



Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio:

**CUIDADOS À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA: CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

**CARE FOR TRAUMA VICTIMS: CONTRIBUTION OF THE SPECIALIST NURSE**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por

Melissa Martins Silva de Matos

(Lisboa, 2024)





Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio:

**CUIDADOS À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA: CONTRIBUTO DO  
ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

**CARE FOR TRAUMA VICTIMS: CONTRIBUTION OF THE  
SPECIALIST NURSE**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por

Melissa Martins Silva de Matos

Orientadora Professora Doutora Isabel Rabiais

(Lisboa, 2024)



## RESUMO

O Trauma pode ser definido como o resultado da troca de energia entre o meio ambiente e o corpo, provocando diversas lesões nos diferentes sistemas e órgãos, com implicações no bem-estar mental, físico, social, emocional e espiritual da pessoa. Este é considerado uma das principais causas de morte, diminuição da qualidade de vida e de incapacidade temporária ou definitiva em Portugal, implicando reajustes na vida da pessoa/família e enormes prejuízos sociais e económicos.

Dada a importância da temática, é necessária uma formação específica dos profissionais envolvidos na abordagem à pessoa em situação crítica vítima de trauma, garantindo uma atuação sequencial e hierarquizada, com vista à estabilização e resolução de problemas.

O presente relatório, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa, pretende refletir o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista.

Os objetivos principais deste Relatório são descrever e analisar de forma crítico-reflexiva o percurso formativo que decorreu ao longo dos três semestres de Mestrado e partilhar os resultados da investigação desenvolvida, visando a atribuição do grau académico de Mestre e o título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Para atingir os objetivos propostos, estagiei numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, num Serviço de Urgência Polivalente de um Centro de Trauma em Londres e num Serviço de Urgência Geral Polivalente. Com vista a mapear as intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes à pessoa vítima de trauma, foi realizada uma *Scoping Review*, em coautoria com a equipa de investigação, intitulada “Intervenções de Enfermagem à pessoa vítima de trauma no Serviço de Urgência: uma *Scoping Review*”.

A Teoria das Transições de Meleis et al. (2000) e a Teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos de Benner et al. (2011) destacam-se como os referenciais teóricos que integraram o desenvolvimento do cuidado especializado de excelência e que nortearam o meu percurso académico.

**Descritores e palavras chave:** Enfermagem, Pessoa, Trauma, Cuidado Especializado

## **ABSTRACT**

Trauma can be defined as the result of energy exchange between the environment and the body, causing various injuries to different systems and organs, with implications for the mental, physical, social, emotional, and spiritual well-being of the individual. It is considered one of the main causes of death, reduced quality of life, and temporary or permanent disability in Portugal, requiring adjustments in the life of the individual/family and significant social and economic losses.

Given the importance of the topic, specific training of professionals involved in the approach to individuals in critical trauma situations is necessary, ensuring a sequential and hierarchical approach aimed at stabilization and problem resolution.

This report, conducted within the scope of the Master's Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing in the Critical Care Nursing Area at the Lisbon School of Nursing of the Universidade Católica Portuguesa, aims to reflect on the acquisition and development of common and specific competencies of the Nurse Specialist.

The main objectives of this report are to describe and critically analyze the formative journey that took place over the three semesters of the Master's program and to share the results of the research conducted, aiming at obtaining the academic degree of Master and the professional title of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing. To achieve the proposed objectives, I interned in a Polyvalent Intensive Care Unit, in an Emergency Department of a Polyvalent Trauma Center in London, and in a Polyvalent General Emergency Department. In order to map out autonomous and interdependent nursing interventions for trauma victims, a Scoping Review was conducted in co-authorship with the research team titled "Nursing Interventions for Trauma Victims in the Emergency Department: A Scoping Review."

The Theory of Transitions by Meleis et al. (2000) and the Theory of Clinical Wisdom in Acute and Critical Care by Benner et al. (2011) stand out as the theoretical frameworks that integrated the development of excellent specialized care and guided my academic journey.

**Keywords:** Nursing, Person, Trauma, Specialized Care

## **PENSAMENTO**

“Trago no olhar visões extraordinárias  
De coisas que abracei de olhos fechados...”

Florbela Espanca in Pobrezinha, 1934



## DEDICATÓRIA

A todos os que me ensinaram a ser melhor, mais amável e a sonhar mais alto.

À memória do meu avô Agostinho e da minha avó Graciete.

Aos meus Pais.



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Isabel Rabiais pelo acompanhamento, apoio, disponibilidade, sabedoria, paciência e confiança ao longo de todo este processo.

Às Enfermeiras Orientadoras Sara Nogueira e Jordana Moreira pela recetividade, partilha de conhecimento e experiência. À Enfermeira Ana Magalhães pela oportunidade incrível e experiência única. Muito obrigada por partilharem um pouco de vós comigo e me permitirem crescer enquanto futura Enfermeira Especialista.

À minha família, pela compreensão, paciência, amor e carinho. Obrigada por me instituírem a vontade de aprender, a busca pelo conhecimento e a procura pela felicidade. Obrigada aos meus pais por me permitirem ser eu própria e aos meus irmãos por alimentarem as picardias que dão sabor à vida. Obrigada por tornarem o mundo mais leve e o riso mais genuíno. São casa.

A ti Telmo, por acreditares em mim, me motivares, estares presente mesmo estando longe e me apoiares incondicionalmente. Obrigada por tornares a vida mais bonita.

Aos meus amigos, pela escuta ativa, pelos sonhos partilhados, pela sobriedade e loucura e pela presença constante. São almas bonitas. Desculpem a ausência ao longo deste percurso.

À Beatriz e ao Nuno pela companhia, espírito de aventura, companheirismo e perseverança neste percurso. Nuno, sem ti este caminho não fazia sentido.

A todos os que se cruzaram na minha vida e me permitiram Ser.

Obrigada por fazerem de mim uma pessoa mais feliz... A felicidade fica-nos bem!

De coração cheio, a todos o meu muito obrigada!!



## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ACS – TCT - *American College of Surgeons – The Committee on Trauma*

A&E – *Accident and Emergency Department*

BPS – *Behavior Pain Scale*

CAA – Comunicação Alternativa e Aumentativa

CABCDE – C: Controlo de hemorragia exsanguinante; A: Via aérea; B: Respiração; C: Circulação; D: Disfunção neurológica, E: Exposição com controlo de temperatura

CASU – Clínica de Atendimento do Serviço de Urgência

CDU – *Clinical Decision Unit*

DGS – Direção Geral da Saúde

ECMO – *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

ENA – *Emergency Nurses Association*

FC – Frequência Cardíaca

GCS – *Glasgow Coma Scale*

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ISBAR – I: Identificação; S: Situação atual; B: Antecedentes; A: Avaliação; R: Recomendações

ISS – *Injury Severity Score*

ITLS – *International Trauma Life Support*

LAAC - *London's Air Ambulance Charity*

NAS – *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PaCO<sub>2</sub> – Pressão parcial de dióxido de carbono

PAM – Pressão Arterial Média

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PCC – População, Conceito e Contexto

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PIC – Pressão Intracraniana

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

PRU – *Physician Response Unit*

SDEC – *Same Day Emergency Care*

SpO2 – Saturação periférica de oxigénio

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TCE – Traumatismo Crânioencefálico

TISS-28 – *Therapeutic Intervention Scoring System-28*

TPC – Tempo de Preenchimento Capilar

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ULS – Unidade Local de Saúde

UTC – *Urgent Treatment Centre*

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	14
1. ENQUADRAMENTO .....	19
1.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	19
1.2 ENQUADRAMENTO DO FENÓMENO EM ESTUDO .....	24
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	32
2.1. CUIDADO COM A PESSOA EM CUIDADOS INTENSIVOS .....	37
2.2. CUIDADO COM A PESSOA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE DE UM CENTRO DE TRAUMA NA CIDADE DE LONDRES.....	49
2.3. CUIDADO COM A PESSOA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	70

### APÊNDICES

APÊNDICE I - Revisão da Literatura – Intervenções de Enfermagem à pessoa vítima de trauma no Serviço de Urgência: uma *Scoping Review*

APÊNDICE II – Norma de Procedimento: *Checklist* para o transporte intra-hospitalar

APÊNDICE III – Poster Científico apresentado no “VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem”

APÊNDICE IV – Apresentação à chefia do Serviço: Estágio no A&E de um Centro de Trauma Polivalente em Londres

### ANEXOS

ANEXO I – Certificado de Presença nas “VIII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva”

ANEXO II – Certificado de Presença no “VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem”

ANEXO III – Certificado de Presença no “II Congresso Internacional em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica”

## INTRODUÇÃO

A Enfermagem constitui-se como uma profissão, ciência e arte. Esta simbiose entre a ciência e a arte permite, através da evidência científica e da sua aplicação à prática, cuidar da pessoa na sua perspectiva humana e holística (Costa & Gonçalves, 2021).

A pessoa, com necessidades e preocupações próprias de cada vivência, inserida numa família e sociedade com relações, ideais e cultura própria, surge como sujeito de cuidados. Em situações agudas, em que os seus receios, esperanças e planos para o futuro são colocados à prova, por alteração súbita da condição de saúde, com ou sem necessidade de redefinição de papéis, o enfermeiro surge como facilitador de todo este processo.

Corroborando Meleis et al. (2000), ao longo da sua vida a pessoa está sujeita a diversas transições. Estas são entendidas como um processo interno de mudança, com necessidade singular de ajustamento. Em situações críticas, onde as mudanças ocorrem de forma abrupta e inesperada, os enfermeiros são, muitas vezes, os primeiros cuidadores da pessoa/família.

Se este cuidado se torna desafiador no seu *core*, a imprevisibilidade e desafios inerentes ao cuidado à pessoa em situação crítica exige que os profissionais sejam capazes de atuar em situações de emergência, prevenindo e detetando precocemente complicações e assegurando uma intervenção precisa e em tempo útil. Segundo o Regulamento nº124/2011 (2011) “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011, 2011, p. 8656).

De forma a dar resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e dada a crescente exigência técnica e científica, torna-se então fundamental que o Enfermeiro invista na sua formação e especialização, garantindo uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados e almejando uma prática de excelência (Rodrigues et al., 2012).

A decisão de ingressar no Mestrado em Enfermagem surge no âmbito da procura de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências intrínsecas ao Grau de Mestre e título de Enfermeiro Especialista. A área da pessoa em situação crítica sempre foi uma área de interesse pessoal. Após terminar o curso de Licenciatura em Enfermagem, em 2018, iniciei funções num Serviço de Urgência Geral Polivalente, onde me encontro a trabalhar desde então. Assim, através da experiência prévia em Serviço de Urgência (SU), da necessidade de formação contínua e do interesse e motivação pessoal, elegeu-se a especialização em

Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica. Este Mestrado integrou o 16º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa, nos anos letivos de 2022/2023 e 2023/2024.

Segundo o Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho (2018), os cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica avaliam a resposta da pessoa e família aos cuidados prestados, “com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos (...)” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19360).

De acordo com Benner et al. (2011), a prestação de cuidados à pessoa em situação aguda e crítica é intelectual e emocionalmente desafiante. O enfermeiro, através da aprendizagem experiencial e sob pressão, reconhece e antecipa alterações na situação clínica da pessoa alvo dos cuidados. Para Benner (2001), a experiência profissional não se traduz apenas na passagem do tempo, mas também no aprofundar da teoria através do contacto com múltiplas situações e experiências. Desta forma, torna-se essencial, para a aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências, o contacto com diferentes contextos profissionais e metodologias de trabalho.

No percurso de formação dos enfermeiros, os estágios são locais privilegiados de partilha, mudança, experiências e desenvolvimento pessoal e profissional (Alarcão & Rua, 2005, conforme citado por Mendes, 2016). Corroborando Alarcão & Rua (2005), os estágios implicam “um processo de construção do saber profissional, (...) situacionalmente contextualizado e pessoalmente contruído” (Alarcão & Rua, 2005, p. 377). Assim, cada local de estágio, singular nas suas especificidades, permite ao enfermeiro adquirir e desenvolver competências, através da ação, interação com conhecimentos e experiências prévias e reflexão sobre as mesmas.

