7th edition.

**CAPÍTULO I – TORNAR-SE ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NO
CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
POR QUEIMADURA**

1.1. Cuidar da Pessoa em Situação Crítica por Queimaduras

A queimadura é uma lesão complexa da pele que requer cuidados específicos e multidisciplinares. A pele humana pode tolerar, sem prejuízo, temperaturas de até 44°C. Acima deste valor, ocorre perda ou dano de tecido devido à coagulação, desnaturação da proteína ou ionização do conteúdo celular. O grau de lesão está diretamente relacionado à temperatura e ao tempo de exposição e podem ser causadas por calor, eletricidade, radiação, químicos ou inalação de fumo (Bolgiani & Serra, 2010; Silva & Castilhos, 2010)

O Conselho Internacional de Enfermeiros (2015), define queimadura como:

Ferida traumática: rotura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas, devido a lesões pelo calor resultantes de exposição a agentes térmicos; químicos; elétricos ou radioativos; caracterizada por coagulação das proteínas das células, aumento do metabolismo, perda da reserva de nutrientes nos músculos e no tecido adiposo, perda de proteínas e compostos azotados, por grande dor, desconforto e stress, com risco de choque e com risco de vida; necrose dos tecidos, infeção da ferida, contracturas, escara hipotrófica com rigidez de espessamento, em que o cliente fica profundamente desfigurado; queimadura de 1.º grau, 2.º grau e 3.º grau. (p. 76)

As queimaduras são uma importante causa de mortalidade e morbidade no mundo. Ocorrem cerca de 180 000 mortes por queimaduras por ano, sobretudo em países de baixo e médio rendimento. As mulheres e crianças são os grupos de maior risco, ocorrendo a maioria dos acidentes em casa e no local de trabalho (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2018)

Em 2004, cerca de 11 milhões de pessoas exigiram cuidados médicos por queimaduras graves. Os acidentes por queimaduras são a principal causa de hospitalizações prolongadas, desfigurações, traumas emocionais e incapacidade funcional. O impacto da queimadura não se limita apenas à pessoa, a família também sofre várias fontes de *stress* que a obriga a ajustes e redistribuição de papéis. (Pinto et al., 2008) É estimado que sejam gastos, anualmente, no tratamento de queimaduras cerca de 13 milhões de euros (OMS, 2018).

A investigação “Burden of burns in Portugal, 2000-2013: A clinical and economic analysis of 26.447 hospitalisations” foi o maior estudo epidemiológico realizado no Sul da Europa sobre o impacto clínico e económico em pessoas internadas por queimaduras. Considerando os dados desse estudo, houve uma taxa de hospitalização de 18.9/100.000 habitantes/ano, o que correspondeu a 1889 admissões/ano. A taxa de mortalidade foi de 4.4%, das quais, 54% foram mortes

prematuras. A face, cabeça e pescoço foram as áreas anatómicas mais atingidas com uma percentagem de 37.2%. As queimaduras por líquidos quentes foi a causa mais frequente com 53.2%. Em 7% das pessoas, a área de superfície corporal queimada (ASCQ) foi superior a 30%. O custo médio por admissão atingiu os 8.032 euros (Santos et al., 2016)

Apesar do número de hospitalizações por queimadura ter vindo a diminuir nas últimas décadas em Portugal, os números nacionais continuam acima dos países Europeus assim como, mais de metade das pessoas internadas não são transferidas para unidades de referência, tal como preconizado (Santos et al., 2016).

A Norma nº 024/2012 diz que a existência de unidades de queimados, dentro de uma área específica do hospital, veio proporcionar a esta população cuidados de saúde adequados e especializados desde a fase aguda até às sequelas pós queimadura. As unidades de queimados são o serviço destinado ao tratamento completo de pessoas vítimas de queimaduras e representam o motor de progresso técnico-científico ocorrido nos últimos 50 anos. Os conhecimentos obtidos nas unidades de tratamento de queimaduras contribuíram para inovações na área de ressuscitação, lesão por inalação, excisão e enxertos precoces, controle de infeções e alterações metabólicas (Internacional Society for Burn Injury [ISBI], 2016).

Existe em Portugal cinco unidades de queimados distribuídos pelo Hospital da Prelada, Hospital de São João, Hospital Universitário de Coimbra, Hospital de Santa Maria, Hospital São José e Dona Estefânia (Ministério da Saúde, 2013).

Segundo a Norma nº 024/2012, Portugal dispõe de um total de 37 camas, e necessita de uma dotação de 15-20 camas de cuidados especiais, incluindo ventilação mecânica e monitorização invasiva, para adultos, e de 8-9 camas de cuidados especiais para crianças. As unidades de queimados encontram-se permanentemente lotadas, admitindo 75 internamentos, ou mais, por ano, conforme recomendado.

Deve ser referenciado para uma unidade de queimados toda a pessoa nas seguintes situações: idades <5 anos e >65 anos; queimaduras em mais de 10% de superfície corporal queimada; queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, mãos e pés; queimaduras circulares do tórax e/ou membros; queimaduras de 3º grau em qualquer grupo etário; queimaduras elétricas; queimaduras químicas; queimaduras com lesões e/ou doenças associadas (p.e.: diabetes mellitus, doença hepática, renal, cardíaca, psiquiátrica e/ou neurológica e neoplasias e situações de imunodepressão); lesão por inalação de fumo e/ou substâncias tóxicas; carboxihemoglobina >10%; necrose

epidermólise tóxica (Síndrome de Lyell); queimaduras sem cicatrização entre o 10º e 14º dia ou com cicatrizes, de alguns meses e, queimaduras que requeiram intervenção social, emocional ou de reabilitação, conforme referido pela Norma nº 022/2012.

A Norma nº 023/2012 explica que a queimadura é vista, inicialmente, como um traumatismo local, mas pode progredir rapidamente para um fenómeno geral e comprometer vários órgãos vitais (rim, coração, cérebro, pulmões) e, pela sua magnitude, levar a falência multiorgânica.

As queimaduras provocam alterações locais e sistémicas. De acordo com a classificação de Jackson podem ser identificadas três zonas na lesão cutânea, a partir do centro para fora. A zona de coagulação, área central, é a mais danificada por haver morte celular irreversível. A zona circundante é caracterizada por inflamação e circulação comprometida, com potencial de recuperação. A zona de hiperemia, área mais externa, é a qual ocorreu envolvimento celular mínimo e cicatriza com facilidade (Wraa, 2010; Bolgiani & Serra, 2010; Urden et al., 2008). A norma nº 022/2012 indica que ao fim de 48 horas, a zona de estase pode evoluir para zona de coagulação, aumentando o tamanho e profundidade da queimadura inicial, por isso é que a avaliação definitiva das queimaduras só acontece ao fim de dois a três dias (Nielson et al., 2018).

Em lesões extensas, com ASCQ superior a 30%, a resposta inflamatória torna-se sistémica e caracteriza-se por: edema e inflamação; as alterações hemodinâmicas; renais; do trato digestório; hipermetabolismo e imunossupressão. Imediatamente após a lesão ocorre a libertação de mediadores de inflamação provocando edema local e em órgãos distantes. As hormonas da fase aguda e mediadores como angiotensina, aldosterona e vasopressina reduzem o fluxo sanguíneo renal, logo após o trauma, podendo levar a oligúria e consequente necrose tubular aguda e insuficiência renal. A nível do trato digestivo verifica-se atrofia da mucosa, alterações na absorção de glicose, aminoácidos e ácidos gordos e aumento da permeabilidade intestinal. O sistema imunitário, na pessoa vítima de queimadura, encontra-se deprimido, pois a ativação e atividade dos neutrófilos, macrófagos, linfócitos T e linfócitos B está reduzida, tornando-os mais suscetíveis a infeções bacterianas, pneumonias e infeções fúngicas e virais. O hipermetabolismo apesar de estar presente em todas as lesões graves, em grandes queimaduras pode ser de até 200% e pode manter-se durante meses, levando à perda ponderal de peso e massa muscular e, só retorna ao normal após a sua cicatrização (Stein, Bettinelli & Vieira, 2013). As alterações metabólicas devem-se à libertação de hormonas catabólicas como catecolaminas, glicocorticóides e glucagon que provocam

taquicardia, aumento do gasto energético e consumo de oxigénio, proteólise, lipólise e perdas nitrogenadas graves (Nielson et al., 2018).

As queimaduras de 1º grau não exigem penso e são tratadas com pomadas tópicas (p.e.: Sicalfate, Biafine) para manter a pele húmida e diminuir a dor. Estas geralmente cicatrizam ao fim de 5-7 dias e podem ser tratadas no domicílio. Já as queimaduras de 2º grau profundas e 3º grau requerem tratamento das feridas e hospitalização (Tavares & Silva, 2015).

A pessoa vítima de queimadura insere-se na categoria das vítimas de trauma e pode ser designada como pessoa em situação crítica, cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, como se pode constatar no Regulamento nº 429/2018. Estas pessoas necessitam de cuidados altamente qualificados e de forma imediata e continua a fim de manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar sequelas a longo prazo.

De acordo com a Norma n.º 024/2012, a equipa de saúde, da unidade de queimados, deve ser constituída por cerca de 50% de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica (EMC), devendo existir, pelo menos, um por turno. Tal, deve-se ao fato do enfermeiro especialista ser reconhecido por possuir conhecimentos e competências técnico-científicas e humanas para prestar, para além dos cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializada na área da sua especialidade.

1.2. Papel do Enfermeiro Especialista como Facilitador do Processo de Transições na Pessoa/Família Vítima de Queimaduras

Cada pessoa, enquanto ser único, com dignidade própria e capacidade de autodeterminação, vivencia um projeto de saúde no qual transforma e integra as mudanças da sua vida no seu projeto de vida a fim de viver saudável (OE, 2012). A forma como cada um lida com os momentos de passagens inerentes à sua existência, quer sejam expectáveis e/ou imprevistos, é influenciada pelos seus recursos pessoais e externos, sua capacidade de adaptação, experiências anteriores e significados atribuídos aos acontecimentos, como também pela família na qual se insere (Santos et al., 2015).

A queimadura provoca alterações significativas na qualidade de vida da pessoa, no seu autocuidado, na sua vida familiar, profissional e social. A doença num

dos membros da família provoca sentimentos de angústia e *stress* que resultam em mudanças estruturais e/ou transacionais. As mudanças de papéis desde a esfera sexual, passando pelo nível económico, até à própria filosofia existencial e teológica coloca em risco a funcionalidade familiar e pode transformá-la numa “família doente” e contribuir para o seu isolamento (Pinto et al., 2008).

A preocupação de enfermagem pelos possíveis problemas que as pessoas possam sofrer se não estiverem adequadamente preparados para uma experiência de transição é apresentada na Teoria das Transições de Afaf Meleis. Faria et al. (2019) salienta que o saber em enfermagem aplicado à utilização de teorias no processo de Enfermagem, proporciona um fundamento racional para a tomada de decisões, julgamentos, relações interpessoais e ações, refletindo-se em cuidados mais seguros, qualificados e humanizados.

Para Meleis, as transições são um conceito central em enfermagem. A palavra “transição” é utilizada para descrever a passagem de um estado, lugar ou condição para outro. Meleis diz que ao longo da vida as pessoas experimentam várias fases de mudanças caracterizadas por períodos de instabilidade, precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade (Santos et al., 2015). Os eventos críticos estão frequentemente associados a períodos de maior vulnerabilidade para os indivíduos e dificuldades no desempenho do autocuidado e o cuidar (Meleis, 2010).

A teoria das transições é composta pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedades), pelas condicionantes facilitadoras e inibidoras da transição (pessoais, comunidade e sociedade), padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultado) e intervenções terapêuticas de enfermagem. (Meleis, 2010)

Quanto à sua natureza, as transições podem ser de quatro tipos: desenvolvimental (relativas a mudanças no ciclo vital), situacional (quando os acontecimentos implicam mudança de papéis nos vários contextos), saúde-doença (quando envolve mudança do estado de bem-estar para o estado de doença aguda ou crónica) e organizacionais (relacionadas ao ambiente, alterações sociais, políticas, económicas ou intraorganizacional).

As transições relacionadas com estado de saúde, bem-estar e capacidade de cuidar de si mesmo são do domínio da enfermagem, dado que o enfermeiro é o profissional que mais tempo passa com a pessoa e a sua família, seja assistindo-os ou dando-lhes apoio psicológico, logo encontram-se numa posição privilegiada para identificar as pessoas mais vulneráveis e/ou em maior risco de doenças.

As intervenções terapêuticas de enfermagem visam proporcionar conhecimentos e capacidades àqueles que vivem transições, tornando-as mais saudáveis. De tal forma que o enfermeiro com base no conhecimento do desenvolvimento humano e o seu crescimento pessoal, assim como, da compreensão das respostas de *stress* durante o período de transição está consciente das dificuldades e adaptações que serão necessárias durante o processo de doença e posterior reabilitação, intervindo precocemente nesses momentos.

O artigo 2º do Regulamento nº 429/2018 especifica que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica concebe planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.

É fundamental que os profissionais tenham conhecimento da dinâmica da família, das suas potencialidades e condições de adaptação aos eventos stressantes, para que seja considerada alvo da promoção do conforto e assistência. Quando a família aceita as exigências da doença do seu familiar está a contribuir para a libertação de tensões e conflitos internos, aumentando o sentimento de pertença entre os seus membros e fazendo com que a pessoa se sinta integrada e ativa na família. (Pinto et al., 2008)

A experiência de uma situação limite, como é uma grande queimadura, é vivida de forma singular, violenta e emocional. No momento do acidente, a pessoa sofre a ameaça de morte e medo da morte. Depois, durante o internamento, a maior preocupação do doente é com as mudanças corporais e com a ansiedade/dor associada à realização de procedimentos, como seja, a execução dos pensos e o momento do banho. Mais tardiamente, estes enfrentam problemas com a identidade pessoal, sobretudo quando a lesão atinge os órgãos sexuais e face (Carlucci et al., 2007).

Quando as queimaduras se localizam em áreas expostas (p.e.: face, pescoço, membros superiores e mãos), estes tendem a mudar os hábitos de vestuário, recorrendo a roupas e acessórios para esconderem as cicatrizes. A mudança de estilo e vestuário é um processo natural de adaptação e defesa usado pelas vítimas de queimadura na tentativa de reduzirem sentimentos depreciativos em relação à sua aparência física e favorecer as suas relações interpessoais. Uma das dimensões sociais gravemente afetada é a área do relacionamento afetivo e sexual devido às alterações da textura da pele e os constrangimentos em expor o corpo. Outra dimensão fortemente prejudicada

é a do autocuidado, visto que estas pessoas se tornam muitas vezes, física, social e economicamente dependentes de terceiros (Miranda, 2013).

Os significados atribuídos pelas pessoas e as condições ambientais nas quais ocorrem, irão facilitar ou inibir que aconteça um processo de transição saudável. Meleis considera que uma transição é bem-sucedida quando a pessoa/família evidencia bem-estar subjetivo, bem-estar nos relacionamentos e domínio de papéis. A reintegração da pessoa vítima de queimadura na família e na sociedade, após a queimadura, é a principal referência de melhoria contínua da qualidade dos cuidados (ISBI, 2016).

Os profissionais de saúde devem ter uma atitude de maior aproximação com os familiares para ouvi-los, conhecê-los, apoiá-los e ajudá-los para que estes possam desempenhar e legitimar o seu papel de apoio (Silva & Ribeiro, 2011). A par com os familiares, os profissionais atuam de forma a reduzir as dificuldades vivenciadas pela pessoa vítima por queimaduras, ajudando-o a organizar a sua vida, aceitar a sua nova imagem corporal e capacitando-o a melhorar a sua condição física e autoestima.

**CAPÍTULO II - AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS NO CUIDADO À PESSOA
VÍTIMA DE QUEIMADURA, DO CONTEXTO DO
SERVIÇO DE URGÊNCIA À UNIDADE DE
QUEIMADOS**

Neste capítulo pretendo fazer uma breve contextualização dos campos de ação onde foram desenvolvidos os ensinamentos clínicos I, II e III, correspondentes ao Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Unidade de Cuidados Intensivos de Queimados, respetivamente.

O ensino clínico I decorreu no Serviço de Urgência Polivalente do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM), serviço mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência de adultos existente no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM). Ocorreu entre o período de 10 de janeiro e 5 de fevereiro de 2019 e teve como objetivo principal: prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade à pessoa em situação crítica em contexto de serviço de urgência. Este serviço é composto por uma área de admissão e registo onde é realizada a triagem de Manchester; sala de espera; quatro gabinetes de observação médica (três de medicina interna e um de cirurgia); sala de emergência; sala de tratamento; sala de recuperação; sala de cirurgia; sala de ortopedia; sala aberta e sala de observação (oito camas e um isolamento) e sala de cuidados especiais (duas camas).

Ao ter estagiado na sala de observação/sala de cuidados especiais, principais áreas de destino de doentes instáveis, com necessidade de vigilância contínua e monitorização, pude aprofundar conhecimentos na vigilância primária e secundária da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; consolidar saberes a nível da monitorização invasiva e não invasiva; prestar cuidados a doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva e não invasiva e com terapias de substituição da função renal (p.e.: diálise); acompanhar no transporte intra-hospitalar de doentes com necessidade de realizar exames de diagnóstico (p.e.: raio-x, TAC); gerir prioridades e treinar a transmissão de más notícias. Na sala de triagem tive oportunidade de aferir os princípios de triagem e atuação; na sala de emergência pude praticar o suporte avançado de vida, do adulto e, em particular, do trauma; aprofundar conhecimentos sobre as principais terapêuticas de urgência/emergência e aprimorar o trabalho em equipa.

O ensino clínico II decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do HNM que se situa no Andar Técnico (UCIP 1) e no 1º Piso, sala 10 (UCIP 2). É um serviço de medicina intensiva nível III, composto por um total de 11 camas. Este serviço admite doentes críticos vindos de unidades intermédias, serviços de internamento, serviço de urgência, bloco operatório e da emergência intra-hospitalar, quando se justifica o seu internamento. Os principais critérios de admissão são por insuficiência respiratória aguda, paragem cardio-respiratória, choque (p.e.: séptico, hipovolémico,

cardiogénico), disfunção multiorgânica ou pós-operatório imediato de cirurgias major. Tiver oportunidade de desenvolver e aprofundar conhecimentos teórico-práticos sobre ventilação mecânica invasiva (VMI), pneumotórax iatrogénico e hipertensivo, drenagem torácica, úlceras gástricas e duodenais, enfisema subcutâneo, leptospirose, peritonite, choque séptico e hipovolémico, encefalopatia hepática, entre outros. Também adquiri conhecimentos sobre as principais drogas de emergência, tais como: noradrenalina, dobutamina, dopamina, propofol, midazolam, fentanil e remifentanil e tive autonomia para gerir protocolos terapêuticos, tais como: reposição de potássio, se potássio <4mmol/L; administrar nutrição entérica, praticar aspiração de secreções segundo técnica asséptica, aplicar o protocolo de prevenção da transmissão cruzada por colonização/infeção por MRSA, administrar insulino-terapia em perfusão contínua, etc.

Para o ensino clínico III – Opção, escolhi a Unidade de Cuidados Intensivos de Queimados do Centro Hospitalar de São João por ser uma unidade específica. A Unidade de Queimados fica situada no piso 7, na ala Nascente, ao lado do serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva, Estética e Maxilo-Facial e possui as seguintes áreas funcionais: sala de admissão, bloco operatório exclusivo e específico para queimados, sala de balneoterapia e internamento com cinco quartos de isolamento com equipamentos específicos e ventilação mecânica e monitorização invasiva, se necessário.