No âmbito da Unidade Curricular (UC) “Estágio Final e Relatório” realizei estágio em três contextos distintos, entre outubro de 2023 e fevereiro de 2024. Primeiramente, estagiei numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) num total de 180 horas de contacto. Como segundo local de estágio tive a oportunidade de integrar, numa vertente observacional, o Serviço de Urgência e Emergência, de um Centro de Trauma Polivalente pertencente à Rede de Trauma de Londres, num total de 80 horas de contacto. Por fim, estagiei num Serviço de Urgência Geral Polivalente, num total de 100h de contacto. A pluralidade de

contextos clínicos e a oportunidade de contactar com realidades até ao momento desconhecidas, permitiu tornar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências mais enriquecedor e evolutivo. Assim, através da realização dos estágios supracitados, foi estruturado e apresentado este relatório de estágio, que pretende refletir o meu percurso académico enquanto futura mestre e enfermeira especialista.

Importa ainda salientar que nos termos do artigo 45.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março (2006), foi solicitada creditação ao estágio respeitante à Unidade Curricular “A pessoa em situação crítica e família – Vigilância e decisão clínica”. Segundo Benner (2001), uma das vertentes geradoras de conhecimento é a experiência. A experiência de 6 anos em Serviço de Urgência Geral Polivalente permitiu-me adquirir competências que alicerçaram o meu restante percurso académico. Assim, através da experiência em Serviço de Urgência, em todas as valências do mesmo, ponderaram-se os estádios proficiente e perito (Benner, 2001). O percurso de aquisição de competências que integra o mestrado e especialidade em enfermagem pode, tendo em conta a diversidade e complexidade de situações, fazer a diferença entre esses dois estádios em determinadas áreas do saber e atuação. A Enfermagem é um processo construtivo e dinâmico, que utiliza os conhecimentos e competências obtidos pela experiência, na abordagem e adaptação a situações novas e desafiantes, caminhando para uma diferenciação e especialização nos cuidados prestados.

A temática deste relatório surge de um interesse pessoal na área do trauma, adquirido pela experiência em Urgência Geral. Como defendido por Almeida et al. (2020), a “exigência dos cuidados à pessoa em situação crítica vítima de trauma exige do Enfermeiro um julgamento clínico e uma tomada de decisão mais dirigida, especializada e conseqüentemente mais adequada.” (Almeida et al., 2020, p. 56). Segundo a *Emergency Nurses Association* (ENA) (2019), o trauma pode ser descrito como "um evento, série de eventos ou conjunto de circunstâncias experimentadas por um indivíduo como prejudicial física ou emocionalmente ou com risco de vida e que tenha efeitos adversos duradouros no funcionamento e bem-estar mental, físico, social, emocional ou espiritual” (ENA, 2019, citado por Almeida et al., 2020, p. 56). Adicionalmente, é uma temática atual e com repercussões diretas na qualidade de vida das pessoas, sendo considerada uma das principais causas de morte, diminuição da qualidade de vida e de incapacidade temporária ou definitiva em Portugal (Parreira et al., 2017).

É com total consciência da importância que os enfermeiros têm na abordagem à pessoa vítima de trauma que realizei, em conjunto com dois colegas, uma *Scoping Review* intitulada “Intervenções de Enfermagem à Pessoa vítima de trauma no Serviço de Urgência: uma *Scoping Review*” (APÊNDICE I). Os resultados obtidos através da pesquisa realizada e a partir da *Scoping Review* foram apresentados, em formato de póster científico, no VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, subordinado ao tema “Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social” (APÊNDICE III).

No decorrer do meu percurso académico foi definido como objetivo geral dos estágios:

- Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família.

Como objetivos específicos foram definidos os objetivos inframencionados:

- Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa vítima de trauma e sua família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.
- Conhecer novos modelos organizacionais de resposta sistematizada à pessoa vítima de trauma *major*.
- Identificar as estratégias utilizadas para mitigar o problema do *overcrowding* do Serviço de Urgência.
- Aprofundar competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Serviço de Urgência Polivalente.
- Desenvolver competências na tomada de decisão, liderança e supervisão clínica em contexto de Serviço de Urgência Polivalente.

Em termos estruturais, o relatório encontra-se organizado em quatro capítulos principais. Após o presente capítulo designado Introdução, segue-se o capítulo Enquadramento. Este encontra-se subdividido em Enquadramento Conceptual e Enquadramento do Fenómeno em estudo. No subcapítulo Enquadramento Conceptual serão apresentadas as teorias que guiaram o meu percurso académico: “Teoria de Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e

Críticos” de Benner et al. (2011) e “Teoria das Transições” de Meleis et al. (2000). No subcapítulo Enquadramento do fenómeno em estudo, irá ser desenvolvido o fenómeno estudado em síntese de evidência, com a apresentação dos resultados da *Scoping Review* intitulada “Intervenções de Enfermagem à Pessoa vítima de trauma no Serviço de Urgência”.

O terceiro capítulo denominado Desenvolvimento de Competências, corresponde à descrição e análise critico-reflexiva dos diferentes contextos de aprendizagem, considerando as “Competências Comuns de Enfermeiro Especialista e Mestre” (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e as “Competências Específicas de Enfermeiro Especialista e Mestre na área da Pessoa em Situação Crítica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Cada subcapítulo corresponde a um contexto diferente de estágio.

O quarto e último capítulo respeita às Considerações Finais, com a reflexão sobre os desafios encontrados, as competências desenvolvidas e a sua implicação para a prática clínica. Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas que suportam a conceção deste relatório, seguido dos apêndices e anexos referenciados ao longo do mesmo.

No percurso deste relatório irei referir-me ao sujeito dos cuidados como Pessoa. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001), o termo Pessoa acarreta um ser social com dignidade própria e direito à autodeterminação. Este vivencia o seu processo de saúde de forma única, com base nas suas crenças, valores, receios, esperanças e projetos para o futuro. A decisão de utilizar o termo “Pessoa” assenta no seu significado, utilizado como um dos quatro conceitos metaparadigmáticos da Enfermagem (em conjunto com: Ambiente, Saúde e Enfermagem) (OE, 2001). Concomitantemente este termo é utilizado na área de Especialização que integra o Mestrado: “Pessoa em Situação Crítica”. Este ponto é fundamental em todo o processo reflexivo durante a prestação de cuidados, uma vez que a pessoa em situação crítica se constitui como um ser multidimensional, parceiro nas decisões de saúde e com um meio que o envolve e influencia.

Este Relatório foi elaborado em conformidade com o acordo ortográfico da Língua Portuguesa de 1990. A redação do mesmo preconiza-se de acordo com as Regras Gerais do Estágio Final e Relatório da Universidade Católica Portuguesa e Norma de Referências Bibliográficas da *American Psychological Association* 7ª Edição. Algumas referências bibliográficas foram omitidas propositadamente, de forma a garantir o anonimato das instituições onde realizei os meus estágios.

## 1. ENQUADRAMENTO

Este capítulo encontra-se subdividido em dois subcapítulos: Enquadramento Conceptual e Enquadramento do Fenómeno em Estudo.

O subcapítulo Enquadramento Conceptual apresenta as duas teorias que guiaram o meu processo analítico-reflexivo, relacionando-as com o fenómeno em estudo. As teorias apresentadas são a “Teoria de Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos” de Patricia Benner, Patricia Kyriakidis & Daphne Stannard (2011) e a “Teoria das Transições” de Afaf Meleis, Linda Sawyer, Eun-Ok Im, DeAnne Messias & Karen Schumacher (2000).

O subcapítulo Enquadramento do Fenómeno em Estudo desenvolve o conceito Trauma e apresenta os resultados da *Scoping Review*, realizada no âmbito das intervenções de enfermagem à pessoa vítima de trauma no Serviço de Urgência.

### 1.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A pluralidade de abordagens e referências utilizados na prática clínica, permitem que o enfermeiro se adapte e responda eficazmente a novas situações (Benner et al., 2011).

Durante o seu percurso como pessoa e profissional, o enfermeiro contacta com diferentes situações de cuidados que exigem de si uma adaptação, investigação, prática e constante aprendizagem. Corroborando Laranjeira (2006), a aprendizagem em contexto clínico pressupõe sempre uma atividade cognitiva, mediada por fatores culturais, situacionais e psicológicos. Assim, o enfermeiro evolui nos seus conhecimentos e atuação, mediante a sua experiência profissional e pessoal, diversidade de contextos e aprendizagens. Como afirmam Benner et al. (2011), o crescimento pessoal e profissional é um processo gradual e individual, que advém das experiências, referências profissionais e investimento pessoal.

A teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos (Benner et al., 2011) surge como uma extensão da Teoria de Iniciado a Perito de Patrícia Benner (2001). A autora adaptou o modelo de Dreyfus e definiu que, no que respeita à aquisição e desenvolvimento de competências, os enfermeiros passam por cinco fases: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Segundo Benner (2001), os enfermeiros peritos são capazes de responder a situações inesperadas e antecipar problemas, incorporando a investigação e o *know-how* na sua prática clínica. Nesta fase final de desenvolvimento de competências e

de forma a ser considerado perito, é fulcral que o enfermeiro reflita sobre as suas ações e desempenho *à posteriori*. (Benner et al., 2009)

Na sua teoria da Sabedoria Clínica em Cuidados Agudos e Críticos, Benner et al. (2011) defendem que o enfermeiro aprende pela experiência e utiliza a sua apreensão e antecipação clínica para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica. Corroborando as autoras, os cuidados prestados a estas pessoas podem ser desafiantes, uma vez que exigem uma articulação entre a habilidade e o julgamento clínico em situações complexas e cenários imprevisíveis. Esta aprendizagem e atuação em contextos de tensão permite e exige que o enfermeiro “*think-in-action*”, incorporando padrões instrumentais e científicos ajustados às necessidades e respostas da pessoa em situação crítica (Benner et al., 2011).

Esta teoria apresenta-nos dois hábitos de pensamento que respeitam à investigação e previdência clínica e nove domínios da prática de enfermagem. Os nove domínios abrangem a pessoa e a sua família e têm como foco a prevenção de riscos e complicações, promoção da segurança, a comunicação e o trabalho em equipa (Benner et al., 2011).

Comumente na sala de emergência e em situações de risco de vida, o enfermeiro necessita de intervir célere e eficazmente. Os conhecimentos adquiridos em experiências anteriores permitem que o enfermeiro atue com rigor e precisão, reconhecendo alertas precoces para mudanças na condição das pessoas em situação crítica. Segundo Benner et al. (2009), a abordagem de reflexão ativa na prática constitui-se impreterível na atuação do enfermeiro especialista.

Assim, a aprendizagem através da experiência surge como “ferramenta promotora, não só de qualidade, como também de segurança (...)” (Monteiro, 2023, p. 21) na prestação de cuidados.

A experiência de cuidar frequentemente de doentes que têm as mesmas ou similares condições permite ao clínico as condições para comparar e contrastar respostas de diferentes doentes às mesmas condições, terapias e complicações ao longo do tempo. Isso exige atentar e recordar tentativas passadas e aprender com os erros em situações particulares (Benner et al., 2011, p. 49).

Desta forma, a pessoa em situação crítica e, mais especificamente, a pessoa vítima de trauma em situação aguda, necessita de cuidados especializados. A instabilidade e risco iminente de vida torna a antecipação e prevenção de potenciais complicações, adquiridas através da investigação e experiência, fatores chave na abordagem à pessoa em situação crítica.

Durante os estágios realizados no decorrer do Mestrado, procurei expandir os meus conhecimentos através do contacto com novas situações de cuidados. A experiência prévia em Serviço de Urgência Geral Polivalente permitiu-me sustentar um conhecimento clínico sólido, que foi desenvolvido e aprimorado no decorrer deste processo dinâmico de aquisição de competências.

No que respeita à pessoa em situação crítica, esta pode experienciar diversas transições ao longo do seu processo de cuidados. A enfermagem, por sua vez, toma por foco de atenção as respostas humanas a essas transições.

Meleis et al. (2000) identificam transição como um período intrínseco de mudança na pessoa ou ambiente, comprometendo as suas capacidades, relações e papéis. As transições, percebidas de forma diferente por cada pessoa, compreendem um processo dinâmico e interno. A fase de transição, que se caracteriza por alteração de um estado para outro causando instabilidade, envolve tanto o resultado como todo o processo de mudança (Meleis, 2010).

As transições podem ser classificadas, através da sua natureza, em transição saúde/doença, desenvolvimental, situacional e organizacional. A transição saúde/doença respeita a uma alteração súbita ou gradual na condição de saúde da pessoa, ou seja, uma situação de doença crítica ou adaptação a situações de doença crónica. A transição desenvolvimental está associada a crises naturais decorrentes do ciclo de vida e eventos de desenvolvimento individual e/ou familiar. A transição situacional abarca crises que ocorrem de forma inesperada e que exigem uma redefinição de papéis. E, por fim, a transição organizacional, que compreende mudanças relacionadas com o ambiente social, político e económico. Importa referir que as transições podem ocorrer em simultâneo ou individualmente e exigem alterações de padrões, papéis, comportamentos e identidades (Meleis, 2010).

O processo de transição é singular, complexo, multidimensional e culmina em mudança. Esta mudança exige uma consciencialização e adaptação de cada pessoa inserida numa família e comunidade (Guimarães & Silva, 2016). Para tal, é preponderante que o enfermeiro conheça os condicionantes da pessoa, da comunidade e sociedade. Os condicionantes pessoais respeitam aos significados atribuídos à situação, crenças, emoções, *status* socioeconómico e a preparação e conhecimento prévio. Adicionalmente, os condicionantes da comunidade e sociedade abrangem o apoio familiar e social e os recursos instrumentais (Meleis et al., 2000).

O enfermeiro é facilitador deste processo através de intervenções que visam apoiar a pessoa numa transição saudável. Este processo é dinâmico e exige um ajuste da pessoa a uma nova situação, papel ou fase de vida. Corroborando Meleis (2010), a enfermagem constitui-se como a ciência e a arte de facilitar as transições e contribuir para o bem-estar da pessoa e sua família.

Uma pessoa em situação crítica, nomeadamente uma pessoa vítima de trauma, passa por uma transição saúde-doença quando ocorre uma rotura no seu estado de saúde. Esta situação, normalmente a ocorrer de forma inesperada e abrupta, exige que a pessoa se adapte à sua nova condição de saúde e utilize estratégias e mecanismos de *coping* para facilitar este processo. O enfermeiro age assim como facilitador de todo este processo, potenciando forças, fatores intrínsecos da pessoa alvo dos cuidados e externos à mesma, nomeadamente apoio da família ou comunidade. Para que o processo ocorra de uma forma saudável é essencial que a pessoa se consciencialize da mudança, o que, advindo de um evento traumático ou abrupto, pode constituir um processo moroso e pouco linear.

Por outro lado, tanto a pessoa como a sua família poderão vivenciar transições situacionais com necessidade de reestruturação de papéis e funções. As pessoas em situação crítica não deixam o seu papel de filhos, pais ou conjugues. Contudo, acrescido ao seu papel familiar é-lhes exigido uma adaptação ao papel de pessoa alvo de cuidados, passando do cuidar ao ser cuidado. Cumulativamente, toda a sua atividade profissional, construto social e dinâmicas familiares são, no momento da situação aguda ou traumática, colocadas em espera. Como consequência, é de extrema importância o enfermeiro entender a pessoa como um todo e prepará-la gradualmente para assumir os papéis e funções da sua vida pessoal, social e laboral (Meleis, 2010). A possibilidade de alteração laboral, definitiva ou provisória, constitui, simultaneamente, uma transição organizacional.

Por sua vez, o enfermeiro, face à necessidade de uma organização dos cuidados prestados à pessoa em situação aguda e crítica, irá provavelmente vivenciar um processo de transição organizacional. Como exemplo, na admissão de pessoas vítimas de trauma *major* existe necessidade de organização da equipa, pedir apoio a diferentes especialidades, solicitar elementos diferenciados e peritos e, caso necessário, alterar a disposição da sala/serviço e conjunto de equipamento.

Ao longo de todos os estágios e no decorrer do meu percurso profissional tentei integrar na minha prática o impacto das transições na vida da pessoa alvo dos meus cuidados, agindo

como fator facilitador e promotor de bem-estar. Importa relembrar que as respostas de cada pessoa são individuais e moldadas às suas expectativas, percepções, conhecimentos, habilidades e experiências. Cada uma das pessoas em situação crítica e/ou aguda a quem presto cuidados vê a sua situação de saúde alterada e necessita de tempo e apoio para se reorganizar e até mesmo, redefinir como pessoa.

As situações traumáticas podem muitas vezes ser impactantes para a pessoa e importa perceber de que forma é que as consequências e as alterações provenientes do trauma irão influenciar a vida de cada um dos seus intervenientes. Seja por alteração da percepção de si, da sua autoimagem ou mesmo do seu papel no seio familiar e social, a pessoa em situação crítica necessita, e tento aplicá-lo na minha *praxis*, de um cuidado personalizado, individual e que vá ao encontro das suas necessidades. Corroborando Guimarães & Silva (2016), a pessoa pode “sentir-se diferente; perceber-se como diferente; ou ver o mundo e os outros de maneira diferente” (Guimarães & Silva, 2016, p. 3).

Ao longo de todo este processo, e reconhecendo os meus papéis como filha, irmã, namorada, estudante, enfermeira e mestranda, foi possível reconhecer e identificar as minhas próprias transições. Sejam situacionais, de desenvolvimento ou mesmo organizacionais, estas transições acompanharam o meu processo de aquisição de competências e permitiram-me, através de ferramentas facilitadoras, evoluir como pessoa e profissional.

Relacionando as duas teorias no meu processo de aquisição de competências, torna-se transparente a presença de transições aquando da passagem de enfermeira competente e proficiente para proficiente e perita, em determinadas áreas do saber e atuação, durante a realização meu percurso académico.

No subcapítulo seguinte, intitulado Enquadramento do Fenómeno em Estudo, irei definir o conceito de trauma e as suas implicações na prática clínica e apresentar uma abordagem ao fenómeno estudado através de uma *Scoping Review*, no âmbito das intervenções de enfermagem à pessoa vítima de trauma no Serviço de Urgência.

## 1.2 ENQUADRAMENTO DO FENÓMENO EM ESTUDO

Segundo Parreira et al. (2017), trauma pode ser definido como uma doença resultante da troca de energia entre o meio ambiente e o corpo, provocando diversas lesões nos diferentes sistemas e órgãos. Considerado uma das principais causas de morte, diminuição da qualidade de vida e de incapacidade temporária ou definitiva em Portugal, o trauma implica avultados prejuízos sociais e económicos para o estado e sociedade (Coimbra & Coimbra, 2020). Acrescido a este fator, a pessoa vítima de trauma e a sua família estão sujeitas a reajustes na sua vida pessoal e social. Desta forma, os “enormes custos sociais, pessoais e económicos associado ao traumatismo fazem dele um dos problemas principais de saúde pública” (Howard & Steinmann, 2010, p. 257).

Segundo a Base de Dados de Portugal Contemporâneo (PORDATA), em 2022, existiram cerca de 32 788 acidentes de viação com vítimas em Portugal, com um total de 464 vítimas mortais. Apesar do número de acidentes de viação com vítimas mortais ter vindo a diminuir desde 1992 (PORDATA, 2023), Portugal ocupa os primeiros lugares da Europa nas taxas de mortalidade imputada ao trauma. Na Europa, o trauma constitui-se a principal causa de morte até aos 44 anos de idade. Os principais fatores etiológicos associados ao trauma incidem sobre colisões de trânsito, acidentes de trabalho, lesões autoinfligidas e violência interpessoal (Coimbra & Coimbra, 2020).

Segundo o *American College of Surgeons – The Committee on Trauma* (ACS -TCT) (2018), as mortes associadas ao trauma são classificadas em relação ao momento em que ocorreu a lesão. Estas encontram-se divididas em três momentos ou picos: imediatas, precoces e tardias (*American College of Surgeons – The Committee on Trauma*, 2018).

As mortes imediatas, que ocorrem entre os primeiros segundos e minutos após a lesão, correspondendo a aproximadamente 50% das mortes (Nasr et al., 2020), devem-se a causas irreversíveis e resultam normalmente de apneia secundária a lesão cerebral traumática grave, lesões medulares altas ou rutura cardíaca (*American College of Surgeons – The Committee on Trauma*, 2018).

O segundo pico, que corresponde às mortes precoces, ocorre entre os primeiros minutos e horas após o acidente. As mortes que ocorrem durante este período estão associadas a hemorragias ou múltiplas lesões com perda significativa de sangue, como hematomas subdurais e epidurais, hemopneumotórax, rutura esplénica, lacerações hepáticas e fraturas pélvicas. Neste momento é introduzido o conceito de “*golden hour of care*” (*American*

*College of Surgeons – The Committee on Trauma*, 2018). Conceito inicialmente apresentado por Cowley (1975), caracteriza-se pela necessidade de rápida abordagem e ressuscitação à pessoa vítima de trauma. Este termo implica que a mortalidade aumenta substancialmente se os cuidados necessários não forem prestados nos primeiros 60 minutos após o trauma e reforça que uma intervenção célere e adequada na primeira hora após a lesão, comporta uma maior probabilidade de sobrevivência da vítima (Nasr et al., 2020).

Por fim, o terceiro pico, que corresponde às mortes tardias, ocorre alguns dias ou semanas após o trauma e resulta de complicações infecciosas e/ou falência multiorgânica (*American College of Surgeons – The Committee on Trauma*, 2018).

O conhecimento desta distribuição permite delinear estratégias para reduzir a mortalidade em cada um dos picos. Estas estratégias centram-se na promoção de segurança e prevenção de acidentes, no desenvolvimento de sistemas de trauma com identificação precoce de lesões e na formação dos profissionais sobre a fisiopatologia da falência multiorgânica e dos fatores que originam complicações sépticas (Pereira & Melo, 2012).

A utilização das estratégias anteriormente definidas, alinhado à evolução nos cuidados extra-hospitalares, aos avanços nas estratégias de reanimação e nos cuidados tecnológicos e ao investimento na formação profissional, permitiu, ao longo do tempo, diminuir a distribuição de mortes das pessoas vítimas de trauma para dois picos (distribuição bimodal) (Gunst et al., 2010; Abdelrahman et al., 2014; James et al., 2018). Nesta distribuição, o primeiro pico, com uma maior percentagem de mortalidade, ocorre nas primeiras horas após o trauma. Segundo Gunst et al. (2010), o facto de ter existido uma evolução nos cuidados extra-hospitalares com uma abordagem “*scoop and run*” em vez de “*stay and play*”, com uma resposta mais célere, rápido transporte e protocolos baseados na evidência científica mais recente, permitiu que as pessoas que anteriormente representariam o pico das mortes imediatas, fossem transportadas até ao hospital. Contudo, tal atuação não impede que as pessoas vítimas de trauma com causas irreversíveis, independentemente de serem abordadas no extra ou intra-hospitalar, venham a falecer. É assim, de extrema importância, de forma a reduzir a mortalidade nas primeiras horas, investir na promoção da segurança e prevenção de acidentes (Gunst et al., 2010; Abdelrahman et al., 2014). O segundo pico ocorre após as 24 horas precedentes ao trauma, entre o terceiro e sétimo dias (Abdelrahman et al., 2014).