A pessoa vítima de queimadura pode advir do serviço de urgência, serviço de cirurgia plástica e/ou outras unidades hospitalares do país. Este estágio decorreu entre o período de 04 a 30 de março de 2019, no qual aprofundei conhecimentos sobre a pessoa/família em situação crítica por queimadura; desenvolvi competências especializadas ao nível da prestação de cuidados à pessoa vítima de queimadura sob VMI e com sedoanalgesia; realizei sessões de balneoterapia; executei pensos a feridas por queimaduras e participei em cirurgias de limpeza e enxertia; desenvolvi habilidades de comunicação com a pessoa vítima de queimadura sob VMI; preparei a alta e/ou transferência para outro serviço e desenvolvi uma prática responsável e consciente conforme as normas de prevenção e controlo de IACS vigentes no serviço.

Seguidamente relato o percurso de aquisição de competências, partindo da análise das competências comuns do enfermeiro especialista até às competências específicas do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, à medida que explano o percurso percorrido pela pessoa vítima de queimadura, desde o Serviço de Urgência até à Unidade de Queimados.

2.1. Aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o regulamento nº 140/2019, as competências do enfermeiro especialista resultam do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidado gerais. Inobstante à área de especialidade, todos os especialistas partilham de um grupo de domínios comuns que lhes permitem atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.

No percurso de aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e, em conformidade com o artigo 5.º do Regulamento n.º 140/2019, desenvolvi uma prática de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontológicos da profissão.

Nesse sentido, procurei conhecer as necessidades da população admitida no serviço de urgência (SU) e unidade de cuidados intensivos (UCI). O serviço de urgência do HNM recebe, maioritariamente, idosos dependentes e com várias comorbilidades; adultos com situações agudas osteoarticulares e do foro médico-cirúrgico e também pessoas em fim de vida. O serviço de urgência é muitas vezes usado como primeira escolha no acesso aos cuidados de saúde, em vez dos cuidados de saúde primários, levando à sua sobrelotação, com repercussões negativas na qualidade dos cuidados de saúde. A multiculturalidade é uma realidade presente nos serviços de saúde da Região Autónoma da Madeira (RAM) tendo em conta o número de turistas que visitam a ilha. A barreira linguística é tida como o principal obstáculo no momento da prestação de cuidados e na satisfação dos serviços de saúde prestados.

No exercício da minha prática procurei abster-me de juízos de valores sobre os comportamentos das pessoas, ao respeitar as suas opções culturais, morais e religiosas. Prestei cuidados sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica e religiosa, como também procurei atender a populações com necessidades especiais (p.e.: surdos-mudos, invisuais, paralisia cerebral, etc).

O respeito pelo direito da pessoa idosa à sua independência física, psíquica e social, assim como, do seu autocuidado, num serviço de urgência, é desafiante dado que se encontram, na maioria das situações, restritos a uma maca e/ou cama e num ambiente desconhecido promotor de estados de desorientação ou delírio. Muitos doentes idosos à admissão do serviço de urgência estão lúcidos, mas frequentemente, na primeira noite de hospitalização manifestam estados de consciência alterados e desorganização do pensamento relacionados com a mudança abrupta de residência para uma enfermaria; a doença (p.e.: febre, desidratação, dor) e a fatores, tais como: cateter

vesical, máscara de oxigénio, cateteres venosos periféricos, consumo de sedativos, entre outros. Estratégias como identificar-me antes de prestar cuidados e conversar com os doentes com o objetivo de orientá-los em relação ao tempo e espaço, são medidas simples que minimizam o impacto da hospitalização nos idosos. Também tive em consideração a promoção do sono, correção de défices visuais (uso de óculos) e auditivos (uso de aparelho auditivo e/ou falar pausadamente junto ao ouvido) e disponibilizar a campainha.

Procurei respeitar o direito de acompanhamento de toda a pessoa com deficiência, em situação de dependência e doença incurável em estado avançado e em estado final de vida, no serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos. Com base no artigo 20º, da Lei nº 15/2014, os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a informação e orientação necessária, para que este possa, se assim entender, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada. A presença de familiares, principalmente às refeições no serviço de urgência, é benéfica para os doentes e gratificante para os cuidadores, ao sentirem-se prestáveis e terem um impacto positivo no restabelecimento da saúde do seu familiar.

Tive em consideração a Declaração Universal dos Direitos Humanos no que diz respeito ao direito à vida e ao direito de os cidadãos não serem submetidos a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, ao praticar apenas e somente as intervenções necessárias para atingir determinados resultados em saúde.

É um direito do doente participar nas decisões que envolvem os seus cuidados, em que este assume-se como sujeito capaz de pensar e agir e decidir o que é melhor para si, alicerçado em conhecimentos e informações compartilhadas com os profissionais da saúde. O respeito pelo direito à autodeterminação foi assegurado ao informar o doente e esclarecê-lo de forma clara e de acordo com o seu grau de escolaridade e as suas condições clínicas e psíquicas. Também foi respeitado o direito de o doente dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer intervenção. Informei acerca do plano de cuidados de enfermagem a ser implementado e pedi o consentimento informado, esclarecido e livre dos doentes, sempre que aplicável. Nos casos de obnubilação ou coma, recorri ao consentimento presumido, salvaguardando o bem maior, a vida.

As passagens de turno na UCI são feitas num primeiro momento par a par e depois com todos os elementos da equipa, no centro da unidade. A unidade de queimados de São João possui a particularidade de possuir um sistema de vídeo

vigilância e de telemetria que permite passar o turno no gabinete de enfermagem, mantendo sempre a vigilância do doente. Por outro lado, as passagens de turno no SU são realizadas, habitualmente, no gabinete de enfermagem com a desvantagem de não ser à cabeceira do doente. Também a metodologia de trabalho difere nos dois serviços. A metodologia de trabalho dos enfermeiros de cuidados intensivos é por enfermeiro responsável, em comparação ao serviço de urgência em que os enfermeiros são distribuídos por área de cuidados, predominando o trabalho por tarefa, com exceção dos cuidados especiais em que os doentes são atribuídos a um enfermeiro responsável. O método de trabalho por enfermeiro responsável permite acompanhar a evolução do estado do doente e promover cuidados individualizados e humanizados através da construção do processo de enfermagem.

Os enfermeiros possuem acesso às informações sobre as condições de vida e de saúde daqueles que cuidam. Por vezes, os enfermeiros realizam comentários em voz alta sobre assuntos que dizem respeito só ao doente; mencionam diagnósticos, procedimentos realizados e o estado geral dos doentes em frente de familiares, visitas e profissionais alheios ao cuidado. É um direito do doente e dever de o enfermeiro respeitar a sua privacidade e manter o sigilo profissional.

A transmissão de informação através de chamadas telefónicas é muito solicitada, tanto na urgência como na UCI, pelo que tive que garantir que estava a falar com o familiar de referência, antes de fornecer quaisquer esclarecimentos.

A preservação da intimidade é entendida como uma componente básica do cuidar e está relacionada à competência técnica e ao conhecimento dos profissionais sobre os procedimentos que realizam. A privacidade é um direito que assiste o doente e constitui-se num dever ético-legal. Os doentes manifestam que a exposição do seu corpo e dos outros são, muitas vezes, desnecessários e provocam constrangimentos, desconforto, preocupação, insegurança e *stress* psicológico durante a hospitalização. Embora seja necessária e inevitável a intervenção profissional na realização do cuidado, é importante que os enfermeiros se questionem, continuamente, sobre os limites dessa manipulação, os quais deveriam, na medida do possível, ser acordados com o próprio doente (Soares & Dall’Agnol, 2011).

O espaço pessoal e a exposição do corpo do doente são muitas vezes, negligenciados, especialmente quando o ambiente de cuidados é um serviço de urgência em que os doentes permanecem em macas, nos corredores. O ambiente hospitalar, pelas suas características e complexidade, favorece relações de poder e assimetria entre os

profissionais e os doentes, decorrentes da fragilidade e vulnerabilidade destes em virtude de alterações no processo saúde-doença. Muitas vezes os cuidados assumem uma dimensão automatizada e despersonalizada, em que o foco de cuidados incide sobre a doença e os procedimentos técnicos, levando os profissionais a assumirem posturas inadequadas (Soares & Dall’Agnol, 2011). Tive em atenção o sentimento de pudor durante a realização de procedimentos como: banho, higiene, troca de roupa e/ou fralda e mudança de pensos ao cobrir as partes do corpo que não precisavam de ficar expostas ou deslizar uma cortina e/ou providenciar um biombo, como também pedia às visitas/familiares para se retirarem do ambiente de cuidados na tentativa de proteger a identidade, a privacidade e intimidade dos doentes. A intimidade na UCI está mais salvaguardada, uma vez que o acesso de profissionais e não profissionais, é mais restrito; os doentes são cuidados, preferencialmente, pelo mesmo enfermeiro e estão num espaço separado por uma parede com vidro ou quarto individual.

O serviço de urgência recebe todos os dias pessoas em situação de fim de vida, as quais procurei implementar ações paliativas com a finalidade de promover o máximo de conforto e assegurar uma morte digna. O artigo 108.º, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, expressa concretamente o dever de o enfermeiro respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressa pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas e o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida (OE, 2015). Nesse sentido, foi tido em consideração a presença da família nestes momentos e prestado o apoio possível.

A vivência da morte de um familiar num serviço de urgência origina reações de choque, sofrimento, culpa *versus* alívio, raiva, solidão, desorientação, angústia e resignação nos familiares (Pereira, 2010). Para o autor anterior, as maiores dificuldades das famílias em lidar com a dor da perda são: encarar o corpo morto, estarem a sós e a falta de condições do serviço em termos de privacidade, tempo de atendimento e recursos humanos. Os contributos da enfermagem no momento da perda de um familiar são: acompanhamento do familiar na despedida após o falecimento; demonstração de disponibilidade; apoio emocional e, informação/orientação acerca de aspetos burocráticos, técnicos e dúvidas. Todavia, pela minha experiência, os cuidados prestados à família enlutada está longe das expectativas dos familiares, em que o apoio da psicologia é insuficiente e tardio, assim como, são inexistentes os enfermeiros especialistas em saúde-mental.

No que concerne ao domínio da melhoria contínua da qualidade, procurei garantir um ambiente terapêutico e seguro assim como desenvolver práticas de qualidade ao colaborar em programas de melhoria contínua.

Tendo em conta o elevado número de doentes e de profissionais envolvidos na prestação de cuidados e a recorrente necessidade de resposta imediata às situações urgentes e emergentes, a probabilidade de ocorrência de incidentes é bastante elevada. No entanto, o despacho n.º 1400-A/2015 admite que a causa destes incidentes raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas à fraca cultura de segurança e política institucional de identificação de riscos específicos.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 foi criado com a finalidade da melhoria da gestão dos riscos associados à prestação dos cuidados de saúde, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis. O despacho n.º 1400-A/2015 destaca os seguintes objetivos estratégicos: aumentar a segurança da comunicação, a segurança na utilização da medicação, a identificação inequívoca dos doentes, ocorrência de quedas e de úlceras por pressão e controle das infeções e resistências aos antimicrobianos.

Nos momentos de transferência de responsabilidade, como é o caso da mudança de turno, as transferências ou altas, assegurei uma comunicação precisa, quer pessoalmente ou por via telefónica, assim como registei com rigor as observações e intervenções realizadas no portal eletrónico de maneira a não haver quebras na continuidade dos cuidados. A UCI possui um ambiente mais controlado o que facilitava uma comunicação mais detalhada e personalizada, enquanto no SU, pela imprevisibilidade dos acontecimentos e falta de dados iniciais, a comunicação era mais pobre. As entrevistas com as famílias foram fundamentais no momento da colheita de dados e validação de informações respeitante aos antecedentes pessoais, medicação habitual e alergias.

A administração de medicação é uma das intervenções de enfermagem presente no artigo 9.º, do REPE, que diz que os enfermeiros procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais. A alínea f, acrescenta que participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos (OE, 2015). Assim, no momento da administração de medicamentos verificava se o medicamento

correto era administrado ao doente certo, na dose e via correta e à hora certa e se os efeitos secundários eram os previstos. Ainda fornecia a informação necessária sobre o medicamento e tratamento a efetuar e esclarecia sobre dúvidas dentro do âmbito dos cuidados de enfermagem.

Os profissionais administram medicação de urgência e emergência, tendo por base os conhecimentos que possuem acerca da sua reconstituição e diluição, tempo de perfusão, compatibilidade e estabilidade terapêutica. A implementação de protocolos terapêuticos nestes serviços além de uniformizar os cuidados, também auxiliam os enfermeiros na sua atuação conferindo-lhes maior autonomia.

Pratas e Castilho (2019) no estudo realizado sobre os fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação no SU verificaram que a maioria dos eventos ocorridos eram sobretudo na fase de administração. Entre as falhas humanas estava o incumprimento do método individual de trabalho, falhas na identificação, na comunicação, pressa, distrações/fadiga e excesso de confiança. Nos fatores sistémicos destacaram as dotações inadequadas, o circuito do doente, o volume de trabalho e as múltiplas interrupções a que estão sujeitos. Para evitar a ocorrência de erros, reforcei a atenção na preparação e administração de medicação, pois existem os medicamentos “look-alike” e “sound-alike” que numa situação de urgência são facilmente confundidos. E antes de preparar qualquer medicamento perguntava se o doente tinha alergias e confirmava no sistema eletrónico a existência de alarmes para reações medicamentosas adversas ou questionava os familiares caso os doentes não fornecessem história clínica.

A dupla validação de procedimentos é uma prática eficaz na prevenção de erros de medicação, principalmente no SU em que as interrupções são sistemáticas. Para a diminuição do erro está a identificação correta dos doentes. A confirmação do nome do doente na pulseira de identificação, da sua data de nascimento e número de processo clínico são passos simples que contribuem para uma prática segura e que tive em consideração antes da realização de exames de diagnóstico, da administração de medicamentos e/ou derivados de sangue, colheita de sangue e outros espécimes para análises e tratamentos.

O preenchimento da escala de Quedas de Morse e a Escala de Braden no momento de admissão, é de carácter obrigatório no SESARAM. A prevalência de quedas é um dos indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem. As quedas de idosos nos hospitais representam consequências graves tanto para os doentes

como para a instituição (Loureiro et al., 2014). Segundo o despacho n.º 1400-A/2015, em Portugal, 21% do total de incidentes notificados são incidentes relacionados com quedas. Nos doentes com elevado risco de queda teve em atenção redobrar a vigilância, remover potenciais riscos ambientais e recorrer ao uso, responsável, de equipamentos de segurança (p.e.: imobilizações de punho e/ou tronco) para garantir a sua segurança.

Dados obtidos do despacho n.º 1400-A/2015 revelam que no ano de 2011, um em cada dez doentes em hospital de agudos desenvolveu uma úlcera por pressão (UPP). A imobilização, alteração do estado de consciência, instabilidade hemodinâmica, desnutrição, sedação e uso de equipamentos médicos invasivos aumentam o risco de os doentes desenvolverem UPP. Duarte e Gomes (2015) efetuaram um estudo de caso no SU com o objetivo de capacitar a pessoa idosa e o cuidador familiar para a prevenção de UPP e apuraram que a presença do cuidador nos horários de refeições, a manutenção de um ambiente seguro (idoso e cuidador conheciam fatores de risco e sinais de alerta de UPP), a negociação dos posicionamentos e o encorajamento à mobilização na cama foram estratégias preventivas eficazes no combate à ocorrência de UPP. De acordo com este estudo procurei ensinar os doentes sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de UPP e incentivar a mudança frequente de posição na cama/maca.

Os doentes internados em UCI encontram-se em maior risco para o desenvolvimento de UPP. São doentes que estão em estado crítico sob terapias complexas, em que a perceção sensorial está gravemente afetada. A incidência de UPP's em UCI variam entre 19% a 55%, com destaque para a região sagrada (40%), calcâneos (36%) e orelhas (8%) (Pinheiro et al., 2017). O uso de cânulas nasais e máscaras de oxigénio assim como de aparelhos de ventilação mecânica não invasiva (p.e.: CPAP e BiPAP) são responsáveis pela maioria das UPP's da face e orelhas. A interrupção da VNI; mudança periódica de posição e fixação da sonda nasogástrica e o reposicionamento da máscara; manutenção do TOT centralizado com fixador adesivo/fio de nastro para uma distribuição uniforme da pressão na face e traqueia; adequação do tipo de máscara ao tamanho da face dos doentes; nutrição adequada; inspeção diária da pele; colocação de proteção em áreas de maior pressão; massagens de conforto e monitorização contínua da adaptação da pessoa ao ventilador, foram algumas das estratégias implementadas na prevenção de UPP's (Pinheiro et al., 2017). Outras medidas implementadas assentaram na adequação do colchão de pressão alterna; verificação da pressão do *cuff* a cada 8 horas visto que o balão insuflado pode levar a

necrose de traqueia ou fistula traqueo-esofágica. No entanto, Melo et al., (2014) diz que a frequência ideal para observação do *cuff* é de 12 horas.

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) constitui um dos programas de saúde prioritários com o intuito de reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde e a resistência aos antimicrobianos. De entre os programas em vigor do PPCIRA no HNM, implementei os seguintes feixes de intervenção: Prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical; Prevenção da infeção do local cirúrgico; Prevenção da infeção relacionada ao cateter venoso central e a Prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI).

Cuidar de doentes em situação de instabilidade permanente e imprevisibilidade de resposta, aumenta o risco de os profissionais cometerem inconformidades e promove o aumento de bactérias resistentes e multirresistentes. Suportei a minha prática na norma n.º 019/2015 ao avaliar diariamente a necessidade de cateterismo urinário e proceder a sua remoção quando desnecessária.

Segui as orientações da norma n.º 020/2015 ao atender à administração de antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica, nos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica, e garantir a manutenção da normotermia peri-operatória (temperatura $\geq 35.5^{\circ}\text{C}$) nos diferentes contextos de cuidados. Dado que maioria das cirurgias no SU são não programadas, o banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência, não é cumprido.

De entre as intervenções praticadas na prevenção da infeção relacionada com cateter venoso central incidi sobretudo no uso de técnica asséptica na realização do penso, assim como a descontaminação das conexões com álcool a 70°, antes de qualquer manuseamento, tal como recomendado pela norma n.º 022/2015. Do mesmo modo procurei respeitar a norma n.º 021/2015 referente aos “feixes de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação (PAI). Embora a sala de cuidados especiais do SU do HNM não se equipare a uma UCI estruturalmente, cumpri com a manutenção da cabeceira do leito a 30°; higienização oral com gluconato de cloro-hexidina a 0.2%, uma vez por turno e, substitui circuitos ventilatórios sempre que visivelmente sujos ou disfuncionantes, visto reduzirem a incidência de PAI para valores entre 0 e 2%.