O descrito anteriormente permite afirmar que, apesar da manutenção de um pico de mortalidade nas primeiras horas e um segundo no decorrer da primeira semana após o

trauma, existe uma redução significativa nas mortes tardias. Tal é possível através da existência de uma rede de trauma com rápida atuação e transporte, dos avanços científicos e tecnológicos nos cuidados à pessoa em situação crítica e de uma abordagem multidisciplinar e especializada, desde o extra-hospitalar às Unidades de Cuidados Intensivos (James et al., 2018).

Segundo Coimbra & Coimbra (2020) a “formação dos profissionais envolvidos na abordagem sistematizada à vítima de trauma é essencial para garantir o melhor *outcome*” (Coimbra & Coimbra, 2020, p. 264).

A abordagem à pessoa vítima de trauma desenvolve-se em duas fases distintas: a avaliação primária e a avaliação secundária. A primeira, realizada em menos de vinte minutos, tem como objetivo identificar e tratar lesões que comprometam a vida da pessoa. A segunda, designada avaliação secundária, pretende avaliar todas as lesões da cabeça aos pés, através de um exame sistematizado realizado em menos de uma hora (Coimbra & Coimbra, 2020). Estas avaliações são repetidas frequentemente de forma a identificar qualquer alteração na situação da pessoa (*American College of Surgeons – The Committee on Trauma*, 2018).

A avaliação primária das pessoas vítimas de trauma, segundo o *International Trauma Life Support* (ITLS), é realizada utilizando a sequência CABCADE, o que se traduz em: C – controlo de hemorragia exsanguinante, A – Via Área com estabilização da coluna cervical, B – Respiração e Oxigenação, C – Circulação com controlo de hemorragia, D – Disfunção Neurológica e E – Exposição com controlo da temperatura (Alson et al., 2020). Esta avaliação permite identificar os problemas que comprometem a vida, priorizando-os e intervindo imediatamente. Só se avança para a fase seguinte após garantir que a anterior está assegurada (Coimbra & Coimbra, 2020).

A pessoa vítima de trauma constitui um desafio constante, pela dificuldade em identificar lesões ocultas (Coimbra & Coimbra, 2020). Cabe, portanto, ao profissional de saúde identificar potenciais padrões de lesão relacionados com a energia e força do traumatismo, através do conhecimento da cinemática do trauma (Howard & Steinmann, 2010).

Perante o descrito nos parágrafos anteriores, torna-se clara a necessidade de formação específica dos profissionais, visto que a abordagem à pessoa vítima de trauma depende de uma atuação sequencial e hierarquizada, com vista à estabilização e resolução de problemas que coloquem em risco a vida da pessoa (Lucas, 2017). As competências adquiridas através

da experiência e investigação, potenciam a capacidade e legitimidade do enfermeiro para produzir juízos clínicos e antever complicações (Coimbra & Coimbra, 2020). Tal capacidade vem corroborar a importância da aprendizagem pela experiência e do pensar na ação, permitindo ao enfermeiro intervir com rigor e precisão, de forma a melhorar significativamente o prognóstico da pessoa (Benner et al., 2011).

Corroborando Coimbra & Coimbra (2020),

O enfermeiro possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de intervenção de emergência. (Coimbra & Coimbra, 2020, p. 256 e 257)

Neste seguimento e com vista a mapear as intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes no cuidado à pessoa vítima de trauma no Serviço de Urgência, foi realizada *uma Scoping Review* em coautoria com a equipa de investigação.

Para a realização desta revisão utilizou-se a metodologia de pesquisa recomendada pelo *Joanna Briggs Institute* (2015), com a definição de População, Conceito e Contexto (PCC). Assim, definiram-se como População, as pessoas vítimas de trauma com idade igual ou superior a 19 anos e como Conceito as intervenções de enfermagem. Estas intervenções incluem intervenções autónomas e interdependentes, realizadas por enfermeiros de cuidados gerais e especialistas. Entende-se como intervenções autónomas, “as intervenções realizadas pelos enfermeiros, sob a sua única e exclusiva decisão e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, nos diferentes domínios de intervenção” (Regulamento n.º 613/2022, 2022, p. 181). Por sua vez, as intervenções interdependentes assumem-se como “intervenções dos enfermeiros realizadas de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros profissionais, para atingir um objetivo comum” (Regulamento n.º 613/2022, 2022, p. 181). E, por fim, como Contexto, definiu-se o Serviço de Urgência Geral, independentemente do seu grau de diferenciação técnica. De forma a alcançar os objetivos da *Scoping Review* entendeu-se incluir não só estudos que abordam o Serviço de Urgência como contexto central, como também estudos que alargam o seu plano de intervenções à abordagem inicial neste.

O mapeamento de evidência foi realizado através da análise de quinze artigos, escritos entre 2006 e 2023. Após uma análise cuidada dos artigos recolhidos e de forma a sistematizar as intervenções recolhidas optou-se por agrupar a informação em duas grandes categorias: intervenções autónomas e intervenções interdependentes e quatro subcategorias que

representam as diferentes fases na abordagem à pessoa vítima de trauma no serviço de urgência. Estas subcategorias intitulam-se triagem, avaliação primária, avaliação secundária e cuidados gerais. As subcategorias integram-se nas duas categorias.

Na subcategoria triagem foram identificadas dez intervenções autónomas e duas intervenções interdependentes. As intervenções autónomas de enfermagem nesta fase abrangem a atuação do enfermeiro pela experiência (Wolf, 2009), a avaliação da pessoa com obtenção de dados objetivos (Polovitch et al., 2019; Wolf, 2009; Zhang et al., 2019) e o conhecimento do mecanismo de lesão associado ao trauma (Eichinger et al., 2021; Laskowski-Jones, 2006; Wolf, 2009). As intervenções interdependentes abarcam a utilização de protocolos de atuação e algoritmos de apoio à tomada de decisão clínica (Maschmann et al., 2019; Wacht et al., 2018).

Na subcategoria avaliação primária as intervenções foram alocadas com base na avaliação CABCADE, preconizada pelo *International Trauma Life Support*.

Desta forma, no C, que corresponde à identificação e controlo da hemorragia exsanguinante, extraiu-se uma intervenção autónoma. Esta respeita à compressão manual direta (técnica de eleição). São depois identificadas duas ações que, em caso de ineficácia da técnica anterior devem ser realizadas com vista ao controlo da hemorragia - aplicação de garrote em posição proximal à lesão e, por fim, aplicação de pressão na artéria proximal à lesão com elevação do membro (Picetti et al., 2019).

No A, que respeita à via aérea, foram identificadas cinco intervenções autónomas e uma intervenção interdependente. As intervenções autónomas abrangem a permeabilização da via aérea (Laskowski-Jones, 2006), com avaliação de corpos estranhos e utilização de adjuvantes da via aérea (com especial atenção à seleção do material utilizado no caso de traumatismo facial/cranioencefálico) (Laskowski-Jones, 2006; Zhang et al., 2019) e a vigilância de náuseas e vômitos, atuando em conformidade (Zhang et al., 2019). A intervenção interdependente corresponde, caso necessário, à colocação de uma via aérea avançada (Laskowski-Jones, 2006).

No B, correspondente à respiração, foram identificadas cinco intervenções autónomas e três intervenções interdependentes. As intervenções autónomas abrangem a avaliação do padrão respiratório (Laskowski-Jones, 2006; Zhang et al., 2019), com auscultação e percussão, a presença de dor (Laskowski-Jones, 2006) e a monitorização dos níveis de saturação

periférica de oxigénio (Laskowski-Jones, 2006; Zhang et al., 2019). As intervenções interdependentes passam pela realização de gasometria arterial com colocação de oxigénio (se necessário) (Picetti et al., 2019) e colocação de dreno torácico em caso de pneumotórax ou hemotórax (Stewart, 2014).

No C, que diz respeito à circulação, foram extraídas oito intervenções autónomas e oito intervenções interdependentes. As intervenções autónomas nesta fase incluem identificar e controlar a hemorragia externa (Laskowski-Jones, 2006; Zhang et al., 2019), avaliar a presença de hemorragia interna (Laskowski-Jones, 2006) e monitorizar os parâmetros vitais (Laskowski-Jones, 2006; Polovitch et al., 2019; Zhang et al., 2019). Nesta fase, é necessário puncionar dois acessos venosos periféricos do maior calibre possível (Laskowski-Jones, 2006; Polovitch et al., 2019; Zhang et al., 2019) ou estabelecer acesso intraósseo (na impossibilidade de obtenção de acesso endovenoso) (Laskowski-Jones, 2006). Adicionalmente, as intervenções interdependentes integram a colheita de sangue para estudo analítico (Laskowski-Jones, 2006; Stewart, 2014), a administração de fluidoterapia aquecida, fármacos vasopressores e/ou hemoderivados, consoante necessidade (Fryman & Murray, 2007; Laskowski-Jones, 2006; Polovitch et al., 2019; Zhang et al., 2019).

No D, correspondente à disfunção neurológica, foram identificadas três intervenções autónomas e duas intervenções interdependentes. As intervenções autónomas passam pela avaliação do estado de consciência (Laskowski-Jones, 2006; Picetti et al., 2019), dos reflexos e características pupilares (Laskowski-Jones, 2006) e dos défices sensitivo-motores (Laskowski-Jones, 2006; Picetti et al., 2019). Por outro lado, as intervenções interdependentes visam garantir a manutenção da pressão de perfusão cerebral (PPC) e monitorização da pressão intracraniana (PIC) (Picetti et al., 2019).

Por fim, no E, que corresponde à exposição com controlo de temperatura, foram obtidas quatro intervenções autónomas. Estas incluem a remoção da roupa da pessoa (Laskowski-Jones, 2006) com controlo da temperatura, através do aquecimento corporal ou da temperatura da sala, por exemplo (Eichinger et al., 2021; Fryman & Murray, 2007; Laskowski-Jones, 2006).

A subcategoria seguinte designa-se avaliação secundária e corresponde a uma avaliação sistemática e rigorosa, que permite avaliar todas as lesões e não apenas aquelas que provocam risco imediato de vida.

Nesta subcategoria foram identificadas cinco intervenções autónomas e duas intervenções interdependentes. As intervenções autónomas incluem um exame objetivo, céfalo-caudal (Zhang et al., 2019) com uma avaliação constante da dor (Laskowski-Jones, 2006; Wolf, 2009; Zhang et al., 2019). Nesta fase é de extrema importância a recolha de informações sobre a história clínica da pessoa vítima de trauma (Laskowski-Jones, 2006; Zhang et al., 2019). As intervenções interdependentes passam pela administração de analgesia para controlo da dor e pela administração da vacina do tétano (profilaxia) em caso de desconhecimento da data da última administração ou se a mesma foi administrada há mais de cinco anos (Laskowski-Jones, 2006).

Salienta-se que apesar de todas as intervenções estarem organizadas sequencialmente e por categorias, estas podem ser realizadas de forma simultânea. Desta forma, surge a subcategoria final de cuidados gerais. As intervenções presentes nesta subcategoria podem ser adotadas em qualquer momento da abordagem e abrangem áreas como a segurança, o conforto e a comunicação. Esta subcategoria abarca onze intervenções autónomas e duas intervenções interdependentes.

A área da segurança abrange a pessoa alvo dos cuidados e o profissional de saúde e centra-se na promoção e manutenção de um ambiente seguro para a pessoa e profissional (Laskowski-Jones, 2006). Esta categoria inclui o posicionamento da pessoa vítima de trauma, sendo preconizado elevar a cabeceira a 30-40°, caso não se verifique hipotensão ou lesão cervical (Fryman & Murray, 2007). O conforto surge como um resultado das várias intervenções que devem ser realizadas pelos enfermeiros, seja reduzindo a estimulação externa (Fryman & Murray, 2007), promovendo a autoimagem ou garantindo o contacto entre a pessoa e familiares (Martin et al., 2009). Por fim, a comunicação visa garantir que a pessoa e a sua família sejam integradas nos cuidados. A comunicação deve ser clara (Pan et al., 2022) e ir ao encontro das necessidades da pessoa, de forma a facilitar o processo saúde-doença (Martin et al., 2009; Polovitch et al., 2019) e gerir o isolamento (Zhang et al., 2019). Como intervenção interdependente nesta fase, é importante o acompanhamento da pessoa, em equipa multidisciplinar (Zhang et al., 2019). Por fim, e de forma a excluir alterações decorrentes do trauma é norma a realização de exames complementares de diagnóstico (Laskowski-Jones, 2006; Picetti et al., 2019; Zhang et al., 2019).

O mapeamento da literatura permitiu salientar a importância do enfermeiro no atendimento à pessoa vítima de trauma no Serviço de Urgência. Este atendimento deve ser célere,

altamente competente, especializado e coordenado em equipa. A experiência dos profissionais é uma mais valia na prática clínica e permite ao profissional em questão, agir prevenindo complicações e com base em situações anteriores (Benner et al., 2011).

A formação especializada torna-se assim fundamental, em que o tempo e a qualidade da atuação são essenciais para melhorar a qualidade do atendimento à pessoa em situação crítica e respetiva família.

Durante a pesquisa realizada, a equipa deparou-se com questões pertinentes que relacionam a teoria à prática. A especialização e qualidade dos cuidados prestados têm vindo a diminuir a mortalidade e, como tal, corroborar a diminuição de mortes tardias associadas ao trauma. Por outro lado, apesar do trauma como causa de morte ocorrer mais frequentemente em pessoas até aos 44 anos, a maioria percentual dos estudos obtidos tinha como sujeito dos cuidados uma população idosa.

Por este motivo, o grupo salientou as intervenções de enfermagem nesta faixa etária. Na abordagem à pessoa idosa vítima de trauma é fundamental ter em consideração as suas especificidades, nomeadamente o reconhecimento da fisiologia do idoso, comorbilidades e terapêutica (Eichinger et al., 2021). Esta população, por ter maior suscetibilidade de complicações e maior índice de mortalidade, ganhou especial relevância nos resultados deste estudo.

Importa não esquecer que, independentemente da idade da pessoa vítima de trauma, o traumatismo, seja fatal ou não, implica reajustes na vida da pessoa, da sua família e do seu meio envolvente (Howard & Steinmann, 2010). Implica uma aceitação de si e do fenómeno e, em última instância, da vida após o trauma. O trauma é um problema real e atual da sociedade, que implica enormes custos pessoais e exige uma readaptação individual e única. Cabe ao enfermeiro, para além de intervir na triagem, avaliação primária e secundária e garantir os cuidados gerais, apoiar e cuidar da pessoa e família nestes processos de transição.

A *Scoping Review* designada Intervenções de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma no Serviço de Urgência, encontra-se, na sua íntegra, em APÊNDICE I deste Relatório.

No próximo capítulo irá ser desenvolvido o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, através da apresentação do local de estágio, descrição das experiências e vivências em cada contexto e aprendizagens daí resultantes.

## 2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O conhecimento é adquirido através de um processo dinâmico, personalizado, contextualizado e socialmente construído. Corroborando Alarcão & Rua (2005) aos profissionais é exigida competência, responsabilidade, atualização e formação contínua, de forma a integrar na prática clínica os saberes adquiridos pela teoria e experiência, conduzindo a um cuidar cientificamente atualizado e humanizado.

Atualmente, os cuidados de saúde impõem uma exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e especialização uma realidade dos profissionais de saúde. Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019) o enfermeiro especialista deve ser detentor de competências comuns e específicas, com base nos seus conhecimentos, capacidades e habilidades.

Assim, competências comuns do enfermeiro especialista são definidas como

competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

Adicionalmente, competências específicas do enfermeiro especialista são definidas como

as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

Assim, o desenvolvimento de competências através da formação, investigação, prática e experiência visam capacitar os enfermeiros para cuidar da pessoa em situação crítica e sua família a vivenciar “(...) processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (...)”, dinamizar a “(...) resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe (...)” e maximizar a “(...) prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos (...)”(Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19359).

A definição de competência não é comumente aceite ou totalmente estanque. Esta tem sido definida por diversos autores ao longo dos tempos, numa sociedade em constante mudança e numa prestação de cuidados cada vez mais complexa.

Para Le Boterf (1999), citado por Sá & Paixão (2013), competência corresponde à interação entre a pessoa, a sua formação e a sua experiência profissional. Para o autor, competência é um processo em que o profissional integra e coordena no seu agir, face a situações

complexas, quem é, o que aprendeu e o que viveu. Assim, o profissional detentor do saber teórico, age com autonomia e responsabilidade, capaz de mobilizar experiências anteriores para situações novas e desafiantes.

Já Allal (2004), citado por Sá & Paixão (2013), integra na sua definição de competência a componente afetiva e social, defendendo que esta é uma interação entre os domínios cognitivos, afetivos, sociais e sensitivo-motores.

Segundo Alarcão & Rua (2005), a competência profissional do enfermeiro envolve a competência cognitiva, a competência técnica e a competência comunicacional. A primeira, diz respeito à identificação de problemas e necessidades da pessoa, ao planeamento e priorização de intervenções e à avaliação dos resultados e evolução clínica. A competência técnica está relacionada com a capacidade instrumental, a destreza manual e com a execução das intervenções segundo normas e protocolos. Por fim, a competência comunicacional abrange toda a vertente comunicacional, desde a receção da informação, à sua transmissão de forma clara, ajustada à pessoa e sua família, estabelecendo uma relação terapêutica.

Adicionalmente, Pires (2005), citado por Sá & Paixão (2013), defende que uma competência se manifesta através de um comportamento e que este é passível de ser observado e avaliado. Para tal, o autor sugere a utilização de indicadores comportamentais, particularizando ações específicas. Esta definição pode ser aplicada nos dias de hoje através da utilização das unidades de competência nas grelhas de avaliação em estágio.

Por fim, Esteves (2009), citado por Sá & Paixão (2013), afirma que as competências se desenvolvem através da experiência em campo, com uma avaliação e *feedback* individual, promotora de uma consciencialização de capacidades e necessidades de melhoria.

As definições anteriores permitem concluir que competência corresponde a uma interação entre a pessoa, a sua formação e experiência pessoal e abrange a componente cognitiva, técnica, relacional, afetiva e social. Esta é passível de ser avaliada através de indicadores comportamentais e de feedback construtivo. Assim, perante o exposto anteriormente, é possível definir competência como um saber agir responsável, que implica mobilizar, integrar e transferir conhecimentos nas mais diversas e complexas situações durante a prática profissional.

Durante o processo de aquisição e desenvolvimento de competências e de modo a garantir o contacto e interação com diferentes contextos e situações é fulcral a realização de estágios.

O cuidar da pessoa em situação aguda e crítica é intelectual e emocionalmente desafiante. Este cuidar exige que o enfermeiro seja capaz de agir rapidamente em situações de risco de vida e a margem de erro é bastante reduzida. Corroborando Benner et al. (2011), o desenvolvimento de competências na área do cuidado à pessoa em situação crítica exige aprendizagem experiencial e “*thinking-in-action*” (o pensar ligado à ação durante situações a decorrer em tempo real). A capacidade de adaptação e de enfrentar o imprevisto e a gestão de situações complexas são características impreteríveis neste processo de aquisição de competências (Rabiais, 2016).

Este processo de aprendizagem experimental, através de estágios, cria uma memória narrativa que permite ao enfermeiro agir em situações semelhantes através das aprendizagens de vivências anteriores. Estas aprendizagens incluem tanto a forma de agir, como a resposta da pessoa às intervenções de enfermagem (Benner et al., 2011).

Todo este processo de aquisição e desenvolvimento de competências implica que o profissional seja capaz de avaliar as suas capacidades e identificar necessidades (Alarcão & Rua, 2005).

Ao longos dos 6 anos em que trabalho num Serviço de Urgência Geral Polivalente, tive a oportunidade de desenvolver competências na área da pessoa em situação crítica. Sendo o SU um local imprevisível e complexo, permitiu-me desenvolver uma capacidade de adaptação e resposta imprescindíveis em situações de emergência. Adicionalmente, o trabalho em equipa, a diversidade de casos e o ritmo dinâmico e estimulante permitem um desenvolvimento e aprendizagem progressivos.

Importa não esquecer que, em qualquer área da enfermagem, contactamos com pessoas. Muitas vezes, em situações vulneráveis e de doença aguda. O SU permite-me, através do contacto diário com a pessoa em situação crítica, desenvolver capacidades comunicacionais e ter impacto na vida da pessoa e sua família. A urgência é uma porta de entrada para uma pluralidade de pessoas e situações. Cada uma delas tem um passado, uma família, projeções para o futuro e expectativas. Como enfermeira, sinto que trabalho num local privilegiado, onde contactando com transições de doença, situacionais e organizacionais, posso agir como fator facilitador de todo este processo.

Através da realização de turnos na sala de emergência, contactando com diversas pessoas, patologias e sintomas, é necessário alicerçar a minha prática na evidência científica mais

recente, de forma a **suportar a prática clínica em evidência científica** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749). Neste contexto, **cuido da pessoa em situações de emergência**, antecipando problemas e/ou intervindo na sua resolução. Adicionalmente, em situações de politraumatismos por alegada agressão em situação de risco de vida ou quando existem **indícios de prática crime, garanto a preservação de vestígios e provas de crime** (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364). Segundo Pereira (2017), citado por Machado (2019), o enfermeiro, na sua prática, pode contribuir para a preservação e recolha de provas ou vestígios de crime e desta forma, ter um papel preponderante na decisão judicial (Machado, 2019). Tal vem corroborar o emanado no artigo 79º do Código Deontológico dos Enfermeiros, em que o enfermeiro assume o dever de “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 50).

Como enfermeira triadora é necessário realizar uma avaliação da pessoa e das suas necessidades num rápido período temporal, muitas vezes com escassa informação. É a partir deste momento que, através da queixa e da identificação de problemas, se estabelece uma prioridade clínica. Segundo o Grupo Português de Triagem (2021), a avaliação da pessoa deve ser sistemática e completa, de forma a otimizar o processo de tomada de decisão (Grupo Português de Triagem, 2021). Desta forma, em contexto laboral desenvolvi a competência de **otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

Adicionalmente, no meu contexto laboral assumo a função de orientadora de estudantes da Licenciatura em Enfermagem. Esta componente torna-se desafiante uma vez que é necessário adaptar o estilo de ensino ao estudante em questão, indo ao encontro das suas necessidades formativas e das suas conquistas pessoais. Num contexto onde existe tanta diversidade de informação, estímulos e gestão de prioridades, o enfermeiro surge como facilitador do processo de aprendizagem, auxiliando na incorporação de um pensar e agir em enfermagem. Tal como Diogo (2018), citado por Amaral & Figueiredo (2021), considero que os contextos formativos são fundamentais na construção pessoal, social e profissional do indivíduo. Neste sentido, e sendo uma área de interesse, optei por realizar o curso de Formação Inicial para Enfermeiros Orientadores de Ensino Clínico, em 2022, agindo e **responsabilizando-me como facilitadora no processo de aprendizagem** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

Recentemente, em 2023, tive o privilégio de integrar a Equipe de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) do meu local laboral. Esta equipa é ativada dentro do recinto hospitalar em situações que representem risco imediato de vida, “de forma a garantir uma resposta adequada a eventos de deterioração fisiológica emergentes” (Marques, 2021, p. 30). A atuação num contexto desconhecido, que exige uma intervenção coordenada, eficaz e eficiente, é desafiante e estimulante. A **prestação de cuidados à pessoa em situação emergente** (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363), sejam eles através da EEMI ou através do SU, permite que ao longo da prestação de cuidados desenvolva competências técnicas, reflexivas e relacionais, exigindo simultaneamente uma formação constante e busca contínua pela evidência científica mais atual.