A inserção e a manutenção do cateter venoso periférico (CVP) são dos procedimentos mais realizados, pelos enfermeiros, nas urgências. Oliveira, Costa, Costa, Graveto e Parreira (2019), verificaram taxas significativas de não-conformidade

entre as práticas praticadas pelos enfermeiros na inserção e manutenção do CVP e os mais recentes padrões de cuidados preconizados. Algumas das práticas promotoras de complicações como flebite, oclusão, extravasamento e deslocamento dos cateteres resultaram de inconformidades relacionadas à utilização de técnica asséptica, à higienização das mãos e uso de luvas. O documento “Recomendações para prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares” do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge guiou a minha práxis, onde coloquei em ação: encorajar os doentes a comunicar qualquer sintoma no local de inserção do cateter; avaliar com assiduidade o local de inserção e substituir os cateteres, alternando o local de inserção a cada 72-96 horas e ao aplicar a técnica “no-touch” na colocação de CVP. (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2006)

Transversal a todos os feixes de intervenção está a correta higiene das mãos e respeito pelos “5 momentos para a higiene das mãos” e a técnica dos 6 passos, respeitando os tempos de atuação, assim como o uso adequado de equipamento de proteção individual (EPI’s). Enquanto a UCI possui lavatórios para a lavagem das mãos, nas urgências é frequente os profissionais recorrem mais à fricção antisséptica das mãos (em substituição à lavagem das mãos quando visivelmente limpas e/ou isentas de matéria orgânica), do mesmo modo, o uso de EPI’s estão resguardados para doentes imunodeprimidos ou com doenças infectocontagiosas e/ou para a realização de procedimentos invasivos. Fatores como a sobrelotação do serviço de urgência e desrespeito pelo distanciamento mínimo entre macas/camas elevam o risco de ocorrência de IACS. É, portanto, da responsabilidade do especialista assegurar que as limpezas e desinfecções de equipamentos e instalações são corretamente efetuadas e garantir a implementação de medidas de prevenção de infecção cruzada.

As unidades de cuidados intensivos e unidades de queimados são, segundo a norma n.º 018/2014, serviços prioritários no controlo de *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina (MRSA) endémico, uma vez que são locais em que a disseminação da colonização se associa a complicações mais graves, maior probabilidade de infeções invasivas ou maiores dificuldades na abordagem terapêutica destes doentes. Nessa perspetiva, é feita pesquisa ativa de portadores de MRSA quando se prevê internamentos superiores a 48 horas. O fato destes doentes ficarem em quartos individuais, permite isolar os doentes com maior transmissibilidade (infeções cutâneas e infeções respiratórias com dificuldade na contenção das secreções). Algumas das orientações mencionadas na norma n.º 018/2014 consignam a descolonização com

recurso a banho com clorohexidina 2% em toalhetes, pelo menos, nos primeiros 5 dias após admissão e medidas de contato (luvas e avental), incluindo máscara cirúrgica (se risco de salpicos de secreções ou fluidos) até à saída/alta do doente ou documentação da inexistência do agente.

No domínio da gestão dos cuidados e, de acordo com o regulamento n.º 140/2019, compete ao enfermeiro especialista gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, a fim de garantir a qualidade dos cuidados. Esta competência está explícita nos enfermeiros especialistas que assumem o papel de responsáveis de turno de enfermagem e nos que desempenham o papel de team leader, na sala de emergência. Uma das principais funções do enfermeiro chefe é adequação da equipa de enfermagem à carga de trabalho. Estudos internacionais mostraram que o aumento de um doente por enfermeiro em UCI aumenta a probabilidade de mortalidade dos doentes cirúrgicos em 7% e aumenta em 23% a probabilidade de insatisfação no trabalho e em 15% o risco de Síndrome de *Burnout* (Severino, et al., 2010). Segundo os mesmos autores, o índice de avaliação de carga de enfermagem que está validado em Portugal é o Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) 28 que permite identificar o tempo despendido pelos enfermeiros no cuidado ao doente crítico nas 24 horas e subsidiar o cálculo e a distribuição dos enfermeiros, segundo as reais necessidades dos doentes. O TISS-28 é composto por sete categorias: atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas. A aplicação do TISS permite classificar os doentes em quatro classes mediante a necessidade de vigilância de cuidados intensivos. Estudos concluíram que um ponto de TISS-28 equivale a um consumo de 10,6 minutos do tempo de um profissional de enfermagem no cuidado direto, sendo que a maioria dos doentes internados em UCI são de classe IV (maior que 60 pontos) com necessidade de assistência médica e de enfermagem contínua e especializada (Padilha et al., 2005).

Segundo o artigo 8.º, do REPE, os enfermeiros agem em complementaridade funcional em relação aos demais profissionais de saúde. Os enfermeiros exercem intervenções autónomas ou interdependentes em que a diferença entre ambas está no prescritor, de quem tem a iniciativa para a intervenção. Nas intervenções interdependentes o enfermeiro assume o dever de corresponsabilizar-se, trabalhando em articulação com os restantes profissionais da equipa multidisciplinar com o fim

único do bem-estar do doente. As intervenções autónomas de enfermagem correspondem a um conjunto de ações desencadeadas a partir de diagnósticos de enfermagem e realizadas sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade. Portanto, a autonomia está na tomada de decisão, em que os profissionais agem de acordo com deveres legais e profissionais e assumem fazer por substituir, supervisionar, encaminhar, gerir, avaliar e executar ações da sua responsabilidade.

O processo de enfermagem é a metodologia científica de trabalho dos enfermeiros. O modelo de cuidados de enfermagem instituído no HNM é o Modelo das Atividades de Vida Diária de Nancy Roper no qual o enfermeiro assume o papel de ajudar a pessoa a prevenir, aliviar, resolver ou lidar positivamente com os problemas (reais ou potenciais) relacionados com as doze AVD's (Tomey, 2004).

No exercício da prática usei o processo de enfermagem de forma sistemática nos diferentes contextos de atuação a fim de prestar cuidados de qualidade, nos quais identifiquei problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial. Formulei diagnósticos de enfermagem consoante os dados recolhidos sobre cada situação, elaborei planos para a prestação de cuidados de enfermagem e implementei esses mesmos cuidados e, no final, avaliei os cuidados prestados e reformulei as ações de enfermagem (OE, 2015).

A gestão de recursos humanos e materiais é desafiante no serviço de urgência devido à imprevisibilidade das situações, no entanto é aplicado o princípio da justiça ao tentar dar a cada um o que lhe é devido e num dever de equidade (Silva, 2013). Deodato citado por Silva (2013) explica que “agir com justiça é atender ao que a pessoa precisa, na medida em que ela precisa, no tempo que ela precisa” (p.68). A prestação de cuidados a pessoas com diferentes níveis de dependência implica dar a cada um os cuidados que precisa de acordo com os seus problemas, numa medida proporcional. Em alguns casos basta escutar o doente e prestar apoio emocional, enquanto noutros é necessário garantir que as suas necessidades humanas básicas são satisfeitas.

Por vezes, recorri ao princípio da beneficência e o da não-maleficência, em que tomei decisões com base no dever de promover o bem, isto é, proteger o outro, a sua vida e a sua humanidade através de cuidados que satisfizessem as necessidades identificadas, evitando o mal (Silva, 2013). Em doentes confusos e agitados que representavam risco para si e para os que rodeavam, recorri a medidas de contenção mecânica de forma a garantir que cumpriam com tratamentos vitais e urgentes (p.e.: endovenoso e/ou inalatório) e prevenir riscos de sofrer danos (p.e.: quedas, feridas

traumáticas...). Tinha em atenção, em cada turno, avaliar o estado do doente e reavaliar a necessidade da medida de contenção e a possibilidade de a substituir por uma medida alternativa e pesquisava lesões associadas à colocação das mesmas, conforme a orientação nº 021/2011 da Direção Geral da Saúde.

O uso da triagem de Manchester no SU, constitui um instrumento facilitador na definição do nível de prioridade no atendimento do doente, através da identificação de critérios de gravidade, ao assegurar que o doente é atendido dentro do tempo alvo até à primeira observação médica. É realizada uma priorização de cuidados logo à admissão dos doentes no SU, em que os enfermeiros são responsáveis pela seleção do fluxograma mais adequado para a queixa principal, história e sinais e sintomas apresentados e respetiva classificação em uma das cinco categorias: emergente: vermelho (tempo máximo de espera 0 minutos); muito urgente: laranja (10 minutos); urgente: amarelo (60 minutos); pouco urgente: verde (120 minutos) e não urgente: azul (240 minutos), conforme consta na norma n.º 002/2015. A ativação das vias verdes, nomeadamente, via verde da sépsis, via verde coronária, via verde do trauma e via verde do acidente vascular cerebral, são áreas prioritárias dentro da Triagem de Manchester, e exige por parte do enfermeiro um reconhecimento rápido e encaminhamento interno imediato, como seja o pedido de eletrocardiografia simples de 12 derivações, nas situações de dor torácica ou radiografia simples do aparelho esquelético, nas situações de monotrauma com deformidade e/ou incapacidade funcional, como preconizado pela Norma nº 002/2015. Durante o estágio no Serviço de Urgência tive oportunidade de atuar em vias verde de AVC e via verde coronária ao assistir doentes na sala de emergência, estabilizá-los e depois acompanhá-los na realização de exames de diagnósticos e/ou assistir na transferência para a Unidade de AVC ou serviço de hemodinâmica para realização de cateterismos, principalmente.

As decisões suportadas em algoritmos clínicos permitem os profissionais de saúde do SU, uma atuação centrada em prioridades, um encaminhamento precoce dos doentes e a garantia de uma oferta de cuidados ajustados às necessidades, de maior qualidade e segurança. Na continuidade dos cuidados, tive que gerir vários cuidados entre acompanhar doentes ao TAC e/ou hemodinâmica, monitorizar doentes instáveis, administrar terapêutica urgentes e/ou atender a salas de emergência. As UCI utilizam a escala APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), nas primeiras 24 horas da admissão, para estimar a gravidade da doença e prever a mortalidade hospitalar. Quanto maior a gravidade do doente, maior a demanda por cuidados de

enfermagem, de modo que o rácio enfermeiro/doente é, geralmente, de 1:1. O serviço de urgência como não possui nenhuma escala que avalie o nível de gravidade dos doentes, as dotações de enfermeiros especialistas face às necessidades de cuidados especializados em enfermagem são, regra geral, insuficientes face às pessoas em situação urgente e emergente com repercussões negativas na qualidade dos cuidados prestados.

Ainda na gestão dos cuidados, o uso de mnemónicas, universalmente aceites e recomendadas, como o ABCDE na sala de emergência que atribuem a cada enfermeiro responsabilidades bem definidas na sua abordagem inicial, assim como o recurso a escalas padronizadas (p.e.: Escala de Coma de Glasgow) orientam a prática dos profissionais.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e, de acordo com o regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista, deve demonstrar capacidade de autoconhecimento e tomar decisões fundamentadas em conhecimentos atuais, pertinentes e válidos.

A existência de uma população cada vez mais envelhecida e com inúmeras comorbilidades e doenças crónicas resultou em mudanças organizacionais, demográficas e tecnológicas. A premência, por parte dos enfermeiros, em gerir essas mutações e responder às novas necessidades de cidadãos mais informados e exigentes, impulsionou a aquisição de conhecimentos sucessivamente mais complexos e técnicos em determinadas áreas (Lopes et al., 2018).

De acordo com a deontologia profissional, a existência de enfermeiros especializados é justificada pela necessidade destes profissionais procurarem, em toda a sua prática profissional, a excelência do exercício que se encontra explanada na Lei n.º 156/2015, artigo 100.º, alínea e, que diz que o enfermeiro assume o dever de assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional. O artigo 109.º, da mesma lei, refere que os enfermeiros, em todo o ato profissional, assumem o dever de analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude e manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.

Refletir sobre as experiências e interpretá-las à luz dos conhecimentos científicos é fundamental, pois só assim é possível lhe atribuir significado e incorporar

novos saberes no contexto da prática de cuidados. Azevedo (2018) explica que a investigação clínica é uma área científica específica que tem como objeto a pessoa humana, em particular a pessoa doente, na qual pretende responder às questões que surgem no âmbito da medicina clínica, contribuindo assim para o conhecimento e a tomada de decisão na área da saúde. Entretanto, interessa esclarecer que a tomada de decisão baseada na evidência não se esgota na evidência científica, mas resulta da integração de três componentes: da experiência clínica individual; da melhor evidência científica disponível e do respeito pelos valores, necessidades, expectativas e características de cada doente, da sua família e dos serviços de saúde em que são prestados (Azevedo, 2018). Através do raciocínio clínico tomei decisões suportadas em conhecimentos teórico-práticos adquiridos aquando da minha formação recente e anterior (licenciatura), em estudos de investigação, em resultados provenientes da prática e em experiências pessoais vivenciadas. Destaco o papel do enfermeiro especialista enquanto facilitador da aprendizagem, ao acolher enfermeiros recém-formados em contexto de trabalho e ao atuarem em necessidades formativas identificadas. Também os docentes estimulam o desenvolvimento do pensamento reflexivo, indutivo e dedutivo ao instigar os estudantes a buscar o conhecimento e ao orientarem a sua prática. Os docentes podem influenciar e servir de modelos para os enfermeiros, ao motivarem e auxiliarem na área da educação para a compreensão humana como uma garantia de solidariedade e de dignidade, envolvendo a componente moral e o exercício de cidadania. (Faria et al., 2019)

De acordo com as etapas do Ciclo Reflexivo de Gibbs: (1) descrição da situação; (2) pensamentos e sentimentos; (3) avaliação; (4) análise; (5) conclusão e (6) planear a ação, consegui construir ideias mais informadas sobre várias situações da prática. Foram momentos importantes tanto para o meu desenvolvimento pessoal quanto profissional, pois permitiram-me entender melhor quais eram as minhas vulnerabilidades e tornaram-me mais atenta às reais necessidades das pessoas e as suas famílias. Na mesma linha de pensamento estão as orientações de tutorial promovidas pelos docentes, em que eram abordados temas e/ou casos clínicos e analisados, em grupo, à luz de diferentes perspetivas pessoais e profissionais, sem emitir juízos de valor.

Mendonça, Bastos e Ramos (2016) verificaram que as principais estratégias de raciocínio clínico que os enfermeiros usam em situação crítica são: desenvolvimento de uma relação de confiança entre enfermeiro/doente; envolvimento da família no

processo de cuidar; desenvolvimento de competências de negociação, compromisso e reflexão crítica; intuição; reconhecimento de situações semelhantes e o teste de hipóteses (o enfermeiro colhe informações e avalia sinais e sintomas e coloca hipóteses de diagnóstico que vai aceitando ou desprezando à medida que obtém novas informações). Dependendo do contexto de intervenção, o enfermeiro especialista adequa o seu raciocínio clínico. Nas urgências predomina o raciocínio baseado na intuição e reconhecimento de situações semelhantes. Por sua vez, em unidade de cuidados intensivos, como é a unidade de queimados, o especialista procura desenvolver uma relação de confiança com os doentes/famílias e envolvê-los no processo do cuidar com o objetivo de prepará-los para o momento da alta.

Sabendo que os cuidados de enfermagem têm por fundamento uma interação entre enfermeiro e pessoa, família, grupos e comunidade com o objetivo de estabelecer uma relação de ajuda, é importante que o especialista tenha consciência dos seus limites pessoais e profissionais e reconheça quais os fatores que podem interferir no relacionamento com o doente e/ou a equipa multidisciplinar a fim de se adaptar e dar respostas eficientes em momentos de maior pressão e/ou de conflitualidade (REPE, 2015). Verifiquei que em equipas multidisciplinares, o enfermeiro especialista age como elemento atenuante de conflitos e preocupa-se em promover ambientes de cuidados seguros e de maior qualidade.

2.2. Aquisição de competências específicas na área de enfermagem à pessoa em situação crítica por queimadura

Ao abrigo do Regulamento nº 429/2018, artigo 3.º, são competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica: cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar respostas em situação de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

De seguida, passo a analisar cada unidade de competência específica recorrendo à descrição de atividades desenvolvidas na prática para demonstrar as competências adquiridas.

De acordo com o vertido no regulamento n.º 429/2018, o enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, deve: mobilizar conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística e antecipatória ao risco de instabilidade e/ou falência orgânica; administrar protocolos terapêuticos complexos; proceder à gestão diferenciada da dor e estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa/família e cuidador.

Há 50 anos atrás a principal causa de mortes por queimaduras era o choque. Com o aperfeiçoamento da reanimação, controlo da infeção e suporte da resposta hipermetabólica, a maioria das mortes estão associadas a complicações infecciosas tardias (Urden et al., 2008). Todos os dias surgem pessoas vítimas de queimaduras decorrentes de acidentes laborais e domésticos. As queimaduras ligeiras a moderadas podem ser tratadas em ambulatório ou num hospital. Por sua vez, queimaduras extensas exigem cuidados hospitalares, pois as primeiras 24 a 36 horas pós-queimadura são de vital importância à sua sobrevivência e posterior reabilitação.

Na abordagem inicial, o especialista sabe que se tiver havido um atraso no início do arrefecimento da queimadura, esta ainda pode ser iniciada até 3 horas após com água morna durante cerca de 15/20 minutos, mas nunca deve ser usado gelo pois provoca vasoconstrição e hipotermia. Nas queimaduras causadas por frio ou escaldões é recomendada a irrigação imediata com água corrente (8 a 15 graus celsius) durante, pelo menos, 20 minutos. O mesmo se aplica nas queimaduras químicas, com exceção das queimaduras por cal viva. Nas queimaduras químicas, a irrigação será mais longa e, se os olhos forem atingidos, devem ser irrigados com solução salina. O arrefecimento deve ser parado se a temperatura corporal baixar para 35°C. O vestuário, adereços ou adornos devem ser removidos logo que possível, exceto na presença de alcatrão. Da mesma forma, é recomendado cobrir as queimaduras com um lençol limpo ou esterilizado, compressas húmidas esterilizadas ou uma manta isotérmica e não devem ser usados cremes tópicos ou qualquer outro penso, dado que podem interferir com a avaliação posterior, como menciona a norma n.º 023/2012. Pode ser utilizada película aderente como penso simples no transporte da vítima até ao hospital, uma vez que, protege contra a colonização, perda de calor e fluidos (Statewide Burn Injury Service, 2019; Bolgiani & Serra, 2010).

O especialista recorre ao índice de Clark para determinar o risco de lesão inalatória ao considerar os seguintes critérios: espaço fechado; dispneia; alterações da consciência; rouquidão; queimadura facial; expetoração carbonácea e

fervores/alterações na auscultação. A existência de dois itens anteriores indica forte suspeita de lesão inalatória e deverá ser ponderada a entubação endotraqueal, conforme exposto na norma n.º 023/2012. A broncofibroscopia é indicada na avaliação da extensão e gravidade das lesões. Prestei cuidados a uma mulher, caucasiana, com 60 anos, sem antecedentes relevantes que sofreu queimaduras ligeiras da via aérea devido a inalação de fumo em espaço fechado, tendo permanecido ventilada por cerca de 24 horas, a qual pude aspirar fuligem e posteriormente retirar o tubo endotraqueal e manter vigilância de sinais/sintomas de complicações respiratórias e neurológicas.

Os produtos de combustão são asfixiantes para os pulmões provocando broncoespasmo, inflamação e broncorreia. Pessoas com valores de carboxi-hemoglobina superiores a 25-30% devem ser entubadas de forma a garantir uma adequada oxigenação e *toilent* pulmonar. Estes doentes podem apresentar valores normais de oxigénio, pois o oxímetro de pulso não consegue diferenciar a oxihemoglobina da carboxi-hemoglobina. Tal deve-se ao fato do monóxido de carbono ligar-se rapidamente à hemoglobina com uma afinidade 210 vezes maior do que o oxigénio, levando à formação de carboxi-hemoglobina e diminuição da distribuição de oxigénio nos tecidos e órgãos do corpo, causando hipoxia.

A administração de oxigénio a 100% humidificado por máscara facial é sugerido a todas as pessoas vítimas de queimaduras extensas. Todavia, importa ao especialista conhecer os antecedentes pessoais da pessoa com queimadura, isto porque se possuir história de doença pulmonar obstrutiva crónica, é premente proceder à entubação para evitar a retenção de dióxido de carbono. Com base na norma n.º 023/2012, a entubação endotraqueal deve ser precavida em situações de: coma; insuficiência respiratória; inalação de monóxido de carbono; persistência de $SapO_2 \leq 90\%$ apesar da suplementação de oxigenoterapia; queimaduras major (área $\geq 40\%$); queimaduras circunferenciais do tórax e quando é estimado atraso no transporte até ao centro de queimados.