As competências descritas nos parágrafos anteriores e desenvolvidas no Serviço de Urgência, serviram de alicerce para os estágios realizados durante o Mestrado. Assim, neste processo de aquisição e desenvolvimento de competências, na área da pessoa em situação crítica, realizei estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, num Serviço de Urgência e Emergência de um Centro de Trauma Polivalente em Londres e num Serviço de Urgência Geral Polivalente.

Como já referido anteriormente cada estágio comporta o mesmo objetivo geral e diferentes objetivos específicos.

Cada subcapítulo seguinte, cujo título remete a cada local de estágio, inicia-se com uma breve descrição do serviço em questão. Posteriormente procede-se à identificação dos objetivos específicos de cada contexto. Por fim, através das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, descrevem-se exemplos de situações concretas alicerçadas em evidência científica. Serão também apresentadas as atividades desenvolvidas por contexto. O anonimato das pessoas alvo dos cuidados que integram exemplos concretos foi garantido no decorrer deste relatório.

## 2.1. CUIDADO COM A PESSOA EM CUIDADOS INTENSIVOS

Desde a década de 50 do século passado, com a epidemia da poliomielite, que se tem verificado um avanço tecnológico nas unidades de cuidados intensivos, acompanhado pela especialização dos seus profissionais. Tal especialização e evolução constante tem permitido uma redução do terceiro pico de mortalidade associado ao trauma.

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) corresponde a uma estrutura hospitalar complexa que admite pessoas com disfunções iminentes ou estabelecidas de um ou mais órgãos que dependem de meios humanos e técnicos altamente avançados para se recuperar (Pinho, 2020). Estas Unidades têm capacidade para monitorização contínua e vigilância durante vinte e quatro horas. O objetivo destas UCI é suportar, prevenir e reverter falências orgânicas com implicações vitais (Parecer N° 15/2018, 2018).

As Unidades de Cuidados Intensivos são contextos ricos em aprendizagem, pela pluralidade de situações e complexidade de cuidados. A pessoa internada, dada a sua gravidade e eventual risco de vida, exige do enfermeiro capacidade de tomar decisões imediatas, mobilizar competências e assegurar uma prática baseada na evidência. Aliadas a estas características, torna-se desafiador e preponderante que o profissional integre as novas tecnologias na sua prática e assegure a humanização dos cuidados (Pinho, 2020).

Este contexto de Cuidados Intensivos surge, assim, como fundamental no meu percurso de aquisição de competências na área da pessoa em situação crítica. Sendo um local de estágio complexo e com múltiplas oportunidades de aprendizagem, a UCI torna-se o serviço ideal para incorporar e aprofundar a experiência e conhecimentos adquiridos em contexto de Serviço de Urgência.

Dada a multiplicidade de campos de estágio disponíveis, optei por escolher uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, na área da grande Lisboa. O Hospital, integrado numa Unidade Local de Saúde (ULS), assume-se como um hospital central, polivalente e de alta diferenciação técnica.

A UCI selecionada constitui-se como centro de referência *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) e divide-se em duas unidades. Ambas as unidades têm assistência médica qualificada, em presença vinte e quatro horas, com meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, correspondendo a um nível III de diferenciação. As Unidades de Cuidados Intensivos nível III dispõem de equipas funcionalmente dedicadas e qualificadas,

com presença de intensivista nas vinte e quatro horas. Estas Unidades devem implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de ensino. As pessoas admitidas nessas UCI podem ser provenientes dos vários serviços do Hospital (SU, internamento ou bloco operatório, por exemplo) e das várias especialidades (DGS, 2003).

A missão do Serviço vai ao encontro do emanado pela Direção Geral de Saúde (DGS) (2003), e centra-se na assistência, tratamento e reabilitação da pessoa em situação crítica, na formação contínua dos seus profissionais e na investigação na área da Medicina Intensiva.

Como descrito anteriormente, a UCIP em questão divide-se em duas unidades. A primeira, dispõe de um total de dez camas, em disposição *open space*, com a área de trabalho de enfermagem/médica no centro da sala. A segunda, abrange catorze camas, doze em disposição *open space* e dois quartos de isolamento, com a possibilidade de aplicação de pressão positiva/negativa. Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2013), cada Unidade deve ter um posto de vigilância central, de forma a assegurar a visualização e acesso imediato à pessoa em situação crítica. Adicionalmente, é recomendada a organização da Unidade por *boxes* individuais de forma a garantir a privacidade da pessoa e diminuir o risco de infeções nosocomiais e cruzadas (ACSS, 2013). Tais recomendações, com disposição em *open space* e com a configuração individual, através da utilização de biombos entre unidades, encontram-se asseguradas no local de estágio.

Apesar de serem unidades com diferente número de camas e profissionais, não existe diferença na tipologia de pessoas admitidas. As duas unidades partilham espaços físicos e serviços funcionais, nomeadamente secretariado, gabinetes, vestiários, sala de refeições, armazém e sala de sujos.

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente é constituída por uma equipa multidisciplinar que abrange assistentes técnicos, enfermeiros, médicos, nutricionistas, técnicos auxiliares de saúde e técnicos de reabilitação respiratória e motora. No total, existem noventa e quatro enfermeiros, sendo uma enfermeira-chefe e dois enfermeiros responsáveis. As UCI nível III, que por definição são unidades polivalentes, devem apresentar um rácio enfermeiro/pessoa alvo dos cuidados de 1/1 (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Este rácio pode ser adaptado aos sujeitos de cuidados, quer por melhoria da condição clínica da pessoa em situação crítica quer por diminuição da carga de trabalho associada aos cuidados prestados. Nestes casos o rácio de enfermeiro/pessoa alvo dos cuidados aplicado é de 1/2. Tal distribuição e alocação de recursos foi confirmada no local de estágio.

Dos noventa e quatro enfermeiros que integram a UCIP, cerca de catorze são enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vinte e três são enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e um é enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Segundo o Regulamento nº 743/2019 (2019) é recomendado que as equipas de Cuidados Intensivos nível III sejam constituídas por 50% de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preferencialmente na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Apesar de, atualmente, os números recomendados pelo Regulamento supramencionado não serem observados, existem vários enfermeiros na UCIP a frequentar a especialidade, pelo que se denota essa necessidade e inquietude na equipa.

Diariamente é preenchido um índice de avaliação que permite avaliar a gravidade das pessoas em situação crítica e, conseqüentemente, a carga de trabalho em Enfermagem. Este índice denominado *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28) é avaliado uma vez/dia, no turno da noite, e reflete o trabalho das vinte e quatro horas prévias, representando o trabalho que um enfermeiro desenvolve por dia. O TISS 28 compreende vinte e oito atividades de Enfermagem, divididas em sete grupos, com pontuações que variam entre os um e oito pontos. Cada um ponto corresponde a dez minutos de atividade (Pinho, 2020). No entanto, o TISS 28 apenas regista 43,3% da carga de trabalho em enfermagem. Atualmente existem outros índices de avaliação, como o *Nursing Activities Score* (NAS), que permite determinar o consumo médio de tempo na duração das atividades de enfermagem, em vez de avaliar a gravidade da doença. Este índice abrange 81% da carga de trabalho dos enfermeiros em UCI (Pinho, 2020).

O método de trabalho privilegiado na UCI é o individual, sendo que a distribuição dos enfermeiros e assistentes operacionais em cada turno é realizada pelo chefe de equipa. Adicionalmente, a prestação de cuidados é realizada por enfermeiro de referência. Corroborando Rego & Coelho (2017), o método de prestação de cuidados por enfermeiro de referência caracteriza-se por uma vinculação contínua entre a pessoa e o enfermeiro, favorecendo a interação e relação de confiança entre os intervenientes (pessoa/família/enfermeiro/equipa). Este método diminui a ansiedade da pessoa e facilita o esclarecimento de dúvidas, a articulação com a família e a tomada de decisões conjunta (Rego & Coelho, 2017). Como verificado no local de estágio, o enfermeiro de referência assegura a continuidade e individualidade dos cuidados, articulando os mesmos com a restante equipa. Na UCIP, o enfermeiro participa, por exemplo, na visita médica, facilitando a tomada de decisão clínica conjunta, em prol da pessoa em situação crítica.

As visitas ocorrem durante o período das 14 horas às 20 horas, num total de três visitas por pessoa internada, sendo que não é permitido mais de duas pessoas em simultâneo. Contudo, podem existir situações de exceção, em que existe uma flexibilidade no alargamento do horário e número de visitas.

O estágio decorreu entre 24 de outubro de 2023 e 16 de dezembro de 2023, num total de 180 horas de contacto.

Para a realização deste estágio foi estruturado um projeto formativo individual, de modo a apresentar o serviço, os objetivos específicos e as atividades a desenvolver (Ferrito et al., 2023). Adicionalmente, de forma a apresentar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, foi realizada uma reflexão crítica com a descrição e análise de situações reais.

Assim, foram definidos como objetivos específicos para este estágio:

- Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa vítima de trauma e sua família em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

Durante a realização do estágio em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente tive a oportunidade de participar nas VIII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva (ANEXO I).

A realização de um estágio num ambiente desconhecido e tão complexo como uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente exigiu uma adaptação e ambientação próprias de cada processo de mudança e crescimento.

Inicialmente, optei por conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional, de modo a conseguir integrar-me no espaço físico e equipa. Apesar de ser um elemento externo à Unidade, existiu uma predisposição de toda a equipa para me inteirar das dinâmicas e projetos do Serviço. Atualmente, o serviço tem em vigor diversos projetos como a Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA) e o STOP Infecção Hospitalar 2.0. Os projetos enunciados anteriormente são de extrema relevância na área da pessoa em situação crítica, nomeadamente em Unidades de Cuidados Intensivos. Sendo a comunicação um elemento fundamental à interação humana, as dificuldades sentidas na incapacidade de verbalizar, pelas pessoas sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), são promotoras de *stress*,

medo e frustração. A Comunicação Alternativa e Aumentativa surge assim como forma de comunicação quando a capacidade de comunicação verbal se encontra impedida e/ou prejudicada (Pina et al., 2020). Na UCIP a Comunicação Alternativa e Aumentativa utilizada centrava-se na utilização de quadros de comunicação (alfabeto, frases, imagens e símbolos) em *tablets*. Constitui claramente um benefício na relação entre o enfermeiro/pessoa e pessoa/família, melhora a capacidade de expressão da dor, aumenta a segurança nos cuidados e o nível de satisfação (Pina et al., 2020). A utilização desta e outras estratégias de comunicação, como o toque, gestos, fâcies e postura, permitiram que **estabelecesse uma relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica**, nomeadamente sob VMI (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

Adicionalmente, o projeto STOP Infecção Hospitalar 2.0 da Direção Geral de Saúde em parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian, tem como objetivo reduzir a infeção hospitalar em 50%, de 2022 a 2025. As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um dos eventos adversos mais frequentes nas pessoas internadas e constituem-se uma ameaça à segurança da pessoa. Estas infeções são um problema de saúde pública, apresentando impacto nas pessoas internadas, nas instituições e nos sistemas de saúde (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015). De acordo com a Fundação Calouste Gulbenkian (2015) de 2010 a 2013, existiu uma tendência decrescente no número de óbitos por acidente de viação, com o aumento progressivo dos óbitos atribuídos à infeção associada a dispositivos invasivos. Em Portugal, em 2015, as mortes associadas à infeção por bactérias multirresistentes a antibióticos adquiridas através dos cuidados de saúde rondava as 1158 pessoas (Cassini et al., 2019) e as mortes associadas aos acidentes de viação rondava as 473 pessoas (PORDATA, 2023). Esta comparação permite perceber que a evolução da ciência e tecnologia, com uma evolução na resposta à pessoa vítima de trauma e nos sistemas de segurança rodoviários, não implica necessariamente uma melhoria na prevenção e controlo de infeção, apesar dos recursos disponíveis.

Corroborando Pina et al. (2019), “É provável que não seja possível evitar algumas dessas infeções, e esse seja o valor a pagar pelos avanços tecnológicos e terapêuticos. Contudo, um número significativo de infeções pode ser prevenido” (Pina et al., 2019, p. 140). Desta forma, face ao referido anteriormente, foram criados feixes de intervenção que visam reduzir as IACS mais comuns e adotadas precauções básicas de controlo de infeção.

No local de estágio as precauções básicas de controlo de infeção são garantidas através da existência de uma solução antisséptica de base alcoólica em cada unidade da pessoa e um lavatório em cada vértice do serviço. Adicionalmente, à abordagem da pessoa é sempre utilizado equipamento de proteção individual, como avental e luvas. Cada unidade está equipada com uma solução desinfetante com clorhexidina a 2% em álcool e material consumível, como seringas, ampolas de soro fisiológico 0,9%, creme hidratante e escova de dentes (por exemplo), assegurando um controlo ambiental e do equipamento clínico.

Diariamente é discutido em equipa a pertinência e necessidade de dispositivos como prótese ventilatória, cateter vascular central e cateter urinário. Concomitantemente as *bundles* para a prevenção da pneumonia associada à ventilação, prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central, prevenção da infeção do local cirúrgico e prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical, são asseguradas no local de estágio. As intervenções descritas nos feixes de intervenção da DGS e por mim operacionalizadas maximizam a **prevenção, intervenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica** (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364).

Nesta linha de pensamento, nos primeiros turnos e consoante necessidade, inteirei-me das normas, protocolos e procedimentos em vigor no serviço. Através do conhecimento das normas utilizadas no serviço e no decorrer da prestação de cuidados, surgiu a oportunidade de atualizar a Norma de Procedimento para o Transporte do Doente Crítico (que não integra este relatório por se constituir um documento interno da instituição, sem autorização para a partilha do mesmo) e formular uma Norma de Procedimento: *Checklist* para o transporte intra-hospitalar, apresentada em APÊNDICE II. Esta necessidade manifestou-se durante o transporte intra-hospitalar, para a realização de exames complementares de diagnóstico, de uma pessoa em situação crítica vítima de politrauma com drenagem pericárdica, mediastínica e pleural bilateral. Antes do transporte, foi colocada a dúvida, por um elemento da equipa, se existia necessidade de clampar as drenagens supramencionadas. Após discussão em equipa e de acordo com o Guia de Transporte de Doentes Críticos Adultos, (2023) concluiu-se que os “drenos torácicos não devem ser clampados durante o transporte” (Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023, p. 39), uma vez que aumentam a pressão intra-torácica e aumentam o risco de formação de coágulos. Esta ação apenas deve ser realizada previamente à remoção do dreno e/ou na necessidade de verificação de fuga ou desconexão do sistema, como a troca de sistema de drenagem, devendo ser desclampado de seguida (Silva & Brito, 2015).

A atualização da norma do transporte da pessoa em situação crítica após identificação de necessidades da equipa permitiu-me **avaliar a qualidade das práticas clínicas e planejar programas de melhoria contínua**, através de uma prática baseada na evidência. Adicionalmente, a criação de uma *checklist* para o transporte intra-hospitalar possibilitou-me **orientar projetos institucionais na área da qualidade** e segurança da pessoa em situação crítica, **mobilizando conhecimentos**, a evidência científica mais recente e **habilidades, de forma a garantir a melhoria contínua da qualidade** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

Ao longo do estágio foram várias as oportunidades e momentos de partilha de conhecimentos e perceções e exploração do raciocínio clínico e crítico. Seguidamente, procedo à descrição e análise de situações que possibilitaram o meu processo de aquisição e desenvolvimento de competências na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

Ao analisar a situação do Sr. C., de 77 anos, que estava internado com o diagnóstico de aneurisma da aorta abdominal, submetido a tratamento endovascular da aorta torácico-abdominal, consciencializei-me da necessidade de avaliação e monitorização contínua com foco na antecipação e prevenção de situações que possam afetar ou prejudicar a pessoa em situação crítica. Concordando com Benner (2011), a experiência clínica permite ao enfermeiro, através da comparação com situações semelhantes, atuar na prevenção e antecipação de complicações.

Já na UCIP e após cirurgia, o Sr. C. iniciou um quadro súbito de diminuição da sensibilidade e parestesias dos membros inferiores. Desta forma, e por suspeita de choque medular, foi colocado um sistema de drenagem de líquido cefalorraquidiano, que desde a sua colocação se encontrava pouco funcionante, com manutenção das queixas do Sr. C.. Após decisão de colocação de novo cateter de drenagem de líquido cefalorraquidiano, posicionámos o Sr. C. em decúbito lateral direito com a cabeceira a 0º graus. Pelo posicionamento existiu necessidade de aumentar o aporte de oxigénio, para garantir saturações periféricas superiores a 95% (protocolo para uso de drenagem de líquido cefalorraquidiano em cirurgia de aneurisma toraco-abdominal vigente no Serviço).

Durante o procedimento o Sr. C. ficou progressivamente mais ansioso, polipneico e sudorético. Foram utilizadas técnicas de comunicação como um tom de voz calmo, o toque e técnicas de dissociação dos tempos respiratórios, com sincronização da respiração, com efeito temporário. Assim, já com aporte de oxigénio a 15L/min, com manutenção da

polipneia e dessaturação periférica, após término do procedimento, reposicionou-se o Sr. C. em decúbito dorsal com elevação da cabeceira, sem efeito. Posteriormente, por agravamento da função respiratória, manifestado por cianose labial, dessaturação periférica e alteração do estado de consciência, foi necessário progredir para Ventilação Mecânica Invasiva, com estabilização do quadro.

Ao analisar a situação descrita anteriormente, é possível perceber que foram utilizadas várias estratégias de comunicação como o tom de voz, o olhar, a expressão facial e o toque, com a utilização da sincronia respiratória, de forma a **gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa** (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363). Este fenómeno de sincronização respiratória pode ajudar a acalmar a pessoa, uma vez que, “modelando-se em primeiro lugar na respiração rápida desta, depois fazendo-se acompanhar com a palavra e o toque, a enfermeira abranda (...) o seu próprio ritmo e, por automatismo sincrónico, provoca assim a redução do ritmo respiratório da pessoa cuidada.” (Phaneuf, 2005, p. 40).

Por outro lado, a rápida identificação da exaustão respiratória e intervenção imediata, permitiu prevenir a paragem respiratória e consolidar a **resposta em situações de emergência, antecipando situações de instabilidade e gerindo os cuidados prestados** (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

Como segunda situação a analisar, descrevo o caso da Sra. G., de 80 anos, que deu entrada na Unidade com um quadro pós-paragem cardiorrespiratória (PCR), em que durante aproximadamente 3 minutos não existiram quaisquer manobras de suporte básico de vida. Durante as várias tentativas de levante da sedação, a Sra. G. apresentou episódios de mioclonias a nível do membro superior esquerdo e membros inferiores, com necessidade de instituição de terapêutica antiepilética. Após realização de tomografia computadorizada craniana e eletroencefalograma pelas 72 horas pós-PCR e tendo em conta o mau prognóstico, a equipa multidisciplinar decidiu, após contacto com a família, optar por medidas de conforto. Como se verificou e corroborando Freixo et al. (2020), a decisão de retirar as medidas de suporte de vida deve ser discutida em equipa e partilhada com a família. Esta decisão foi tomada pelas 14 horas e a família visitou a Sra. G. pelas 18 horas. Iniciou-se analgesia em perfusão e manteve-se o suporte vasopressor até a visita familiar. Durante este período a Sra. G. permaneceu sedoanalgesiada, sem sinais de desconforto ou fácies de dor.

Culturalmente, a *praxis* em Cuidados Intensivos é norteada pelo prolongar da vida, sendo o principal objetivo estabilizar e recuperar a pessoa. Contudo, apesar de todas as tecnologias e avanços na área da saúde, existem situações irreversíveis. A partir desse momento, as prioridades devem passar por vários domínios de atenção: físicos (como alívio da dor), emocionais (garantindo o conforto e dignidade), sociais (através de visitas menos restritas, com presença contínua de familiares) e espirituais (com apoio dos serviços religiosos e/ou espirituais) (Freixo et al., 2020). Ao analisar a situação descrita, consigo afirmar que o alívio da dor, o conforto, dignidade e presença da família foram asseguradas.

Através do descrito anteriormente, é importante refletir sobre a humanização e cuidar em enfermagem. Muitas vezes, seja por rotina ou por automatismo, perdemos o foco sobre quem é o verdadeiro alvo dos nossos cuidados – pessoas e famílias que se encontram em situações vulneráveis, num momento desconhecido e que necessitam de suporte, apoio e presença. Segundo Abiven (2001), a morte humana é singular e em última instância a humanização da morte pode humanizar a vida. Perceber qual a abordagem vantajosa para a pessoa alvo dos cuidados e sua família, permite à pessoa confortada “ter uma morte mais pacífica e ao familiar um processo de luto mais suavizado” (Searle & McInerney, 2008, citado por Nicolau, 2013, p. 36).

Nesta situação torna-se fundamental refletir sobre os princípios de não maleficência *versus* beneficência. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), o princípio da não maleficência traduz-se em não fazer o mal e o princípio da beneficência relaciona-se com o dever de fazer o bem. Neste caso, manter o suporte vasopressor em doses mínimas de forma a garantir a visita da família, assegurando sempre o conforto da Sra. G. (através da analgesia e vigilância) enquadra-se no desenvolvimento da competência **demonstra uma tomada de decisão segundo os princípios, valores e normas deontológicas** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746). Desta forma, com o início da analgesia e vigilância clínica foi possível aprofundar a competência de **gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica**, garantindo um *Behavior Pain Scale (BPS)* 3 e assegurando que a Sra. G. se encontrava confortável (normotérmica, normocárdica, sem fácies de dor e sem dispneia associada). Por outro lado, através do compasso de espera que garantiu a visita da família, foi possível **assistir a família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica** (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

Perante a descrição das situações anteriores e através da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, consegui dar resposta ao primeiro objetivo do meu estágio. A prestação de cuidados à pessoa sob Ventilação Mecânica Invasiva e com necessidade de monitorização contínua surgiu como um desafio. Adicionalmente, a priorização de cuidados e atuação em situações de emergência depreendeu-se como um processo fluído, considerando a experiência em Urgência Geral. A comunicação com a pessoa em situação crítica e sua família, com os desafios associados à mesma, é uma área de interesse que tive oportunidade de explorar em contexto de estágio.

Com vista a dar resposta ao meu segundo objetivo, no que respeita aos cuidados em UCI à pessoa vítima de trauma, irei descrever uma situação específica de uma pessoa vítima de politrauma – o Sr. A. de 45 anos, admitido no Serviço vítima de politraumatismo por arma de fogo, com sete orifícios de entrada. O Sr. A. foi intervencionado por hemopericárdio, laceração superficial da aurícula esquerda, hemopneumotórax bilateral, perfuração esofágica, hemopneumoperitoneu e fratura exposta supra-condiliana do fémur direito. Após intervenção apresentava-se sedonalgesiado, sob VMI e com necessidade de suporte vasopressor. Adicionalmente, apresentava dreno mediastínico, pericárdico, pleurais bilaterais e posteriormente, por agravamento do hemotórax esquerdo, com colocação de dreno torácico esquerdo. Pela fratura do membro inferior direito apresentava osteossíntese com fixadores externos. Durante os dias de internamento foi possível realizar desmame da sedação com suspensão da mesma e posterior extubação endotraqueal. Após a extubação, o Sr. A. apresentava-se agitado e com dor constante. Foi realizada uma orientação para a realidade, com reforço na segurança do local e reforçada a terapêutica analgésica, tendo sido introduzido *Patient-Controlled Analgesia* de morfina, com efeito.