O enfermeiro especialista, apoiado nas Normas n.º 022/2012 e n.º 023/2012 emanadas pela DGS, adequa a vigilância primária do ABCDEF à pessoa com queimaduras admitida na sala de emergência, em que a letra F refere-se à fluidoterapia quantificada pela fórmula de Parkland e fórmula de Brook modificada.

A ressuscitação hídrica é das primeiras medidas a ter na atuação à vítima de queimaduras a fim de prevenir o choque hipovolémico e repor os líquidos e eletrólitos perdidos (Silva & Castilhos, 2010). Está indicada em queimaduras $>20\%$ nos adultos e

em queimaduras >10%, em crianças. A fórmula mais usada, nos adultos, é a fórmula de Parkland. Consiste na administração de lactato de ringer, cristalóide mais recomendado, na proporção de 2-4ml x Kg x % área total de SCQ, nas 24 horas pós lesão. Em que metade é administrada nas primeiras 8 horas e a outra metade nas 16 horas subsequentes, tal como está descrito na norma n.º 022/2012. Sendo que o ponto de partida para a ressuscitação é o momento da lesão e não o da admissão. Qualquer fluido já administrado deve ser deduzido do cálculo.

A velocidade de fluidoterapia é determinada pelo total de débito urinário e o índice de perfusão renal, pelo que deve ser ajustada para um débito urinário de 0,5-1.0 ml/kg/hora no adulto, e 1.0-1.5 ml/Kg/hora nas crianças, conforme expressa a norma n.º 022/2012. Se o débito urinário, num adulto, for <0.5ml/Kg/h aumentar em 1/3 a velocidade de administração de os fluidos de modo a garantir uma perfusão adequada (ex.: Se o débito urinário, na última hora, num adulto, foi de 20ml a 1200ml/h, devo aumentar para 1600ml/h). No caso de débitos urinários aumentados, devo reduzir em 1/3 a velocidade de administração para evitar ressuscitações hídricas excessivas (NSW Statewide Burn Injury Service, 2019). A evidência mais recente indica que as vítimas de queimaduras recebem volumes de fluidos superiores aos necessários, segundo a fórmula de Parkland, em cerca de 250ml/Kg, pelo que o seu uso deve ser usado como guia e ter como alvo a estabilização dos sinais vitais e um débito urinário adequado (Dries & Marini, 2017). O uso de fluidos em excesso está associado a complicações tais como insuficiência respiratória e síndrome de compartimento abdominal. As lesões elétricas e inalatórias são uma exceção, pois requerem mais fluidos (9ml x Kg x % SCQ) e débitos urinários mais elevados (1.5-2 ml/Kg/h) (Hettiaratchy & Papini, 2004).

É habitual a adição de sais minerais à fluidoterapia para prevenir desequilíbrios hidroelectrolíticos. A UQ possui camas articuladas com balança incorporada que dão o peso real do doente, permitindo uma avaliação rigorosa de ganhos ou perdas de líquidos que é confirmada por meio do cálculo do balanço hídrico, a cada turno.

Todos os doentes fazem profilaxia para prevenção de úlceras de *stress* de Curling através da toma de bloqueadores de histamina₂ e antiulcerosos (p.e.: sucralfato). O uso de antagonistas do recetor da histamina H₂ (p.e.: ranitidina) e os inibidores da bomba de prótons (p.e.: esomeprazol) atuam na inibição de ácido produzido no estômago e conseqüente aumento do pH intraluminal evitando úlceras

gástricas. No entanto, a sua administração não é inócua sendo necessário administrar Simeticone para prevenir a flatulência dolorosa induzida pela terapêutica anterior.

O enfermeiro especialista deve avaliar a gravidade da queimadura quanto à sua causa e local, extensão e profundidade.

A *regra dos nove* de Wallace, que se encontra descrita na norma n.º 022/2012, é o método mais rápido e fácil de avaliar a extensão da área queimada. A partir deste método, o corpo do adulto é dividido em áreas de superfície de 9%. Os membros superiores, cabeça e o pescoço correspondem a 9%. Os membros inferiores, tronco anterior e posterior correspondem a 18%, e o períneo e genitália a 1%. A Norma n.º 022/2012 preconiza a *regra dos nove* na avaliação da extensão no adulto. Quanto às crianças, a mesma norma recomenda a utilização da tabela de Lund and Browder, uma vez que, compara a área de cada parte do corpo da criança em função da sua idade. O método de Lund and Browder é mais preciso e aceitável, pelo que é fortemente recomendado em crianças com menos de 10 anos, pois retifica o cálculo da superfície da cabeça e dos membros inferiores na criança. Este método também é muito usado na abordagem hospitalar no adulto. Outro método é calcular a extensão da queimadura partindo do princípio que a palma da mão da vítima com os dedos estendidos representa 1% da ASCQ. Este método é mais usado no pré-hospitalar, pois permite avaliar áreas pequenas e dispersas, como explica a norma anterior.

Quanto à profundidade, a norma n.º 022/2012 classifica as queimaduras em: 1º grau ou epidérmicas, sendo que essas caracterizam-se por eritema da pele (p.e.: queimadura solar) e não devem ser consideradas no cálculo da superfície corporal queimada; queimaduras de 2º grau: superficiais de espessura parcial (envolve a epiderme e parte da derme papilar) e/ou profunda de espessura parcial (envolve toda a camada papilar da derme até à derme reticular) e de 3º grau quando ocorre envolvimento de toda a espessura da pele. Ainda existem as queimaduras profundas “completa +”, nas quais ocorreu envolvimento de tecidos subjacentes, como músculos e/ou ossos.

Na vigilância secundária, o enfermeiro recorre à identificação da AMPLE (A- alergias; M- medicação habitual; P- antecedentes pessoais; L- hora da última refeição ou bebida e E- Causa da queimadura) para colher informações e elaborar um plano de cuidados de enfermagem. As queimaduras afetam sobretudo a AVD “Manter a higiene e cuidado corporal” por ter havido compromisso da integridade da pele. Embora todas as atividades de vida sejam afetadas, em diferentes níveis de dependência. Para Silva e

Castilhos (2010) as principais complicações das queimaduras estão relacionadas com problemas respiratórios, perda aumentada de líquidos, hipovolémia, edema, hipotermia, infecção, cicatrização, dor, imunidade comprometida e alterações na função, aparência e imagem corporal. Segundo a Classificação Internacional para a prática em Enfermagem (CIPE), detetei os seguintes focos de enfermagem: queimadura; choque (hipovolémico, séptico), limpeza da vida área; edema; hipotermia; volume de líquidos comprometido; suscetibilidade à infecção; dor; cicatrização da ferida e crise familiar (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015). Tendo em conta os problemas de enfermagem detetados elaborei diagnósticos de enfermagem e formulei um plano de cuidados dirigido a cada foco.

A monitorização hemodinâmica é efetuada, numa primeira abordagem no serviço de urgência, com recurso a dados indiretos. A pressão arterial indireta é, segundo a norma n.º 022/2012, um dado pouco fiável da avaliação do estado cardiovascular na pessoa com queimadura quer devido às alterações fisiológicas compensatórias como pelo edema das extremidades que se forma logo após a lesão.

Enquanto na UQ, os doentes estão ventilados e com monitorização invasiva contínua, no SU, o especialista atua com base nos conhecimentos que possui sobre a fisiopatologia das queimaduras e na antecipação de complicações. Por exemplo, nas queimaduras elétricas e com traumatismos associados, o risco de insuficiência renal aguda por rabdomiólise é alto. Neste caso a fórmula de Parkland não se aplica. Deve ser administrado lactato ringer com o objetivo de o débito urinário ser mantido 2 a 3 vezes o volume normal para facilitar a excreção de mioglobina e ainda pode haver necessidade de alcalinizar a urina através da prescrição de bicarbonato de sódio para evitar disritmias, tal como descrito na norma n.º 022/2012.

A pessoa vítima de queimaduras tem dificuldade em manter a normotermia devido à perda da função barreira da pele e da microcirculação nas áreas lesadas. Por esse motivo, deve ser mantida quente e seca (temperatura > 35°C), pois a hipotermia agrava o prognóstico. Para prevenir a hipotermia, são utilizadas soluções endovenosas aquecidas e cobertores e sistemas de aquecimento como sugere a norma n.º 022/2012. Além dessas medidas, a UQ de São João possui uma estufa para aquecer roupa (lençóis e batas) e os quartos encontram-se climatizados com uma temperatura entre 22°C a 32°C e humidade relativa de 30-60%, ambiente adaptado às suas necessidades fisiológicas.

Todas as queimaduras que requeiram tratamento cirúrgico, não tratadas nas primeiras 6 horas são consideradas feridas com potencial teratogénico. O especialista deve estar atento a pessoas com história vacinal desconhecida e que não tenham efetuado as 3 doses recomendadas. Segundo a norma n.º 018/2020 referente ao Programa Nacional de Vacinação 2020, nesses casos está indicada a vacinação e a administração de imunoglobulina humana antitetânica. Todos os doentes que possuam as 3 doses, mas a última tenha sido há mais de cinco anos, devem fazer a vacina.

A adoção de posturas de defesa e consequente aparecimento de deformidades é das complicações mais recorrentes nas vítimas de queimaduras e que devem ser desde cedo referenciadas para o enfermeiro especialista em reabilitação ou fisioterapeuta. As regiões axilar e cervical são as que mais sofrem contraturas, seguidas pelas regiões do cotovelo e poplíteia. A hiperextensão do pescoço previne a complicação de retração mentotorácica e pode ser obtida colocando o doente com a cabeça posicionada fora do colchão ou através da colocação de uma almofada na região escapular. Nas queimaduras do tronco, a atenção é manter o alinhamento corporal e manter a posição neutra do quadril. Os membros superiores e inferiores devem ser mantidos em extensão e abdução. As mãos devem ser posicionadas acima do nível do tórax e imobilizada na posição anatómica (dedos estendidos e polegar em abdução e flexão) para evitar a mão em garra. A articulação tibiotársica deve ser posicionada a zero graus e aliviada a zona de pressão do calcâneo de modo a prevenir o pé equino. Queimaduras da região do cotovelo devem ser mantidas em extensão máxima (180°) (Miranda, 2014). A cabeça, membros superiores e inferiores devem ser mantidos elevados para facilitar o fluxo sanguíneo.

Após uma queimadura, o tecido cicatricial sofre um período de maturação que pode demorar até um a dois anos. As cicatrizes hipertróficas são uma cicatriz elevada, espessa, avermelhada e com aspeto de corda, que quando amadurecidas assumem um tom esbranquiçado. No momento da alta, é recomendada a utilização de pressoterapia com a finalidade de controlar a cicatrização hipertrófica e promover o aplanamento e amaciamento das cicatrizes, evitando a necessidade de cirurgia para correção das sequelas, como refere Cabral (2009). As vestes de compressão devem ser feitas à medida de cada doente e utilizadas continuamente (24 horas por dia; 7 dias por semana), e retiradas apenas para serem lavadas e aplicar creme. Com menor frequência surgem cicatrizes quelóides, isto é, aglomerados de tecido cicatricial, de cor avermelhada, que se deposita de uma forma totalmente desordenada após a epitelização da queimadura

(Cabral, 2009). A norma n.º 022/2012 avisa sobre a necessidade destes doentes usarem proteção solar máxima no primeiro ano após queimadura para as cicatrizes

A limpeza regular das queimaduras é essencial para que estas cicatrizem e encerrem. Sabe-se que o tecido necrosado atrasa a cicatrização e limita a capacidade dos fatores de crescimento. Existem vários métodos de limpeza das feridas quer seja através de solução fisiológica ou da água da torneira, na balneoterapia. A balneoterapia é o processo de limpeza mecânica, por fricção manual, usado para prevenir e controlar as infeções nas queimaduras (Carreiro, 2008). A prática de emersão total foi abandonada em vários países pois, segundo o estudo efetuado por Deutsch et al. (2016), é um fator de risco para colonização de *Pseudomonas aeruginosa*, causadora de várias infeções urinárias, respiratórias, gastrointestinais, dermatites, bacteriemia e osteomielite. A balneoterapia é realizada numa sala própria, dentro da unidade de queimados, com recurso a sedação e anestesia, visto ser extremamente doloroso (Carreiro, 2008). Um dos cuidados do especialista é assegurar que o doente cumpre com um jejum de, pelo menos, 6 horas antes do procedimento. Como os procedimentos são realizados no período matutino, o doente fica em jejum desde a noite anterior a fim de prevenir a broncoaspiração. É um cuidado do enfermeiro especialista garantir que o doente retoma dieta o quanto antes, quer seja por nutrição entérica ou por via oral logo que esteja responsivo às solicitações e com a deglutição preservada.

Este procedimento requer uma preparação antes, durante e após de modo que demore 30 minutos ou menos, isto porque sessões mais demoradas podem causar hipotermia, *stress* e perda de sódio uma vez que a água é hipotónica (Statewide Burn Injury Service, 2019).

Antes da balneoterapia verificava se a sala reunia as condições de segurança e higiene e testava a funcionalidade dos aparelhos e preparava o material de apoio à sedação/analgesia. Durante a balneoterapia monitorizava os parâmetros vitais e em simultâneo procedia aos cuidados de higiene, partindo das zonas menos contaminadas para as mais contaminadas. Avaliava a gravidade da queimadura quanto à sua extensão e profundidade; a integridade da pele e presença de sinais de infeção e procedia no fim à execução do penso. Aproveitava que o doente estava sedo-analgesiado para efetuar procedimentos dolorosos (p.e.: colocação de cateteres periféricos, cuidados orais, tricotomia, enemas de limpeza, etc.). Em dias de cirurgia, era realizada a balneoterapia como meio de preparação pré-operatória, com pelo menos 2 horas de antecedência e usada a solução de clorhexidina a 2% na lavagem corporal, como recomenda a norma

n.º 020/2015. Todo este procedimento exige que o especialista seja capaz de diagnosticar prontamente complicações, reais ou potenciais, e atue em conformidade. Perante um doente que começa a despertar durante o procedimento e/ou manifeste dor, é rapidamente aumentada a dose de sedação e analgesia. Nas situações de hipotensão são administrados soros em bólus para garantir a perfusão tecidual e administrados soros aquecidos em casos de hipotermia.

A realização de escarotomias e/ou fasciotomias também exigem intervenções específicas. Em grandes queimaduras é recorrente ocorrer perda de elasticidade dos tecidos e acumulação de fluidos no espaço extracelular. O desenvolvimento de edema generalizado abaixo da escara pode afetar a irrigação arterial das extremidades. Sinais de insensibilidade e parestesias nos membros ou hiperestésias nos dedos indicam compromisso vascular e deve ser feita uma avaliação física e exame de Doppler.

A escarotomia consiste na realização de uma incisão longitudinal no tecido cicatricial até ao tecido subcutâneo, com um bisturi, com o objetivo de repor o fluxo sanguíneo em escaras constrictivas. Está indicada em doentes com queimaduras circunferenciais, síndrome compartimental ou isquemia tecidual. (Urden et al., 2008) Estas incisões podem ser feitas nas eminências tenar (abaixo do polegar na palma da mão) e hipotenar (abaixo do 5º dedo da palma da mão) e ao longo das faces dorsolaterais dos dedos da mão. Uma das funções do especialista é vigiar as extremidades pelo risco aumentado de desenvolver hiperemia reativa e formação de edema adicional que pode levar a síndrome compartimental. A fasciotomia é empregue nas situações de aumento das pressões compartimentais musculares. A maior parte dos doentes admitidos na UQ de São João possuíam escarotomias, sobretudo, nos membros superiores no momento de admissão à unidade, isto porque são intervenções que devem ser realizadas o mais precoce possível, e em um ambiente adequado (sala cirúrgica).

As queimaduras semidérmicas e dérmicas, não tem aporte sanguíneo, logo os leucócitos polimorfonucleares, anticorpos e anticorpos sistémicos não conseguem atingir essas áreas para remover a escara, precisando por esse motivo de ser removida por desbridamento mecânico, enzimático ou cirúrgico (Urden et al., 2008). Todos as pessoas vítimas de queimaduras de 2º e 3º grau, hemodinamicamente estáveis, vão ao bloco operatório entre o 3º e 5º dia após o acidente, período em que a lesão, geralmente, ainda não estava contaminada, para fazerem excisão e enxertia precoce.

O especialista conhece os vários tipos de substitutos de pele que existe no mercado: temporários ou definitivos. Mas reconhece que o autoenxerto é o ideal para

cobrir as queimaduras de forma definitiva. Nos grandes queimados é complicado haver zonas dadoras disponíveis para autoenxerto, para além que as zonas dadoras se tornam em feridas de espessura parcial dolorosas. As zonas dadoras mais frequentes são as coxas, costas e abdómen. Os enxertos em placa são mais usados na face, pescoço, antebraço e mãos, enquanto os enxertos em rede podem ser esticados de modo a cobrir uma maior aérea, mas o resultado cosmético nem sempre é o mais desejado. A propriedade mais importante dos enxertos é a aderência. Acumulação de líquidos abaixo do enxerto (p.e.: sangue); forças de cisalhamento; presença de infeção e/ou tecido desvitalizado remanescente e excisão inadequada do leito da lesão podem levar a perda dos enxertos como referem Urden et al. (2008). Na UQ de São João o enxerto era coberto com compressa gorda e compressas e fechado com ligadura elástica. Nas regiões dadoras era aplicado compressa gorda e compressas embebidas em solução de betadine e fechada. A abertura do penso no pós-operatório acontecia entre o 3º e 5º dia. Antes disso era desaconselhado, pois só ao fim de 24 a 72 horas é que era possível avaliar a aderência e sobrevivência do enxerto (Urden et al., 2008). O principal cuidado a ter com a região dadora incluía aparar as bordas da compressa até cair, sem nunca remover à força, pois isso iria interferir com o processo de reepitelização e provocar dor.

Na UQ de São João assisti a uma cirurgia inovadora, que utiliza a técnica MEEK para expandir tecido, que pode chegar a 1:18. Pineros et al. (2010) explica que em primeiro lugar o cirurgião remove autoenxertos de 0,01mm que são postos em soro fisiológico a hidratar. Depois os enxertos são colocados em placas de cortiça de 4,2x4,2cm com a derme para baixo e é cortado os excedentes. Posteriormente, o enfermeiro instrumentista fixa a placa de cortiça numa treliça de metal e passa duas vezes pelo dermatômetro que corta os enxertos em quadros, mas não corta a placa de cortiça, resultando em enxertos de 14x14cm e 3mm de espessura. Seguidamente é aplicado spray adesivo que fica 2-3 minutos para garantir que o enxerto adere à placa de papel de metal, passado esse tempo é removida a placa de papel metal e expandida gentilmente. Segundo estes autores, depois de proceder à colocação do enxerto e fixação com agrafos, deve ser executado o penso pela seguinte ordem: compressas gordas seguidas de compressas embebidas em solução de betadine e por fim, compressas de gaze secas (Pineros et al., 2010). Esta técnica de microenxertos é mais vantajosa, pois permite uma maior expansão, elevada taxa de aderência e epitelização mais rápida. Essa técnica foi testada com uma taxa de sucesso superior a 50%, pela

primeira vez, num doente do sexo masculino, 37 anos, caucasiano, casado (1 filha menor), profissional da guarda nacional republicana que foi vítima de acidente florestal que resultou em queimaduras extensas de 2º e 3º grau principalmente a nível do tronco, braços e pernas (ASCQ 65%), internado há mais de 6 meses e com áreas ainda por cicatrizar.

O processo de excisão não deve ultrapassar 20% da superfície corporal ou 2 horas de tempo operatório de forma a evitar transfusões excessivas e limitar o *stress* fisiológico, razão pela qual são fundamentais vários momentos de cirurgia para alcançar a cicatrização total das queimaduras (Bolgiani & Serra, 2010).

Pude desempenhar as funções do enfermeiro anestésista nas cirurgias as quais participei. Em todas elas verifiquei a funcionalidade dos aparelhos e materiais a utilizar; administrei terapêutica, soros e hemoderivados; cumpri com o protocolo de hidratação e proteção ocular da unidade (aplicação de Siccafluid e Prednifalmina em cada olho); monitorizei os sinais vitais; colaborei na manutenção da anestesia; promovi a normotermia e, no fim, colaborei no despertar do doente e na extubação.

No âmbito das suas competências, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor na pessoa em situação crítica contribuindo para a satisfação do cliente, o seu bem-estar e o autocuidado (OE, 2008). O doente crítico é sujeito a constantes estímulos dolorosos de maior ou menor intensidade, quer seja pela sua patologia (politraumatizados, pós-operatórios, queimaduras), utilização de procedimentos invasivos para diagnóstico, monitorização e tratamento (tubo endotraqueal, cateteres, etc...), rotinas de enfermagem (p.e.: aspiração de secreções, posicionamentos, etc...) e imobilidade prolongada.

A pessoa que sofreu queimaduras manifesta, frequentemente, insegurança, incerteza e medo da dor ou de qualquer situação que possa precipitá-la. A mudança do penso é o processo mais doloroso referido pelo doente. O seu tratamento deve ser realizado com sedação e analgesia com o propósito de aliviar a dor, diminuir o trauma psicológico, permitir a execução de procedimentos invasivos e agressivos, permitir a remoção de tecido necrótico em áreas queimadas, possibilitar a avaliação das lesões, facilitar a remoção e reaplicação do agente tópico, permitir a realização de pequenas intervenções cirúrgicas e possibilitar a realização de fisioterapia (Silva et al., 2018).

As queimaduras são extremamente dolorosas devido à estimulação direta sofrida e à lesão de nociceptores presentes na epiderme e derme (Castro et al., 2013). O especialista possui conhecimentos sobre a anatomia da pele, que lhe permite saber

que as queimaduras localizadas na epiderme são as mais dolorosas por possuírem terminações nervosas intatas. As queimaduras situadas na derme são indolores, pois houve destruição dessas terminações (Urden et al., 2008). A dor que surge nas queimaduras pode ser por hiperalgesia primária (dor no local da queimadura) ou secundária (dor nos tecidos adjacentes à lesão). A intensidade da dor varia à medida que a resposta inflamatória cessa. A resposta inflamatória leva à libertação de mediadores químicos irritantes que sensibilizam e estimulam os nociceptores no local da lesão por vários dias, sendo por isso, máxima nos locais de perda cutânea e áreas dadoras de tecido. A regeneração desordenada das fibras de colagénio, nas queimaduras profundas, é responsável pelo surgimento de dor neuropática nos queimados (Castro et al., 2013). Estes autores estimam que até 52% das vítimas de queimaduras apresentem dor crónica.

De acordo com o paradigma da dor por queimadura de Patterson's, os doentes apresentam essencialmente cinco padrões de dor: (1) "background pain" é a dor em repouso provocada pela lesão inicial, podendo variar de moderada a intensa e é constante; (2) "procedural pain" costuma ser intensa mas breve e está associada a procedimentos como desbridamento da ferida e realização de pensos e/ou fisioterapia; (3) "breakthrough pain" é a dor aguda que ocorre no final do efeito dos analgésicos ou durante procedimentos ou quando o doente está sob stress; (4) procedural pain é a dor esperada e temporária que ocorre no pós-operatório após a excisão de um enxerto, por exemplo. Por fim, "chronic pain" é a dor que persiste por mais de 6 meses, mesmo após a cicatrização das queimaduras (Griggs et al., 2017).

A avaliação da dor é fundamental para que haja um adequado controlo da dor. É preconizado a utilização de escalas de avaliação da dor válidas e confiáveis. Em doentes conscientes e capazes de autoavaliar a sua dor, apliquei a escala numérica de dor, escala visual analógica ou escala qualitativa (OE, 2004). O recurso ao autorrelato como fonte de informação permite questionar a pessoa quanto às características da dor (localização, qualidade, intensidade, duração e frequência) e, explorar fatores de alívio ou agravamento. Em doentes incapazes de comunicar dor, avaliei a dor por meio da observação de comportamentos de dor (fácies de dor e/ou de desconforto, posição antiálgica, inquietação, etc.) e de dados objetivos (sinais vitais, sudorese, palidez). Em doentes inconscientes, sedados e sob VMI usei a *behavioural pain scale (BPS)*. Esta escala é a mais preconizada, pois avalia três áreas: expressão facial, movimentos

corporais e tolerância à ventilação e possui a vantagem de contribuir para uma comunicação eficaz entre doente e profissional (Morete et al., 2014).

As unidades de queimados usam protocolos de analgesia com diferentes classes de medicamentos para o tratamento da dor provocada pela queimadura. Os medicamentos mais utilizados na sedação e analgesia são: propofol, midazolam, fentanil e cetamina, sendo que, na maioria das vezes são usados de forma associada para promover o máximo de conforto à pessoa vítima de queimaduras (Silva et al., 2018).

Estudos demonstraram que a ansiedade agrava as queixas algícas e diminui a tolerância à dor. Doentes ansiosos e com dor intensa beneficiam da administração de benzodiazepinas, tais como midazolam e lorazepam. O diazepam não está indicado por ter uma semivida longa e originar déficit mental após a sua suspensão (Castro et al., 2013; Wraa, 2010).

O tratamento farmacológico a partir de opioides é a forma mais efetiva de tratar a dor provocada por queimaduras. A morfina é benéfica no tratamento da dor aguda de moderada a severa, presente durante o repouso, por possuir uma absorção enteral prolongada. A Norma nº 022/2012 considera a prescrição de opioides em adultos (morfina 2mg IV) a cada 5 minutos até dose máxima de 0,2mg/Kg com evidência científica demonstrada. Os efeitos secundários mais comuns são: hipotensão, obstipação, retenção urinária e náuseas. A administração de morfina intramuscular ou subcutânea, deve ser evitada logo após a queimadura, devido a vasoconstrição periférica e edema que ocorrem no choque da queimadura. O fentanil é um analgésico eficaz para realização de procedimentos dolorosos. É um opioide potente de ação rápida (1-2 minutos após administração) e com metabolização plasmática. Geralmente é combinado com benzodiazepínico, midazolam. Essa combinação induz relaxamento, amnésia, e analgesia, porém sem prejuízo evidente da respiração espontânea e a maioria dos doentes continuam responsivos aos estímulos verbais e táteis (Silva et al., 2018).

O uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINE) e paracetamol são uma alternativa aos opioides, podendo reduzir até 20-30% da administração de opioides, no entanto, em situações de risco de hemorragias e doenças gastrointestinais, os AINE's devem ser evitados (Castro et al., 2013).

No tratamento da dor neuropática, a evidência mostrou benefício da administração de tramadol, gabapentina, pregabalina, amitriptilina e lidocaína (Castro et al., 2013). O seu uso é frequente na prática e com bons resultados, de acordo com a

minha experiência, pois os doentes referiam eficácia no controlo de dor, sem necessidade de recorrer a analgesia em SOS.

Entre as intervenções de enfermagem não farmacológicas utilizei as seguintes estratégias para o controlo da dor: relaxamento com imaginação, distração, toque terapêutico, promoção da imobilização e conforto. Também a música e a esperança mostraram eficácia. Cavaco et al. (2010) diz que a esperança diminui a dor psicológica e sofrimento dos doentes, evitando o desespero e ajudando no seu processo de recuperação. De acordo com estes autores, o enfermeiro pode manter e/ou aumentar a esperança da pessoa ao escutar o doente/família; estabelecer uma relação empática com ele e desenvolver competências de comunicação; possuir sentido de humor e estimular recordações positivas; fortalecer o suporte espiritual; estabelecer objetivos realistas e desenvolver mecanismos de *coping*. Estas intervenções são autónomas e facilmente praticáveis nos diferentes contextos.

A massagem, apesar de ser das medidas não farmacológicas com efeitos demonstrados na diminuição da dor, prurido e melhoria nas características da cicatriz, não é prática comum devido a constrangimentos cognitivos e físicos (Costa & Tão, 2016). É importante tornar exequível a realização de massagem nestes doentes e introduzir com maior frequência no plano de cuidados de enfermagem.

A comunicação constitui um indicador da qualidade e humanização dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes e à família. Segundo Alves e Parreira (2014) os enfermeiros utilizam, preferencialmente, a comunicação verbal (palavras expressas pela fala ou escrita) para comunicar com o doente, enquanto estes comunicam com o enfermeiro sobretudo através de formas de comunicação não-verbal (gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal, entre outros). Numa UCI, a maioria dos doentes estão intubados ou traqueostomizados, conectados e dependentes de ventiladores mecânicos. Os doentes estão incapacitados de comunicar verbalmente quer devido à presença do TOT quer devido à sedação que restringe formas alternativas de comunicação não-verbal (p.e.: pestanejar, acenar com a cabeça, etc.).

De acordo com Cabete et al. (2019) as necessidades emocionais mais sentidas pela família da pessoa em situação crítica são: falta de informação acerca do estado clínico do seu familiar e prognóstico; transmissão da informação de maneira clara e honesta; necessidade de estabelecer uma relação de proximidade e confiança com os profissionais; não poderem exprimir os sentimentos e alimentar uma esperança realista. Para estes autores, apesar da família ser entendida como alvo de cuidados, a gravidade

e emergência das situações levam a que as intervenções se centrem na vertente tecnológica, passando a atenção à família para segundo plano.

Apesar da sofisticação técnica predominante no ambiente intensivo, foi possível humanizar os cuidados de enfermagem através de uma interação terapêutica, empática e de confiança com a família e de uma comunicação eficaz suportada em momentos de partilha de vivências, angústias, medos e inseguranças. Usei estratégias básicas de comunicação como: identificar-me antes da prestação de cuidados; tratar o doente pelo seu nome próprio; falar de modo claro e devagar; com tom de voz agradável; evitar interrupções durante a comunicação; informar/explicar sobre os procedimentos, antes de prestá-los; escutar ativamente o doente/família; permitir a expressão de sentimentos e experiências (por meio de descrições da sua vida) e não dar falsas esperanças (Gonçalves et al., 2015; Cabete, et al., 2019).

Há estudos que comprovam que o toque de familiares e profissionais pode provocar alterações nos doentes internados em UCI. Observou-se que o toque de os enfermeiros contribuía para a redução dos batimentos cardíacos de os doentes. O toque, como uma forma de comunicação não-verbal, proporciona conforto, calor humano e transmite a mensagem que o doente não está só diante da dor e do sofrimento (Morais et al., 2018). Para os autores anteriores a principal ferramenta de comunicação entre o doente e o profissional é a empatia (sentimento de identificação), podendo o profissional alcançá-la observando as reações que provoca nas outras pessoas e também refletindo sobre as suas experiências. Com base na evidência, usei o toque para comunicar com doentes ventilados e não ventilados e verifiquei que os doentes ficavam menos ansiosos/agitados e manifestavam sinais de maior conforto e, muitas vezes, alívio da dor (p.e.: redução de gemidos, fâcies serena, etc...).

A comunicação de uma má notícia é entendida pelos enfermeiros como uma das situações mais difíceis e complexas no âmbito das relações interpessoais. Essa dificuldade eleva-se mais quando se enquadra num contexto de morte inesperada, não só pela imprevisibilidade, como pela impreparação dos profissionais lidarem com a situação, assim como dos familiares receberem a notícia e iniciarem o processo de luto (Sousa et al., 2014).

O modelo de comunicação de más notícias de Buckman (SPIKES), é um mnemónico de seis passos que apresenta quatro objetivos principais: saber o que os doentes/familiares estão entendendo da situação; fornecer as informações de acordo com o que o doente e sua família suportam ouvir; acolher reações que possam advir e,

por fim, ter um plano (Cruz & Riera, 2016). Desde logo, tive dificuldade, nos diferentes contextos clínicos, em conseguir um lugar privado para conversar com o doente/familiares assim como disponibilizar o tempo necessário para confortá-los. Expressões como “infelizmente não tenho boas notícias” e “os resultados dos exames não estão como gostávamos”, ajudaram-me no momento de transmitir as informações. Ainda neste ponto, é importante que o especialista se informe se o doente é detentor de Diretivas Antecipadas de Vontade para que se cumpra a expressão dos seus desejos em fim de vida como destaca Tavares e Martins (2015). Segundo estes, muitas vezes ainda são os profissionais de saúde que detêm o papel de decisor, incluindo por vezes a família, causando constantes dilemas éticos. Não tive nenhum doente com diretivas antecipadas de vontade, no entanto muitos dos doentes tinham a diretiva médica “Do Not Resuscitate” para doentes num processo de doença avançada, grave e incurável, a fim de evitar medidas terapêuticas desproporcionadas em caso de paragem cardiorespiratória. A família da pessoa em fim de vida era informada e permitido o acompanhamento do seu familiar, tal como está previsto pelo artigo 20º, da Lei n.º 15/2014 que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres dos doentes dos serviços de saúde. Porém, verifiquei que os profissionais de saúde estão pouco preparados para assistir, entender e acompanhar estes doentes nos momentos que antecedem a sua morte.

A espiritualidade está associada a valores e crenças que podem influenciar a cognição, emoção e comportamento das pessoas, na capacidade de lidar com o *stress*, a perda e a doença. Pode ser usada pelos enfermeiros como uma estratégia de *coping*, uma vez que a forma como as pessoas usam a sua fé e as suas crenças podem ajudá-las a superar diversas situações. Está demonstrado que a fé, as orações e as crenças são capazes de reestabelecer o equilíbrio humano, motivar forças para a cura e/ou minimizar o sofrimento da doença e do tratamento (Oliveira et al, 2020). Entre as intervenções de enfermagem que visam fornecer apoio espiritual destaco a visita do padre para dar o sacramento da extrema-unção, a oração, a presença de figuras religiosas à cabeceira da cama e o fato de alguns doentes assistirem à missa que é emitida pela televisão nas manhãs de domingo.

Passando à segunda competência específica do enfermeiro especialista, os cuidados à pessoa em situação crítica por queimadura podem derivar de uma situação de emergência, exceção ou catástrofe.

As queimaduras graves são situações emergentes que requerem assistência imediata. De acordo com o regulamento n.º 429/2018, se ocorrer um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos humanos e técnicos disponíveis para assistir a vítima em risco de vida, a situação é de exceção. Mas se um acidente grave ou série de acidentes graves causarem elevado número de vítimas e prejuízos materiais, afetando severamente as condições de vida e socioeconómicas das pessoas em áreas ou na totalidade do território nacional é decretado estado de catástrofe.

A gravidade da queimadura depende, principalmente, de três fatores: idade (superior a 60 anos), ASCQ (>40%) e lesões inalatórias. A taxa de mortalidade será de 0.3%, 3%, 33% ou 90% consoante tenha 0, 1, 2 ou 3 fatores de risco anteriores (Dries & Marini, 2017).

Os desastres que envolvem queimaduras estão associados a três fatores: fogo/explosões em infraestruturas, desastres naturais e/ou guerra/terrorismo. São exemplos o terramoto no Haiti em 2011 ou os bombardeios em Madrid em 2004 e no metro de Londres em 2005 e os bombardeamentos de Hiroshima e Nagasaki (Kearns et al., 2016). Os incidentes que envolvam milhares de vítimas com queimaduras ultrapassam os recursos disponíveis das unidades de queimados e a sua capacidade de resposta. A adequação e a resposta atempada dos profissionais de saúde nestas situações são fundamentais para evitar o aumento do número de vítimas.

Portugal Continental e a Região Autónoma da Madeira (RAM) têm sido cenário de vários incêndios florestais. O acontecimento mais trágico, desde sempre, em Portugal Continental foi o incêndio de Pedrógão Grande que vitimou 64 pessoas e feriu mais de duas centenas de pessoas em junho de 2017 (Comissão Técnica Independente, 2017). Também a Região Autónoma da Madeira foi palco de vários incêndios, em que o acontecimento mais recente e dilatador foi em agosto de 2016 que resultou em 3 mortos e 2 feridos graves (Caldeira, 2017).

O Serviço de Urgência de Adultos do HNM possui um Plano de Catástrofe e um Plano de Resposta Hospitalar a Emergências Externas com Vítimas. Em agosto de 2016 deflagrou na Madeira vários incêndios que ameaçaram várias instituições de saúde, tendo sido necessário ativar os planos de catástrofe e proceder à evacuação de dois hospitais (Hospital dos Marmeleiros e o Hospital Dr. João de Almada), um Centro de Saúde (Centro de Saúde da Calheta); duas clínicas e de quatro lares (Caldeira, 2017). A grande dispersão do edificado e a movimentada orografia, aliada a meteorologia

adversa dificultam a operação coordenada e movimentação atempada das forças de combate e o seu uso eficaz, nos locais críticos, na Ilha da Madeira.

O Serviço de Proteção Civil da RAM possui um Plano Regional de Emergência que foi elaborado para as situações de emergência que possam resultar em acidentes graves ou catástrofes que afetem populações, património edificado, ambiente e atividades socioeconómicas através de riscos naturais, tecnológicos e mistos. Na RAM destacam-se, sobretudo, os seguintes riscos, pela sua maior incidência: as cheias e inundações rápidas e aluviões; inundações e galgamentos costeiros; movimentos de massas em vertentes e incêndios florestais (Serviço Regional de Proteção Civil, 2015). Em incêndios florestais em que se verifiquem os seguintes fatores: humidades inferiores a 10%, ventos superiores a 80 Km/h e temperaturas acima dos 28°C, extensão da área ardida (acima de 1000 hectares) principalmente quando percorrida em mais de um concelho está indicado a ativação do Plano Regional de Emergência de Proteção Civil.

A RAM não possui nenhuma unidade de queimados, pelo que toda a vítima de queimadura é socorrida pela EMIR (Emergência Médica Regional) e encaminhada para o SU do HNM onde é triada, segundo a triagem de *Manchester*, como emergente através do fluxograma “Queimaduras” e segue para a sala de emergência e posteriormente para a UCI enquanto aguarda transferência para uma Unidade de Queimados, em Portugal Continental, caso possua critérios de admissão. A decisão de transferência de um doente crítico entre hospitais deve-se à inexistência de recursos (humanos e técnicos) no hospital de origem para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). O transporte aéreo secundário é realizado pela Força Aérea Portuguesa, acompanhado por uma equipa composta por médico e enfermeiro do serviço de medicina intensiva, sendo o meio mais eficaz de um transporte rápido e com menos riscos para estes doentes.

Dado que Portugal Continental não possui uma resposta eficiente que envolva grandes queimados, o Ministério da República, através da publicação do despacho n.º 9496/2017, considerou prioritária a definição de uma Rede de Referência Hospitalar no SNS para situações de emergência na área dos queimados (Ministério da Saúde, 2017). Nesse despacho era essencial que, até 2020, os serviços de Urgência/Emergência na área das Unidades de Queimados, Serviços de Urgência Polivalentes e Serviços de Medicina Intensiva fossem capazes de dar uma resposta adequada a situações de

emergência com vários queimados. Os serviços hospitalares abrangidos pela Rede de Referência Hospitalar de Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética e a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Intensiva têm de definir um plano de emergência na área dos queimados e honrar os seguintes supostos: implementação de uma resposta adequada nas áreas específicas das Unidades de Queimados, dos serviços de urgência polivalente e dos serviços de medicina intensiva; alargamento da lotação das Unidades de Queimados já existentes, em função das necessidades, e criação de camas de reserva; criação de uma Unidade de Queimados Pediátrica na Região Norte; implementação de um sistema de informação de gestão de vagas nas Unidades de Queimados e nas UCI; sistematização de um plano com as melhores condições de transporte do doente queimado por via terrestre ou aérea (Ministério da Saúde, 2017).

Em situações de catástrofe as vítimas de queimaduras são triadas consoante a necessidade de transferência/tratamento. Pessoas com queimaduras <10% e sem lesões inalatórias, não têm indicação de internamento. Toda a pessoa que apresente uma mortalidade $\leq 10\%$, previsão de internamento inferior a 14 dias, podendo ir até 21 dias e precise de realizar 1 e/ou 2 procedimentos cirúrgicos, deve ser transferida para uma unidade de queimados (Kearns et al., 2016).

Perante situações austeras é preciso gerir, de forma cautelosa, o uso de oxigénio. Os hospitais devem incluir no seu plano de contingência opções terapêuticas alternativas caso fiquem sem fornecimento de oxigénio por dias. Em desastres de grandes dimensões é comum haver intoxicações por monóxido de carbono ou por cianeto. Apenas os doentes que apresentem sintomas de intoxicação devem ser tratados com oxigénio. Nos doentes que requeiram o mesmo nível de suporte ventilatório deve ser considerada a opção de serem conectados todos ao mesmo ventilador (Kearns et al., 2016).

Após uma queimadura, o doente pode ficar desidratado e desenvolver choque devido a perda de fluidos. A terapia de reidratação oral, com fórmulas compostas por água limpa, glicose e eletrólitos, é uma técnica que pode ser usada, com sucesso, em doentes em choque por queimadura, em alternativa à ressuscitação endovenosa, desde que a ASCQ não exceda os 40% e não haja outras doenças que impeçam a ingestão oral segura (Kearns et al., 2016).

O serviço de medicina intensiva do HNM possui o protocolo “Cuidar do Cliente Crítico com Lesão Tecidual por Queimadura” o qual uniformiza as

intervenções de enfermagem, nas primeiras 48 horas pós-queimadura, e guia os profissionais no processo de transferência para uma unidade de referência, tendo contribuído substancialmente para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa/família vítima de queimaduras.

A realização do Curso de Suporte Avançado de Vida ao Queimado surgiu da necessidade de suprir a falta de experiências clínicas na pessoa vítima de queimaduras nas primeiras 24 horas pós-queimaduras. Este curso contribuiu para a consolidação de um conjunto de conhecimentos sobre a apresentação, diagnóstico e tratamento inicial de queimaduras graves e, em simultâneo, para a aplicação do conhecimento adquirido na simulação de casos práticos. Adquiri conhecimentos a nível da via aérea avançada e via aérea difícil ao grande queimado por meio do treino da intubação endotraqueal em traqueias de porco.

Sabendo que o enfermeiro assume o dever de ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência, planeio frequentar o curso *Medical Response to Major Incidents* (MRMI), destinado à formação internacional diferenciada na área da emergência e catástrofe.

A prática que possuo em situação de emergência, exceção e catástrofe é relativamente à doença provocada pelo novo coronavírus SARS-Cov-2. A 17 de Março de 2020 integrei a equipa principal destinada à Área de Contingência COVID-19 do SESARAM, na qual tenho vindo a prestar cuidados de enfermagem a casos suspeitos, prováveis e confirmados de COVID-19 a nível da comunidade e hospitalar. Dado que foi a primeira equipa de reposta à pandemia na Região, acompanhei de perto todo o processo de construção de procedimentos inerentes ao COVID-19 a nível hospitalar e na comunidade; implementação de circuitos de doentes; de formação de novas equipas, etc...

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou situação de emergência de saúde pública de âmbito internacional da COVID-19 e, em 11 de março foi declarada como pandemia internacional. A atual epidemia de COVID-19 possui uma capacidade de contágio significativa com uma taxa de ataque (número de novos casos gerados a partir de um único confirmado) estimada entre 2.5 a 2.9. A maioria dos doentes infetados apresenta doença ligeira sem necessidade de hospitalização, no entanto entre os internados, 6% a 10% irão precisar de cuidados intensivos (Mendes et al., 2020).

Desde o início da pandemia, a RAM implementou a estratégia de testes para SARS-Cov-2 com a finalidade de reduzir e controlar a transmissão da infeção; prevenir e mitigar o impacto da infeção nos serviços de saúde e nas populações vulneráveis e monitorizar a evolução epidemiológica da COVID-19, recomendada pela norma n.º 019/2020. Esta abordagem permitiu diagnosticar a infeção em pessoas sintomáticas, suspeitas de COVID-19 e em pessoas assintomáticas com contacto com caso confirmado e rastrear a infeção em pessoas assintomáticas e sem contacto com caso confirmado de COVID-19. Entre os testes laboratoriais para SARS-COV-2, disponíveis, atualmente em Portugal, são realizados: testes moleculares de ampliação de ácidos nucleicos, que incluem testes de biologia molecular (RT-PCR) e testes rápidos de ampliação de ácidos nucleicos; testes rápidos de antigénio e testes serológicos. De forma a prevenir e mitigar o impacto da COVID-19 no Serviço de Saúde e nas populações vulneráveis foi estipulado o rastreio a pessoas sem sintomas e sem contacto de alto risco com caso confirmado. Passou a ser realizado o teste laboratorial em amostras do trato respiratório (superior e/ou inferior) antes da realização de procedimentos geradores de aerossóis, doentes oncológicos, antes de cirurgias eletivas, antes da admissão para assistência ao parto, antes da admissão hospitalar, em unidade de cuidados intermédios e UCI, antes da admissão em estruturas residenciais para idosos, unidades da rede nacional de cuidados continuados integrados, instituições sociais de acolhimento e/ou apoio social, entre outros, e nos procedimentos urgentes e emergentes. Também os profissionais de saúde que prestem cuidados de saúde diretos e de maior risco de contágio foram submetidos a rastreio regular (entre 7 e 14 dias) de testes moleculares como sugerido pela norma n.º 019/2020.

Os profissionais da saúde, em especial, os enfermeiros assumiram um papel fundamental na prevenção e controlo da infeção pelo novo coronavírus ao nível da triagem, ou inscrição dos doentes, ao detetarem precocemente casos suspeitos nas unidades de saúde (cuidados de saúde primários, consulta externa, urgência hospitalar, etc...) através da realização do questionário clínico e epidemiológico para fatores de risco de COVID-19. O contacto em contexto de unidades de saúde teve em conta a restrição de visitas, com a exceção de pessoas em situação crítica ou fim de vida e criação de equipas dedicadas exclusivamente à prestação de cuidados de casos, limitando ao máximo o número de profissionais expostos a casos suspeitos ou confirmados. O papel dos enfermeiros no controlo ambiental e na correta utilização de EPI's passou pelo isolamento de casos suspeitos em quartos individuais com pressão

negativa, casa de banho privativa e sistema de ventilação adequado com capacidade para 6-12 renovações de ar/hora, numa situação ideal. Porém, devido aos constrangimentos da maior parte dos serviços do SNS, os doentes internados permaneciam, idealmente, em salas de trabalho que foram convertidas a quartos individuais, senão isolados em coorte, respeitando uma distância mínima de 1 metro entre unidade de doente. De acordo com o nível de cuidados, o profissional deverá usar: respirador de partículas (FFP2), proteção ocular, bata e luvas na prestação de cuidados não invasivos, a menos de 1 metro. Perante cuidados invasivos como é exemplo ventilação não invasiva e invasiva, os profissionais deverão usar fato de proteção integral, máscara (FFP2), proteção ocular e luvas (IASAÚDE, 2020). Os quartos de isolamento de internamento/enfermaria são considerados áreas críticas pelo que a limpeza e desinfeção deve ser monitorizada e reforçada pelos enfermeiros. Devem ser usados equipamentos dedicados ao doente, que sejam exclusivos do quarto ou área de isolamento (termómetros, estetoscópios, etc.) e materiais de uso único que possam ser removidos e descartados após conclusão das atividades. Os equipamentos partilhados devem ser limpos e desinfetados entre doentes com álcool a 70°. A roupa de doentes deve ser manuseada com o mínimo de agitação, separada em saco próprio e informada a lavandaria do risco biológico elevado da roupa. Deve ser evitado o contacto direto da pele e das roupas do profissional com materiais contaminados. Os resíduos produzidos durante a prestação de cuidados ao caso suspeito ou confirmado são considerados resíduos do grupo III (risco biológico).

Várias medidas têm sido adotadas para conter a expansão da doença e evitar o internamento e admissão em UCI. De maneira a dar resposta à avaliação e tratamento dos doentes com COVID-19, o SESARAM adaptou-se por forma a garantir a separação de doentes COVID-19 face aos restantes, salvaguardando as condições de segurança. Face à evolução dinâmica da situação de emergência foi necessário adequar os cuidados prestados aos doentes suspeitos, prováveis e confirmados de COVID-19 com base nas mais recentes orientações científicas e ajustar os recursos humanos e materiais perante o aumento sucessivo de número de casos confirmados de COVID-19.

Neste contexto, prestei cuidados a um doente, do sexo masculino, adulto jovem, caucasiano, casado, que foi transferido da Unidade de Queimados do Hospital de Santa Maria. Foi admitido na área de contingência COVID-19 por critério epidemiológico (viagem recente de Lisboa). Este doente tinha sido vítima de queimaduras por explosão de gás no domicílio que resultou numa ASCQ de cerca 40%.

À admissão possuía mais de 90% de área queimada cicatrizada pelo que teve alta para o domicílio e foi encaminhado para o centro de saúde da sua área de residência para posterior reabilitação. Na posição de enfermeira especialista identifiquei que a nível psicológico este doente manifestava-se ansioso e com medo de voltar a casa (primeira vez após o acidente). Confidenciou que a esposa tinha ficado traumatizada com o acidente e estava com dificuldades em retomar tarefas domésticas que envolvessem lidar com gás. Escutei o doente e promovi a expressão de sentimentos. Sugeri consulta de psicologia e/ou com enfermeiro de saúde mental o qual mostrou-se recetivo.

A terceira e, última, competência específica do enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, corresponde à prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.

A pessoa em estado crítico está mais suscetível a adquirir uma infeção decorrente dos cuidados prestados, uma vez que exige um conjunto de meios técnicos e procedimentos invasivos de diagnóstico e terapêutico para restabelecer e manter as funções vitais. As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem um importante problema de saúde pública. Cerca de 30% dos doentes internados em UCI desenvolvem uma infeção nasocomial e estão em maior risco de serem colonizados por bactérias multirresistentes devido ao uso repetido de antimicrobianos de largo espectro; partilharem o mesmo espaço que outros doentes em estado grave e com múltiplos fatores de risco e por encontrarem-se em maior risco de infeção cruzada devido à falta de profissionais de saúde (Gonzalez, 2017).

Segundo o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, criado pela DGS (2017), estima-se que se as mortes atribuíveis à resistência aos antimicrobianos não forem controladas até 2050, mais de 10 milhões de pessoas poderão morrer todos os anos.

De acordo com o PPCIRA, a redução das IACS assenta em dois pontos chaves: promoção das precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) e implementação de feixes de intervenção de suporte aos procedimentos e dispositivos invasivos. As PBCI traduzem regras de boa prática que devem ser adotadas por todos os profissionais com vista a minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada e incidem, essencialmente, sobre dez áreas: colocação/isolamento dos doentes; higienização das mãos; etiqueta respiratória; utilização de EPI; descontaminação de materiais/equipamentos; controlo ambiental; manuseamento seguro da roupa; gestão do circuito dos resíduos; práticas

seguras na preparação e administração de injetáveis e prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (Ministério da Saúde, 2017).

A prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos na pessoa vítima de queimadura começa, desde logo, na abordagem pré-hospitalar, no local do acidente. Na sala de emergência todos os profissionais devem usar bata, luvas e máscara e as queimaduras devem ser protegidas por material estéril. Enquanto o doente aguarda transferência para unidade de queimados deve permanecer num quarto de isolamento e/ou o mais isolado dos restantes doentes. Para Santos (2014) o uso preventivo de barreiras (aventais e luvas) em todos os doentes de alto risco, é a estratégia mais simples para evitar que os profissionais da saúde transmitam microrganismos multirresistentes do contato com doentes com colonização não reconhecidos para outro involuntário ainda não colonizado. Embora a higienização das mãos nos 5 momentos continue a ser a precaução básica de controlo de infeção mais eficaz, mais simples e económica de prevenir as IACS.

A norma n.º 024/2012 recomenda que todas as unidades de cuidados intensivos de queimados possuam quartos de isolamento com equipamento específico: ventilação mecânica, monitorização invasiva, bloco operatório exclusivo e ar condicionado individual e específico relativamente a fluxo laminar, pressão positiva (em relação ao exterior), temperatura e humidade. A UQ de São João tem o formato da letra “T” e está organizada em duas zonas distintas: “zona limpa” e “zona suja”. A “zona limpa”, assim intitulada, é restrita aos profissionais de saúde do serviço e externos quando devidamente equipados e autorizados. Dentro desta área só pode circular pessoal equipado segundo a norma do serviço: calças, túnica, touca e socas da unidade que são usadas e descartadas a cada utilização. A “zona suja” diz respeito à área que circulam as restantes pessoas, materiais e equipamentos, sendo composta pelas seguintes áreas: vestiário com Wc e chuveiro; corredor de apoio; sala de desinfeção/esterilização.

Cada quarto possui pressão positiva com fluxo laminar vertical. As portas são de fecho automático. Os sujos saem por um compartimento próprio, que existe entre o quarto e o corredor das visitas, em sacos devidamente fechados e selados. Os quartos também possuem sistema de videovigilância de 24 horas, sem gravação de imagem, e de telemetria que permite vigiar o doente, em tempo real, evitando entradas desnecessárias nas unidades dos doentes. Em todos os quartos existem lavatórios à saída para os profissionais lavarem as mãos. As visitas presenciais são pontuais e

restritas ao cuidador principal e ocorrem a partir de um corredor separado por um vidro em que o familiar comunica por meio de intercomunicador (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019).

Desde 2018, a Unidade de Queimados de São João encerra por um período de um mês para efeitos de limpeza e desinfecção geral com vapor de peróxido de hidrogénio. A aplicação de peróxido de hidrogénio à rotina hospitalar em ciclos curtos diários de 5 a 15 minutos é capaz de “quase esterilizar” o quarto durante horas e dias sendo especialmente benéfico nos quartos onde estiveram doentes colonizados. A unidade fica inoperacional porque é preciso que o quarto esteja sem doentes e fique fechado uma hora após a vaporização (devido aos níveis tóxicos do produto).

Na pessoa em situação crítica por queimaduras a proliferação de microrganismos é favorecida pela presença de proteínas degradadas e pelo tecido desvitalizado. As feridas usualmente são colonizadas nas primeiras 48 horas, pós-queimadura por bactérias gram-positivas. Ao fim de 5 a 7 dias, estas feridas são posteriormente colonizadas por gram-negativos, leveduras e derivados da flora gastrointestinal e do trato respiratório superior ou até mesmo do ambiente hospitalar (Santos, 2014). O *Staphylococcus aureus* é dos patógenos mais identificados em hemoculturas nestes doentes, representando uma mortalidade de cerca de 30%, podendo chegar a 45% quando a espécie é de *Staphylococcus Aureus resistente a oxacilina*. O *Acinetobacter baumannii* é responsável por 11% a 13% das infeções da ferida por queimadura. Dos doentes com infeção da ferida por *Acinetobacter baumannii*, 46% desenvolvem infeção da corrente sanguínea e destes, 38% acabam em óbito (Santos, 2014). As feridas infetadas por *Pseudomonas aeruginosas* também são frequentes. Todavia, a presença de exsudado amarelo/esverdeado não é indicativo de infeção invasiva (Dries & Marini, 2017).

A prevenção de infeção das feridas por queimadura envolve a avaliação da ferida a cada troca de penso quanto à quantidade do exsudado, odor e presença de necrose. O uso de agentes tópicos antimicrobianos como sulfadiazina de prata 1%, bacitracina, fucidine, flaminal, entre outros, são comumente usados para controle de infeção local (Santos, 2014). Embora a sulfadiazina de prata a 1% seja universalmente aceite como o tópico mais eficaz no controle de infeção local, a UQ São João usava sobretudo flamacerium (composto de sulfadiazina e nitrato de cério) e flaminal (enzima de alginogel). O flamacerium está indicado no tratamento de queimaduras de 2º e 3º grau, pois favorece a formação de uma membrana amarela-esverdeada que age como

barreira à contaminação bacteriana ambiental e promove uma “excisão” química, semelhante ao desbridamento cirúrgico, capaz de reduzir os níveis de citocinas inflamatórias no período pós agressão tecidual. O flaminol pertence ao grupo dos hidrogéis e está indicado no tratamento de queimaduras de espessura parcial com exsudato. O flaminol acelera a cicatrização da queimadura, pelo que os doentes tratados com este produto apresentam melhores resultados estéticos e funcionais e menos dor devido à sensação de frescura (Tavares & Silva, 2015).

Em 75% dos casos, a infeção é responsável pela deterioração clínica da pessoa vítima de queimaduras e em 28%-65% a sépsis é a causa de morte (Mota et al., 2014; Sepúlveda et al., 2017) O diagnóstico de infeção e sépsis nestes doentes é difícil visto que a própria fisiopatologia da queimadura potencia uma síndrome de resposta inflamatória sistémica. A presença de febre no segundo dia é, quase sempre, expectável e relacionada com a fase inflamatória da cicatrização. No entanto, proximamente 25% dos doentes sem infeção documentada recebem antibióticos empíricos na admissão e/ou primeira semana de internamento (Mota et al., 2014).

Em 2007, a *American Burn Association* definiu sépsis na pessoa vítima de queimaduras com base na presença de três ou mais dos seguintes critérios: temperatura $>39^{\circ}\text{C}$ ou $<36,5^{\circ}\text{C}$; taquicardia; taquipneia; trombocitopenia (só após 3 dias da reanimação inicial); hiperglicemia; incapacidade de manter nutrição enteral (>24 horas); distensão abdominal; intolerância alimentar; diarreia incontrolável e/ou cultura positiva de infeção, identificação de tecido patológico e resposta clínica aos antibióticos (Mota et al., 2014). O diagnóstico de choque séptico nestes doentes é definido como hipotensão induzida pela sépsis apesar de uma ressuscitação hídrica adequada e na ausência de outras causas de hipotensão (Dries & Marini, 2017).

A necessidade de conservar os órgãos e combater a falência multiorgânica, implica recorrer a procedimentos invasivos. Segundo Sepúlveda et al. (2017) as infeções urinárias associadas ao cateter vesical, nas vítimas de queimaduras, são bastante comuns e o cateterismo vesical é o fator predisponente mais importante. Para estes autores a *E. coli* é o microrganismo responsável pela infeção do trato urinário no cateterismo de curta duração e tem menor tendência de persistir no trato urinário após a troca de sonda vesical. Por outro lado, as infeções por *Acinetobacter baumannii* estão associadas a mais recaídas e ocorrem mais em homens. Na unidade de queimados, tive a oportunidade de cuidar de um grande queimado, do sexo masculino, com multirresistência a antimicrobianos por múltiplas infeções do trato urinário e

respiratório, de modo que era apenas sensível a antimicrobianos da classe de cefalosporina de 3ª geração (p.e.: ceftazidima) e 4ª geração (p.e.: cefepima).

As pessoas vítimas de queimaduras estão em maior risco de desenvolver Pneumonia Associada à Intubação (PAI), sobretudo em situações de lesões inalatórias (Dries & Marini, 2017). Segundo a norma n.º 021/2015, a PAI corresponde à pneumonia que surge na pessoa com tubo endotraqueal ou traqueostomia há mais do que 48 horas ou na pessoa que foi removido o tubo endotraqueal há menos de 48 horas.

Os doentes em VMI possuem tendência ao acúmulo de secreções respiratórias devido à tosse ineficaz, em detrimento do não-encerramento da glote e do prejuízo no transporte do muco pela presença do tubo (Melo et al., 2014). A retenção de secreções contribui para hipoxemia, atelectasias e PAI. A aspiração traqueal visa a permeabilidade das vias aéreas já que este está impossibilitado de expetorar, de forma eficaz, as secreções retidas nas vias aéreas superiores e inferiores. A literatura demonstrou que a descontaminação da cavidade oral através do uso de antissépticos como a clorhexidina, na higiene oral, contribuem para redução da incidência de PAI, ao evitar a proliferação de microrganismos e prevenir a halitose (Melo et al., 2014).

O tratamento da PAI consiste na administração de antibióticos resistentes a *Staphylococcus aureus* e gram-negativos, durante pelo menos 8 dias, por via endovenosa ou através de aerossóis (Dries & Marini, 2017). A UQ de São João usava, em casos pontuais, gentamicina por via inalatória, com bons resultados.

Para Melo et al., (2014) os cuidados de enfermagem que não sejam realizados adequadamente podem levar a complicações, gerando agravamento do quadro clínico do doente, por isso é necessário haver aprimoramento e atualização dos profissionais de enfermagem para que a assistência seja adequada e voltada às necessidades dos doentes e com o mínimo de riscos. Deste modo, verifiquei que a aspiração de secreções, na UQ de São João, era realizada pelos enfermeiros em qualquer momento, sem nenhuma especificação, e com técnica asséptica. Com base nesses achados, elaborei um protocolo intitulado “Prevenção da Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva em Unidade de Queimados” que teve por fundamentação a Norma n.º 021/2015 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Através desse protocolo consegui chamar a atenção para o momento ideal da aspiração de secreções, o que por sua vez irá se traduzir em menos complicações associadas à ventilação mecânica invasiva e maiores ganhos em saúde.

Doentes com SCQ >20% sofrem de dilatação gástrica causada pelo íleo paralítico. A entubação nasogástrica e/ou orogástrica previne a distensão abdominal, vômitos e o risco de aspiração (Urden et al., 2008). Estudos recentes indicam que a via orogástrica representa menor risco de infecção comparativamente à via nasogástrica, devido ao risco de sinusites (Barroco, 2016). A nutrição enteral precoce favorece a motilidade gastrointestinal e integridade da mucosa, minimizando a estase e translocação bacteriana (Chaves, 2013). As pessoas vítimas de queimaduras devem ser nutridas nas primeiras 6 horas pós queimadura com o intuito de preservar a mucosa gastrointestinal e reduzir a resposta hipermetabólica geradora de perda de tecido muscular e desnutrição proteico-calórica. Ainda assim, muitos doentes são mantidos em dieta zero até serem admitidos na UQ, agravando o seu prognóstico. Mesmo com a administração de uma terapia nutricional completa, com fórmulas como a Impact (com arginina, nucleótidos e ácidos gordos); o Cernevit (multivitamínico com ácido fólico); oligoelementos com zinco, cobre e magnésio; ácido ascórbico (vitamina C) e suplementos de tiamina (vitamina B₁), fosfato dipotássico, sulfato ferroso, entre outros, estes doentes sofrem perdas ponderais de peso, chegando a perder até 16% da sua massa proteica nos primeiros 21 dias pós-queimadura (Stein et al., 2013).

**CAPÍTULO III – MESTRIA NO CUIDAR DA
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA POR
QUEIMADURA**

O grau de mestre, de acordo com o artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, é conferido no âmbito de uma especialidade, e atribuído a quem: a) desenvolva e aprofunde os conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo e integre a base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais, em contexto de investigação; b) aplique os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares; c) integre conhecimentos, lide com questões complexas, desenvolva soluções ou emita juízos em situações de informação limitada ou incompleta; d) seja capaz de comunicar conclusões quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) demonstre competências que lhe permita uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo auto-orientado e autónomo.

A sociedade espera dos profissionais de enfermagem intervenções no domínio da satisfação das suas necessidades humanas básicas, baseadas em fundamentos científicos sólidos e atuais e em estratégias e procedimentos que se tenham revelado como os mais eficazes na resolução dos seus problemas de saúde (OE, 2015).

Ao longo de dois anos exerci funções como enfermeira de cuidados gerais pela especialidade de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética e cuidei de pessoas vítimas de queimaduras ligeiras a moderadas. O tópico ideal para o tratamento local era sulfadiazina de prata 1%. Na especialidade compreendi que não existe um tópico ideal que atue, ao mesmo tempo, no controlo do crescimento bacteriano, remoção do tecido desvitalizado e estimule o crescimento de queratinócitos (Bolgiani & Serra, 2010). A literatura mais recente diz que é incorreto manter a aplicação de sulfadiazina de prata 1% até ao momento de enxertia, devendo o cirurgião alternar os diferentes tópicos com desbridamentos, de acordo com a fase que se encontra a lesão local. A aplicação de sulfadiazina de prata 1%, nas primeiras 48-72 horas com o objetivo de evitar a infeção, é recomendado. Após, devem ser aplicados tópicos com ação desbridante química a fim de remover o tecido necrosado como é o exemplo do flaminol (alginato em gel). O flaminol é uma enzima de alginato composta por alginato hidratado, polímeros e matriz de água incorporado com um complexo enzimático antimicrobiano. Estudos recentes demonstraram que o flaminol acelera a cicatrização da queimadura e reduz o risco de cicatrizes hipertróficas, além de reduzirem a dor devido a sensação de frescura. O tempo médio de cicatrização é de 17 dias para queimaduras de espessura parcial. Tais evidências fizeram com que o uso de flaminol se tornasse padrão para todas as queimaduras de espessura parcial, tendo sido por esse motivo adotado em várias unidades de queimados em Portugal (Tavares & Silva, 2015).

O papel do enfermeiro mestre é inteirar-se dessas descobertas e trazer esses conteúdos para a prática, fomentando a mudança nas equipas. Considerando a evolução nos conhecimentos técnico-científicos, propus aos cirurgiões plásticos e chefe de serviço o experimento de flaminal no tratamento tópico de queimaduras de espessura parcial, no serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética do HNM. Após requisição formal, o laboratório ofereceu ao Hospital Dr. Nélio Mendonça amostras de Flaminal Forte e Hydro que foram usadas em três queimaduras, com bons resultados. Conforme os objetivos de cicatrização (localização, tamanho, exsudado e condição da pele circundante) era selecionado Flaminal Forte (indicado em feridas com exsudado moderado a alto) e/ou o Hydro (feridas com exsudado baixo a moderado). O penso consistia na aplicação de uma camada espessa (5mm) de produto, seguida de compressas gordas e penso simples. Estes pensos podem ser mantidos na ferida de 1-4 dias, desde que a estrutura de gel esteja intacta. A produção de elevado exsudado e odor intenso, obrigava a que os pensos fossem trocados de 2/2 dias, no máximo de 3/3 dias. Portanto, verifiquei que o uso de flaminal, comparativamente a sulfadiazina de prata 1%, promove a cicatrização em menor tempo e reduz a dor durante a troca de pensos devido sua baixa aderência ao leito da ferida, além de precisar menos trocas de pensos, comparativamente à sulfadiazina de prata que requer pensos diários. A evidencia também demonstrou que as áreas tratadas com pensos oclusivos epitelizam mais rapidamente do que aquelas tratadas com cura exposta, usando o mesmo tópico (Bolgiani & Serra, 2010).

O mestre em enfermagem deve ser capaz de aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares. Quando retomei funções no serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética do HNM procurei modificar alguns procedimentos relacionados com o tratamento de as queimaduras. O maior obstáculo do tratamento das queimaduras, num serviço de internamento, é o controlo da dor, isto porque os doentes estão conscientes, ansiosos e manifestam medo da dor. Embora sejam seguidos pela Terapia da Dor e realizem opioides orais e analgésicos 30 minutos antes do procedimento e morfina endovenosa durante o procedimento, é insuficiente. Na impossibilidade de o doente estar sedado e adequadamente analgesiado no momento da limpeza das queimaduras, adotei as seguintes estratégias: discutir o plano de cuidados com o doente e pedir a sua colaboração (limpeza das feridas no duche e/ou leito?); estabelecer um objetivo de tratamento, por exemplo: desbridar determinada área infetada; explicar o procedimento; avaliar a dor antes/durante/após o procedimento; gerir analgesia em SOS; não ultrapassar o limiar da dor manifestado pelo

doente de forma a não perder a sua confiança e apoiar o doente. A base do tratamento das queimaduras passa por uma correta limpeza das feridas, por isso é que estes doentes beneficiavam do apoio de anestesia para um maior controlo da dor.

Com este exemplo, mostrei de que forma apliquei os conhecimentos obtidos a partir da teoria e da experiência tida na unidade de queimados do São João e ajustei a uma nova realidade.

Nem sempre é fácil tomar a decisão mais adequada na presença de situações complexas e não familiares, ainda mais quando os dados são poucos e o tempo disponível é escasso.

A tomada de decisão pode ser suportada por um dos três modelos: modelo de processamento de informação, modelo intuitivo-humanista e o modelo de O'Neill. O modelo de processamento de informação é um modelo essencialmente hipotético-dedutivo, pois resulta da interpretação concreta de dados. A decisão passa por várias etapas: reconhecimento da situação, geração de hipóteses, interpretação e avaliação das hipóteses geradas. As principais limitações deste modelo são: precisar do conhecimento profundo da pessoa, o que nem sempre é possível em situações de urgência e não ter em conta a experiência do enfermeiro. A tomada de decisão com base no modelo intuitivo-humanista tem como foco a intuição e a experiência do enfermeiro. É suportado pelo modelo de Patrícia Benner, de iniciado a perito, que refere que o enfermeiro iniciado precisa de procedimentos e *guidelines* para tomar decisões, mas à medida que ganha experiência chega a perito e as suas decisões têm por base a intuição. O modelo de decisão de O'Neill resulta da comunhão dos dois modelos anteriores que incorpora o racional e analítico com o intuitivo. Neste modelo o enfermeiro deve procurar conhecer a pessoa e a sua história de forma a prevenir potenciais riscos, no entanto e, de acordo com a sua experiência e intuição, consegue prever se o estado de saúde do doente vai se agravar (Dias, 2012).

As decisões tomadas ao longo deste percurso foram, sobretudo, baseadas no modelo de decisão de O'Neill. Tomei decisões com base em informações colhidas a partir da apreciação inicial, consulta do processo clínico (antecedentes pessoais, exames de diagnóstico, análises laboratoriais), avaliação física, e, em algumas situações, através da partilha com outros enfermeiros especialistas. Perante a falta de informação apoiei-me em algoritmos de decisão, como por exemplo: suporte básico de vida, mnemónica do trauma "ABCDE", AMPLE, etc., que contribuíram para uma tomada de decisão rápida, com poucos riscos e maior probabilidade de sucesso.

É uma competência de mestre saber comunicar conclusões aos seus pares. Os problemas de comunicação entre os profissionais de saúde têm sido associados à diminuição de qualidade de cuidados e a mortes por erros médicos que poderiam ser evitados (Santos, et al., 2010). No processo de partilha e transmissão de conhecimentos especializados, entre os vários profissionais de saúde, procurei comunicar de forma clara e precisa, sem impor ideias e respeitar os valores profissionais e motivações pessoais de cada elemento da equipa, evitando conflitos. Aproveitei momentos da prática para sugerir alterações par a par e promovi momentos critico-reflexivos, na passagem de turno, em que todas as opiniões foram ouvidas e analisadas em conjunto. As tomadas de decisões em equipa, como sejam: necessidade de manutenção de cateter vesical, entubação nasogástrica em doentes em fim de vida, uso de contenção mecânica em doentes com agitação psico-motora, etc.) sustentam a uniformização de cuidados, com ganhos para os doentes.

As passagens de turno constituem-se em momentos ideais de reflexão sobre e para a ação, isto porque os enfermeiros possuem conhecimentos da individualidade dos doentes, do seu processo de doença e conhece as suas necessidades e problemas. Logo, são momentos propícios à análise, reconstrução e reformulação da prática a fim da tomada de decisão no planeamento e continuidade dos cuidados (Serrano et al., 2011).

Fui proativa na mudança de alguns comportamentos no Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética do HNM, tais como o uso obrigatório de EPI's por todos os profissionais e não profissionais (visitas) que entrassem em contacto direto com os doentes que sofreram queimaduras, sobretudo aqueles com feridas ao descoberto e, implementei o uso de técnica assética na lavagem das queimaduras no duche, com estabelecimento de circuitos limpos/sujos e aplicação de medidas para controlo de infeção (último doente a tomar banho; desinfeção prévia do duche; proteção das queimaduras com campos esterilizados no percurso quarto/duche; uso de cadeira sanita desinfetada para transporte do doente do quarto/duche; preparação do ambiente e material para a lavagem das queimaduras no duche com recurso a mesa de apoio e uso obrigatório de EPI's para realização do procedimento).

A aprendizagem ao longo da vida constitui-se não só como uma necessidade face às constantes mudanças técnico-científicas, como também é um dever para com a profissão. É exigido aos profissionais da saúde um papel de agente ativo no seu processo de aprendizagem com o propósito de a melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem. O profissional que se interroga sobre o sentido dos seus conhecimentos, das suas práticas e sobre a pertinência das suas decisões, assume-se como um profissional

autônomo e crítico. Concluo que ao longo dos estágios demonstrei curiosidade em querer aprender sempre mais e um postura crítica sobre a pertinência de determinadas intervenções e a sua fundamentação científica, como por exemplo: uso de solução de betadine (iodopovidona) no cateterismo vesical quando as orientações mais recentes preconizam a higiene do períneo com água e sabão e depois limpar o meato uretral com soro fisiológico antes da inserção do cateter vesical. (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2004) Em caso de dúvidas ou falta de conhecimentos em determinada área, pesquisava artigos científicos em bases de dados; consultava protocolos instituídos nos serviços; partilhava experiências com os pares de forma a cruzar informações e fundamentar ações; trocava opiniões com peritos (p.e.: elo das feridas, responsável pelo risco de infeção, especialista em EMC, etc); frequentava seminários e ações de formação no serviço, entre outros.

A prática reflexiva é entendida como o diálogo entre pensar e fazer e baseia-se na ciência da ação que envolve a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação. Em que a reflexão na ação corresponde ao processo de pensamento que se realiza no decorrer da ação e a reflexão sobre a ação, o pensamento que ocorre retrospectivamente sobre as experiências vivenciadas (Schön citado por Peixoto & Peixoto, 2016).

O exercício de refletir na e sobre a ação permitiram-me cruzar conhecimentos adquiridos com experiências pessoais vivenciadas e tomar decisões mais conscientes e competentes. Antes da especialização, situações que envolvessem doentes em fim de vida representavam momentos stressantes e de angústia e sofrimento para mim. Por ser uma área de cuidados na qual me sentia pouco confortável, decidi investir na relação com estes doentes e a sua família ao permitir a expressão dos seus sentimentos; respeitar os silêncios (que antes me incomodavam muito) e proporcionar conforto e uma morte digna. Esses momentos foram cruciais na forma como passei a lidar com a expressão das emoções do outro, especialmente o choro e tristeza. Se antes me sentia vulnerável, constrangida e sem saber o que dizer ou agir, agora assumo um papel assertivo, ao ajudar a pessoa nas diferentes fases do processo de luto, segundo o Modelo de Kubler-Ross e confortar a família enlutada. A primeira reação que o doente/famíliares experienciam, normalmente, é negação e isolamento perante a possibilidade da morte. O doente pode ficar em estado de choque temporário, mas depois recupera gradualmente. Passa por uma fase marcada por sentimentos de raiva e cólera que desvanecem e dão lugar a uma estratégia de negociar mais tempo de vida, prometendo, a entidades divinas, mudanças de comportamento. Na quarta etapa o doente não pode negar

mais a doença e surge a depressão. A última fase é a aceitação da inevitabilidade da morte. (Pereira, 2010)

Com isto, ganhei maior autoconhecimento acerca do que estava por detrás de cada medo e reação e autoconfiante nas minhas habilidades ao tornar-me numa profissional mais competente e atenta às necessidades dos outros.

CONCLUSÃO

Após o término desta jornada considero ter desenvolvido uma prática especializada, assente nos referenciais da profissão e dirigida às necessidades da pessoa em situação crítica por queimadura. Acredito que consegui proporcionar uma visão global dos cuidados hospitalares prestados a estes doentes e evidenciei de maneira concisa as competências adquiridas através das atividades desenvolvidas nos vários contextos clínicos.

Enquanto especialista é esperado que possua um profundo conhecimento sobre os cuidados à pessoa com queimaduras, analise, reflita e fundamente as intervenções implementadas e atue de forma competente e autoconfiante nas habilidades demonstradas, assim como saiba ensinar e supervisionar.

A realização deste trabalho permitiu-me desenvolver um cuidado mais humanizado no sentido da individualização da pessoa/família vítima de queimadura. O estágio no serviço de urgência proporcionou-me diversas oportunidades de aprendizagem no âmbito da pessoa em situação crítica que me permitiram atuar de forma rápida e adequada perante situações novas e inesperadas e ajudou a ter que definir prioridades na prestação de cuidados, assim como reconhecer limitações pessoais e profissionais. O estágio de opção, na Unidade de Queimados do São João respondeu às minhas expectativas, na medida que representam o culminar de cuidados especializados na área da pessoa/família em situação crítica por queimadura, desde a sua admissão até à alta. É uma unidade diferenciada que exige cuidados complexos, rigorosos e minuciosos. Destaco o papel do enfermeiro especialista na antecipação de focos de instabilidade e na gestão de cuidados altamente tecnológicos e de conhecimentos específicos sobre o tratamento de queimaduras.

Considero ter demonstrado níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão na prestação de cuidados às vítimas de queimaduras. Neste trabalho confrontei a evidência científica mais recente ao nível dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa vítima de queimaduras em contraste com os cuidados vigorantes nos diferentes contextos hospitalares, assim como demonstrei as dificuldades sentidas, quer estruturalmente, como a nível de recursos materiais e humanos em prestar cuidados de maior qualidade a estes doentes em serviços não especializados. É premente implementar protocolos de atuação dirigidos à pessoa vítima de queimaduras, tanto na sala de emergência como no serviço de internamento da especialidade de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética do HNM, pois

constatei que os enfermeiros possuem poucos conhecimentos e experiência no tratamento destes doentes.

Concluo que dei resposta às exigências de um mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, pois cumpri com o dever para com a excelência do exercício ao ter exercido uma prática teórico-reflexiva na qual reconheci falhas e promovi mudanças de comportamentos nas equipas de enfermagem e contribui para dignidade e autonomia da profissão. Acredito que demonstrei possuir competências de mestre ao nível da integração de novos conhecimentos, capacidade de adaptação perante situações novas e imprevistas, capacidade de compreensão e resolução de problemas nos diferentes contextos e de autoaprendizagem ao procurar situações novas de aprendizagem.

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

O último ano foi bastante desafiante para todos os enfermeiros, mas especialmente para os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica no combate à pandemia provocada pela doença COVID-19. Os enfermeiros especialistas assumiram um papel fundamental nas equipas multidisciplinares enquanto profissionais crítico-reflexivos, capazes de mobilizar conhecimentos técnico-científicos, relacionais e humanos baseados na mais recente evidência científica e com competências especializadas a nível da prestação de cuidados, gestão, formação e investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações técnicas para unidades de queimados*. <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-Unidades-de-Queimados.pdf>
- Alves, A. P. L. & Parreira, M. A. G. (2014). *A comunicação com a pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva: Perspetiva do enfermeiro*. In 2º Encontro dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica: Livro de Resumos. Coimbra
- Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Azevedo, L. F. (2018). A investigação clínica e a decisão baseada na evidência. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 27(2), 18-20. <https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/14791>
- Barroco, J. M. L. (2016). *Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica Invasiva*. (Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Medicina). Universidade do Porto, Porto.
- Bolgiani, A. N., & Serra, M. C. V. F. (2010). Atualização no tratamento local das queimaduras. *Revista Brasileira Queimaduras*, 9(2), 38-44. <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/32/pt-BR>
- Cabete, D. S. G., Fonte, C. S., Matos, M. M. S., Patrícia, H. M., Silva, A. R. R. & Silva, V. F. V. A. (2019). Emotional support to the family of the critically ill patient: nursing interventions. *Revista de Enfermagem Referência*, (20), 129-138. https://www.researchgate.net/publication/335030346_Emotional_support_to_the_family_of_the_critically_ill_patient_nursing_interventions

- Cabral, L. (2009). Cicatrizes hipertróficas e queloides. *Folha dos Queimados*, 21, 3-4. <https://www.aaq.pt/wp-content/uploads/2019/06/FQ-21.pdf>
- Caldeira, M. C. (2017). *Experiência na gestão em situação de catástrofe: SESARAM*. <http://docplayer.com.br/79121922-Experiencia-na-gestao-em-situacao-de-catastrofe-ma-do-carmo-caldeira.html>
- Carlucci, V. D. S., Rossi, L. A., Ficher, A. M., Ferreira, E., & Carvalho, E. C. (2007). A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 41(1), 21-28. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000100003&script=sci_abstract&tlng=pt
- Carreiro, A. F. (2008). Considerações de enfermagem sobre a balneoterapia no cuidado ao queimado. *Enfermería Global*, 12, 1-7. <https://revistas.um.es/eglobal/article/download/1051/1081/5041>
- Castro, R. J. A.; Leal, P. C. & Sakata, R. K. (2013). Tratamento da dor em queimados. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 63(1), 149-158. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942013000100013&script=sci_abstract&tlng=pt
- Cavaco, V. S. J., José, H. M. G., Louro, S. P. R. L., Ludgero, A. F. A., Martins, A. F. M. & Santos, M. C. G. (2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa?: Revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, (12), 93-103. <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-93103.pdf>
- Chaves, S. C. S. (2013). Ações de enfermagem para reduzir os riscos de infecção em grande queimado no CTI. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 12(3), 140-144. <http://rbqueimaduras.org.br/details/159/pt-BR/acoes-da-enfermagem-para-reduzir-os-riscos-de-infeccao-em-grande-queimado-no-cti>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Costa, J. S., & Tão, J. (2016). Evidências da massagem no doente queimado. *A Folha Dos Queimados*. (29), 5. <https://www.aaq.pt/wp-content/uploads/2019/06/FQ-29.pdf>

- Cruz, C. O. & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo de SPIKES. *Revista Diagnóstico & Tratamento*, 21(3), 106-108. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf
- Deutsch, G., Bokehi, L. C., Silva, A. E. G. P. R., Junior, L. M. G., Rodrigues, R., Esper, L. M. R., Gonzalez, A. G. M., De Paula, G. R., De Castilho, S. R., & Teixeira, L. A. (2016). Balneotherapy is a potential risk factor for *Pseudomonas aeruginosa* colonization. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 52(1), 125-132. <https://www.revistas.usp.br/bjps/article/view/118663>
- Decreto-Lei nº 65/2018. **Diário da República** 1ª Série. 157 (16-08-2018). [Consult. 18 abr 2021]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Despacho nº 1400-A/2015. **Diário da República** 2ª Série. 28 (10-02-2015). [Consult. 18 abr 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?q=Despacho+n.%C2%BA%201400-A%2F2015>
- Despacho nº 4320/2013. **Diário da República** II Série. 59 (25 mar 2013). [Consult. 18 abr 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/home/-/dre/3354433/details/maximized>
- Dias, A. S. L. (2012). *A tomada de decisão autónoma em enfermagem* (Relatório para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO: Organização dos cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado**. 2010. Acessível na DGS
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma nº 002/2015: Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata**. 2015. Acessível na DGS.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma nº 008/2019. Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares**. 2019. Acessível na DGS.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma nº 018/2014: Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados.** 2014. Acessível na DGS.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma nº 018/2020. Programa Nacional de Vacinação 2020.** 2020. Acessível na DGS.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma nº 019/2015. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical.** 2015. Acessível na DGS.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma nº 020/2015. “Feixes de Intervenções” de prevenção de local cirúrgico.** 2015. Acessível na DGS.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma nº 021/2015. “Feixe de Intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação.** 2015. Acessível na DGS.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma nº 022/2015. “Feixe de Intervenções” de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central.** 2015. Acessível na DGS.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma nº 022/2012: Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto.** 2012. Acessível na DGS.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma nº 023/2012: Abordagem pré-hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto.** 2012. Acessível na DGS.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Norma nº 024/2012: Abordagem Organizacional do Tratamento de Queimaduras.** 2012. Acessível na DGS.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Orientação nº 021/2011: Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente.** 2011. Acessível na DGS.

- Dries, D. J., & Marini, J. J. (2017). Management of critical burn injuries: Recent developments. *Korean Journal Critical Care Medicine*, 32(1), 9–21. <https://doi.org/10.4266/kjccm.2016.00969>
- Duarte, A. F. A. & Gomes, I. D. (2015). *A parceria como intervenção de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão na pessoa idosa internada no serviço de urgência – estudo de caso*. In Livros de Resumos do 3º encontro dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, Coimbra.
- Gonçalves, J. P. A., Marques, J. P., Moura, S. M. C. & Rabiais, I. (2015). *Intervenções de enfermagem no controlo do stress da família da pessoa doente em situação crítica*. In Livro de Resumos do 3º Encontro dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.
- Gonzalez, C. J. F. (2017). *Abordagem das infeções multirresistentes em UCI*. In IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto, Porto.
- Griggs, C., Goverman, J., Bittner, E. & Levi, B. (2017). Sedation and pain management in burn patients. *Clinical Plastic Surgery*, 44(3), 535-540. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2017.02.026>
- Hettiaratchy, S. & Papini, R. (2004). Initial management of major burn: II – assessment and resuscitation. *British Medical Journal*, (329), 101-103. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7457.101>
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2006). *Recomendações para prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares*.
- International Society for Burn Injury. (2016). ISBI Practice Guidelines for Burn Care. *BURNS*, (42), 953-1021. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.05.013>
- Kearns, R. D., Conlon, K. M., Matherly, A. F., Chung, K. K., Bebart, V. S., Hansen, J. J., Cancio, L. C., Peck, M., & Palmieri, T. L. (2016). Guidelines for burn care under austere conditions: introduction to burn disaster, airway and ventilator management, and fluid resuscitation. *American Burn Association*, 37(5), e427-e439. <https://doi.org/10.1097/BCR.0000000000000304>

- Lei nº 15/2014. **Diário da República** 1ª Série. 157 (21-04-2014). [Consult. 18 abr 2021].
Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/lei/15/2014/03/21/p/dre/pt/html>
- Lei nº 156/2015. **Diário da República** 1ª Série. 28 (16-09-2015). [Consult. 18 abr 2021].
Disponível em
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de Saúde*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Lopes, M. J., Mendonça, S., Basto, M. L. & Ramos, A. (2016). Estratégias de raciocínio clínico dos enfermeiros que cuidam de clientes em situação crítica: revisão sistemática da literatura. *Revista ibero-americana de saúde e envelhecimento*, 2(3), 754-773. <http://hdl.handle.net/10174/22552>
- Lopes, T. S., Videira, L. M. M. S., Saraiva, D. M. R. F. R., Agostinho, E. S. & Bandarra, A. J. F. (2019). *Tempo de cuidados de enfermagem no tratamento de feridas: Estudo multicêntrico*. In I Encontro Internacional e VI Encontro Nacional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica: Livro de Resumos. Coimbra.
- Loureiro, G. A., Henriques, A., & Antunes, J. (2014). *Quedas de pessoas idosas em ambiente hospitalar: intervenções para uma prática baseada na prevenção*. In 2º encontro dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica: Livro de resumos. Coimbra.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Melo, E. M., Teixeira, C. S., Oliveira, R. T., Almeida, D. T., Veras, J. E. G. L. F., Frota, N. M., & Studart, R. M. B. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência*, (4), 55-63. <https://doi.org/10.12707/RIII1316>

- Mendes, J. J., Mergulhão, P, Froes, F., Paiva, J. A. & Gouveia, J. (2020). Recomendações da sociedade portuguesa de cuidados intensivos e grupo de infeção e sépsis para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 32(1), 2-10. <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20200002>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção Geral da Saúde – **Norma n.º 019/2020: COVID-19 estratégia Nacional de testes SARS-Cov-2**. 2020. Acessível na DGS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção Geral da Saúde – **Norma n.º 020/2020: COVID-19: Definição de Caso de COVID-19**. 2020. Acessível na DGS.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção Geral da Saúde – **Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos**. 2017. Acessível na DGS.
- Miranda, L. (2013). Apoio ao Doente Queimado Após a Alta. *A Folha dos Queimados*, 25, 4-5.
- Miranda, L. (2014). Posicionamento em doentes queimados. *A Folha Dos Queimados*, 27, 5-6.
- Morais, L. S., Lima, J. F. A., Silva, R. F. A., Silva, M. A. (2018). Estratégias de interação com o paciente com diagnóstico de comunicação verbal prejudicada em unidade de terapia intensiva. *Revista Nursing*, 21(245), 2380-2384. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-964201>
- Morete, M. C., Mofatto, S. C., Pereira, C. A., Silva, A. P., & Odierna, M. T. (2014). Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor *Behavioural Pain Scale*. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(4), 373-378. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140057>
- Mota, W. M., Araújo, C. A. L., Oliveira, A. M. R. R., Gomez, D. S., Junior, J. M. S., & Gemperli, R. (2014). Critérios diagnósticos de infeção no paciente queimado. *Revista Brasileira Queimaduras*, 13(3), 130-135. [http://rbqueimaduras.org.br/details/211/pt-BR/criterios-diagnosticos-de-infeccao-no-paciente-queimado#:~:text=Pacientes%20v%C3%ADtimas%20de%20queimaduras%20acima,batimentos%20por%20minuto%20\(bpm\)%3B](http://rbqueimaduras.org.br/details/211/pt-BR/criterios-diagnosticos-de-infeccao-no-paciente-queimado#:~:text=Pacientes%20v%C3%ADtimas%20de%20queimaduras%20acima,batimentos%20por%20minuto%20(bpm)%3B)

- Statewide Burn Injury Service. (2019). *Clinical guidelines: Burn patient management*. https://aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0009/250020/Burn-patient-management-guidelines.pdf
- Nielson, C. B., Duethman N. C., Howard, J. M., Moncure, M., & Wood, J. G. (2018). Burns: Pathophysiology of systemic complications and current management. *Journal of Burn Care and Research*, 38, 469-481. <https://doi.org/10.1097/BCR.0000000000000355>
- Oliveira, A. S. S., Costa, P. J. S., Costa, F. J. G., Graveto, J. M. G. N., & Parreira, P. M. S. D. (2019). *Diferenças entre as práticas dos enfermeiros na cateterização intravenosa e os padrões de cuidados preconizados*. In I Encontro Internacional e VI Encontro Nacional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica: Livro de Resumos. Coimbra.
- Oliveira, F. F., Bocchi, S. C. M., & Popim, R. C. (2020). Diagnóstico de enfermagem e o cuidado na dimensão espiritual: Revisão integrativa. *Revista Nursing*, 23(265). 4141-4145. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1118100?src=similardocs>
- Oliveira, P. A. D. (2014). *Vivências dos doentes e familiares em relação às visitas numa unidade de cuidados intensivos*. In 2º Encontro dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica: Livro de Resumos.
- Ordem dos Enfermeiros & Federação Europeia de Associações de Enfermeiros (2018). *Os enfermeiros na linha da frente no combate à resistência antimicrobiana*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8124/tradu%C3%A7%C3%A3o_opt_-efn-amr-report-nurses-are-frontline-combating-amr_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações*. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Padilha, K., G., De Sousa, R. M. C., Miyadahira, A. M. K., Da Cruz, D. A. L. M., Vattimo, M. F. F., Kimura, M. Grossi, S. A. A., Da Silva, M. C. M., Cruz, V. F., & Ducci, A. J. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): Diretrizes para aplicação. *Revista Escola Enfermagem USP*, 39(2), 229-233. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>
- Peixoto, N. M. S. M., & Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, (11), 121-132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pereira, C. A. A. (2010). *A vivência da morte de um familiar no serviço de urgência: contributos da enfermagem* (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Enfermagem). Universidade do Porto, Porto.
- Pineros, B. J., Roa, G. R., Cuadra, C. A., Mora, P. C., Guler, G. K., Pereira, C. N., & Calderón, O. W. (2010). Cobertura con injerto dermoepidérmicos mediante técnica MEEK en el tratamiento de grande quemados. *Revista Chilena de Cirugía*, 62(4), 415-418. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262010000400018>
- Pinheiro, C., Rocha, C., Mestrinho, J. Madureira, M. & Rabiais, I. (2017). *Boas práticas na prevenção de UPP's associadas à VNI e VNI: uma revisão da literatura*. In IV Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto, Porto.
- Pinto, J. M., Montinho, L. M. S., Gonçalves, & P. R. C. (2008). O doente queimado e a dinâmica familiar: o impacto da doença na família. *Revista de Enfermagem Referência*, (2), 69-76. <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/066976.pdf>
- Pratas, A. R. P. A. & Castilho, A. F. O. M. (2019). *Fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação no serviço de urgência*. In I Encontro Internacional e VI Encontro Nacional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica: Livro de Resumos. Coimbra.

- Regulamento n.º 429/2018. **Diário da República** II Série. 135 (16-07-2018). [Consult. 18 abr 2021]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115698617/details/normal?q=Regulamento+n%C2%BA%20429%2F2018>
- Santos, E. J. F., Marcelino, L. M. M. dos S., Abrantes, L. C. B., Marques, C. F. F., Correia, R. M. L., Coutinho, E. de C., & Azevedo, I. C. S. C. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE. *Millenium*, (49), 153-171. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083/5685>
- Santos, J. T. (2014). Controle de infeção no centro de tratamento de queimaduras: Uma Revisão de literatura. *Revista Feridas*, 1(5), 182-188. <http://rbqueimaduras.org.br/details/181/pt-BR/control-de-infeccao-no-centro-de-tratamento-de-queimados--revisao-de-literatura>
- Santos, J. V., Oliveira, A., Pereira, A. C., Amarante, J., & Freitas, A. (2016). Burden of burns in Portugal, 2000-2013: A clinical and economic analysis of 26,447 hospitalisations. *BURNS*, (42), 891-900. <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2016.01.017>
- Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 47-57. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-comunicacao-em-saude-e-seguranca-X0870902510898583>
- SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL. Instituto da Administração da Saúde – **Normativa n.º 2. 31/01/2020. Prevenção e Controlo de Infeção pelo novo coronavírus: adaptação da Orientação da DGS n.º 3/2020 de 30/01/2020**. 2020. Acessível no IASAÚDE.
- Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S., & Nunes, L. (2010). Nursing activities scores: Índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem. *Revista Percursos*, 16, 3-13. <http://hdl.handle.net/10400.26/9208>

- Sepúlveda, L., Vaz, M., Brito, I., Chaves, C., Cabral, L., Lima, J., & Rodrigues, F. (2017). Infecções urinárias associadas a cateter numa unidade de queimados: Estudo epidemiológico. *Original*, 34(1-2), 33-39. <https://www.actaurologicaportuguesa.com/index.php/aup/article/download/4/17/279>
- Serrano, M., T., P.; Costa, A., S., M., C., & Costa N., M., V., N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 15-23. <http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/33-015.pdf>
- Serviço Regional de Proteção Civil, IP – RAM. (2015). *Plano regional de emergência de proteção civil da Região Autónoma da Madeira*. https://www.procivmadeira.pt/images/planeamento-de-emergencia/PREPCRAM_10set2015.pdf
- Silva, L. D., Henrique, D. M., Maia, P. G., Almeida, A. C. L. & Nascimento, N. M. (2018). Assistência de enfermagem ao paciente grande queimado submetido à sedação e analgesia: uma revisão de literatura. *Revista Nursing*, 21(236), 2021-2026. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-907861>
- Silva, R. A. (2013). Bioética e fim de vida: Princípios éticos: A intervenção do enfermeiro no fim de vida. *Revista Percursos*, (28), 56-76. <http://hdl.handle.net/10400.26/9263>
- Silva, R. M. A., & Castilhos, A. P. L. (2010). A identificação de diagnóstico de enfermagem em paciente considerado grande queimado: um facilitador para implementação das ações de enfermagem. *Revista Brasileira Queimaduras*, 9(2), 60-65. <http://rbqueimaduras.org.br/details/36/pt-BR/a-identificacao-de-diagnosticos-de-enfermagem-em-paciente-considerado-grande-queimado--um-facilitador-para-implementacao-das-aco-es-de-enfermagem>
- Soares, N., V., & Dall’Agnol, C., M. (2011). Privacidade dos pacientes: Uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(5), 683-688. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000500014>.

- Sousa, S. S., Pereira, M. A. G. Miranda, R. O. B. M. (2014). *A comunicação da má notícia em contexto de morte inesperada*. In 2º encontro dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica: Livro de resumos. Coimbra.
- Stein, M. H. S., Bettinelli, R. D., & Vieira, B. M. (2013). Terapia nutricional em pacientes grandes queimados: uma revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 12(4), 235-244. <http://rbqueimaduras.org.br/details/180/pt-BR/terapia-nutricional-em-pacientes-grandes-queimados---uma-revisao-bibliografica#:~:text=A%20revisao%20bibliogr%C3%A1fica%20foi%20realizada,processo%20de%20recupera%C3%A7ao%20destes%20pacientes>.
- Tavares, A. J. N. & Martins, J. C. A. (2015). *O exercício da autonomia do doente nos cuidados de saúde*. In 3º encontro dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica: Livro de resumos. Coimbra.
- Tavares, W. S., & Silva, R. S. (2015). Curativos utilizados no tratamento de queimaduras: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 14(4), 300-306. <http://rbqueimaduras.org.br/details/282/pt-BR/curativos-utilizados-no-tratamento-de-queimaduras--uma-revisao-integrativa#:~:text=Dentre%20eles%2C%20estao%20os%20curativos,sao%20os%20curativos%20com%20prata>.
- Tomey, A. M. (2004). Os elementos da enfermagem: Um modelo de enfermagem baseado num modelo de vida. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed.) (pp. 405-420). Loures: Lusociência.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., Lough, M. E. (2008). *Thelan's enfermagem de cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção* (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- World Health Organization. (2018). *Burns*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>
- Wraa, C. (2010). Queimaduras. In P. K. Howard & R. A. Steinmann. *Enfermagem de urgência da teoria à prática* (6ª ed.) (pp. 371-387). Loures: Lusociência.