Decidi expor a situação descrita anteriormente pela abordagem comunicacional, gestão terapêutica e promoção da autoimagem inerente à situação. Com o desmame da sedação e a manutenção da VMI, o Sr. A. ficou progressivamente consciente, mas mantinha a dificuldade na comunicação. A agitação psicomotora posterior ao desmame da sedação poderia estar relacionada com o evento traumático, a incapacidade de comunicar verbalmente, a presença de dor, o facto de se encontrar num ambiente desconhecido e/ou por apresentar diversos dispositivos que alteram a imagem que tem de si. Ao analisar a situação, são diversos os fatores que podem estar na origem da agitação do Sr. A.. A abordagem realizada foi a de orientar o Sr. A. para a realidade do local onde se encontrava e o nome dos profissionais,

perceber a existência de dor através de acenos de cabeça ou apertos de mão e progressivamente explicar todos os dispositivos que se encontravam junto a si. Este processo foi gradual e permitiu ao Sr. A. colaborar durante os cuidados e ficar, paulatinamente, mais calmo.

Pelo estabelecimento de uma relação terapêutica prévia, um acompanhamento contínuo e após extubação, com o Sr. A. orientado no tempo, espaço e pessoa, o mesmo permitiu-nos perceber que se recordava do motivo de internamento, mas não desejava falar sobre o sucedido. Referiu que falaria com a esposa e foi sugerido, em caso de necessidade, acompanhamento psicológico, por um profissional, ao qual o Sr. A. se mostrou recetivo. Neste caso foi importante fornecer recursos ao Sr. A. para desenvolver estratégias de *coping* que permitam promover a resiliência e o ajustamento, nesta fase de transição situacional (Meleis et al., 2000). *Coping* pode ser definido como esforços conscientes para gerir fatores stressores internos e/ou externos que a pessoa percebe como desafiadores (Folkman e Lazarus (1991), citado por Maia et al., 2016). Cabe ao enfermeiro atuar como facilitador neste processo de transição, através de intervenções que permitam a pessoa vivenciar a transição de forma saudável. Neste caso, o Sr. A. passou por um evento traumático que irá exigir uma redefinição de si. Adicionalmente, a sua família poderá estar sujeita a uma redefinição de papéis, mesmo que de forma temporária (Meleis, 2010). Através desta situação foi possível desenvolver a competência **“gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e ou falência orgânica”** (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

A gestão da dor foi um dos tópicos centrais nos cuidados prestados. O Sr. A. tratava-se de uma pessoa politraumatizada com cinco drenos e fixadores externos. O posicionamento, o ensino da fixação dos drenos durante os movimentos de tosse (por exemplo) ou da analgesia controlada pelo paciente foi essencial para a gestão da dor.

Por fim, e ainda no que diz respeito ao Sr. A., a promoção da autoimagem foi de extrema importância. Como referido anteriormente eram vários os dispositivos alocados ao mesmo. Assim, para além de se encontrar num sítio desconhecido, com pessoas estranhas e após um evento traumático, o Sr. A. apresentava dispositivos por si desconhecidos, que lhe causavam dor e desconforto e que alteravam a imagem que tinha de si. Neste caso, foi importante reforçar o carácter provisório dos dispositivos, assegurando os seus benefícios e a posterior recuperação. Nos tópicos descritos anteriormente, foi possível desenvolver a competência

**assistência à pessoa nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica** (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

Como referido anteriormente devido ao pico de mortalidade tardia da pessoa vítima de trauma, que ocorre em UCI, consequência da falência multiorgânica e sépsis, foi fundamental realizar estágio neste contexto. O foco não é apenas promover a melhoria clínica da pessoa (lesão primária) mas prevenir complicações associadas tanto à lesão primária como aos cuidados de saúde. Durante o estágio e com vista a responder ao meu segundo objetivo específico, tive oportunidade de cuidar de diversas pessoas vítimas de politrauma, que exigiam um cuidar atento, especializado e complexo. Perante a análise da situação descrita, consegui demonstrar a necessidade de uma abordagem holística à pessoa em situação crítica vítima de trauma, que inclui uma abordagem CABCADE em constante evolução.

Durante este estágio foi possível desenvolver a *Scoping Review*, cuja síntese de evidência se encontra apresentada no subcapítulo “Fundamentação do Fenómeno em Estudo”.

As pessoas em situação crítica em cuidados intensivos estão sujeitas a uma elevada complexidade e diferenciação dos cuidados. Concordando com Benner (2011), “a tecnologia das Unidades de Cuidados Intensivos rivalizam os *cockpits* das aeronaves modernas” (Benner et al., 2011, p. 11), o que se traduz num ambiente desconhecido, com máquinas, fios e alarmes, que pode alterar a perceção do espaço e interferir com o período de sono da pessoa. Durante o período de estágio em UCIP foi possível reconhecer a intervenção do Enfermeiro Especialista junto da pessoa em situação crítica, avaliando e monitorizando continuamente a pessoa, priorizando intervenções e antecipando e prevenindo problemas.

No subcapítulo seguinte, intitulado “Cuidado com a Pessoa no Serviço de Urgência Polivalente de um Centro de Trauma em Londres” irei descrever o local do meu segundo estágio no âmbito da UC Estágio Final e Relatório, bem como as competências aí desenvolvidas.

## **2.2. CUIDADO COM A PESSOA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE DE UM CENTRO DE TRAUMA NA CIDADE DE LONDRES**

A riqueza da aprendizagem centra-se na diversidade de experiências. Nos dias de hoje, os programas de mobilidade internacional são reconhecidos por proporcionar a partilha de conhecimentos, cultura, valores institucionais e experiências entre o estabelecimento de ensino, o local laboral e o destino da mobilidade. Segundo Crossman & Clarke (2009), citado por Costa (2016), esta mobilidade permite a partilha de conhecimentos e desenvolvimento de competências benéficas para o indivíduo e para as organizações.

Neste sentido, de forma a potenciar um maior crescimento profissional e pessoal, surgiu a oportunidade de contactar com uma instituição reconhecida a nível internacional, nomeadamente na área do trauma. A seleção da instituição prendeu-se com o interesse pessoal na área de urgência e emergência. A seleção do local de estágio vai ao encontro do defendido por Fracalossi (2013), citado por Costa (2016), quando defende que os interesses pessoais, o crescimento pessoal, o desenvolvimento profissional e a compatibilidade linguística, estão na origem da escolha do local de mobilidade.

Como referido anteriormente, foram propositadamente omitidas algumas referências bibliográficas com vista a manter o anonimato do local de estágio e instituições associadas.

Inicialmente o grupo, constituído por mim e dois colegas de curso, selecionou como local de estágio um Hospital de referência na área do Trauma, em Israel. Contudo, considerando o atual contexto sociopolítico, marcado pelo agravamento do conflito Israel-Palestina e pelas condições de segurança adversas, houve a necessidade premente de reavaliar o local de estágio originalmente selecionado. Face a estas circunstâncias e após uma busca atenta e cuidada, num contexto mais semelhante e geograficamente mais próximo, o grupo entrou em contacto com um Hospital em Londres, integrante da Rede de Trauma de Londres. Considerado um Hospital de referência e Centro de Trauma, este Hospital abraça a diversidade cultural e religiosa, com uma abordagem inclusiva, atual e inovadora à pessoa em situação crítica. Tais fatores, aliados à sua forte ligação à academia através da publicação de vários artigos de renome a nível mundial, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento na área das ciências da saúde, foram preponderantes na escolha deste local de estágio.

Num mercado internacional extremamente competitivo, as competências linguísticas, o conhecimento de diferentes culturas e o contacto com diversos ambientes de cuidados, constituem-se uma vantagem profissional (Costa, 2016).

No contexto português tem-se observado um crescente fenómeno de imigração contribuindo para uma sociedade cultural e religiosamente diversa. Neste sentido, torna-se preponderante que os Enfermeiros Especialistas prestem cuidados culturalmente sensíveis e holísticos, considerando a pessoa como um ser bio-psico-socio-espiritual. O contacto com uma instituição Hospitalar de renome internacional torna-se assim uma oportunidade valiosa para adquirir conhecimentos e estratégias que, adaptados à realidade Portuguesa, elevem a qualidade dos cuidados.

O Hospital onde realizei o estágio constitui-se um Centro de Trauma *Major*, com alta diferenciação técnica e humana, capacitado para prestar assistência contínua e especializada a pessoas politraumatizadas em situação crítica, vinte e quatro horas por dia, trezentos e sessenta e cinco dias por ano.

Trauma *Major* define-se como um trauma com lesão grave ou risco de desenvolver lesão grave, cujo *Injury Severity Score* (ISS)  $\geq 16$  e em que a pessoa previsivelmente irá necessitar de apoio a nível dos cuidados intensivos (Direção Geral de Saúde, 2022), intervenção cirúrgica e/ou administração de hemoderivados (Thompson et al., 2019).

Atualmente, o Trauma *Major* tem alargado a sua incidência à população idosa, cujos traumas com baixos mecanismos de lesão se integram nesta definição. Adicionalmente, e como já referido em capítulos anteriores, grande percentagem da população com idades compreendidas entre os 40-50 anos é afetada pelo trauma, o qual figura como uma das principais causas de morte ou incapacidade nesta faixa etária (Thompson et al., 2019).

O serviço selecionado foi o Accident and Emergency Department (A&E) pelos cuidados especializados e reconhecimento internacional à pessoa em situação crítica. O A&E abrange duas áreas segregadas, uma pediátrica e uma de adultos, com equipas partilhadas, mas fluxos distintos.

Os turnos têm a duração de 12 horas, existindo o turno da manhã das 08 horas às 20 horas e o turno da noite das 20 horas às 08 horas. Cada turno é assegurado por vinte e três enfermeiros. Entre estes enfermeiros existe um enfermeiro chefe de equipa por turno e cada posto de trabalho é constituído por um enfermeiro responsável que não assume formalmente

cuidados. Adicionalmente existe um turno intermédio no período de maior afluência, das 14 horas às 02 horas, constituído por dois enfermeiros.

No que concerne à constituição do Serviço, este é composto por três salas de triagem; uma área destinada a pessoas independentes e com doença ligeira que necessitem de realizar meios complementares de diagnóstico; duas áreas com quartos individuais com maior vigilância, nomeadamente capacidade de monitorização contínua de sinais vitais; uma área com oito quartos individuais de pressão negativa destinada preferencialmente a pessoas com patologia respiratória e um quarto individual de isolamento ambiental para pessoas com patologia mental.

Adicionalmente, as pessoas independentes, sem risco acrescido de infeção e com um plano terapêutico definido, são encaminhadas para a *Clinical Decision Unit* (CDU), idealmente, por um período máximo de 24 horas.

As pessoas independentes, com doença ligeira, que não careçam, *à priori*, de meios complementares de diagnóstico, podem ser encaminhadas para o *Urgent Treatment Centre* (UTC), onde são observadas por médicos de família ou enfermeiros com formação específica. Complementarmente existe o *Same Day Emergency Care* (SDEC) composto por várias especialidades e assegurado por quatro enfermeiros. Este departamento, cujo horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8 horas às 20 horas, recebe pessoas independentes encaminhadas pela *Urgent Treatment Centre* e triagem, após discussão prévia com a equipa médica. Neste setor podem ser admitidas pessoas com indicação para a realização de pequenos procedimentos cirúrgicos (como por exemplo: drenagem de abscessos), que necessitem de *follow up*, antibioterapia endovenosa ou administração de hemoderivados.

A sala de emergência, constituída por oito unidades (seis unidades de adulto e duas unidades pediátricas), é assegurada por quatro enfermeiros, incluindo um enfermeiro responsável pela gestão da sala. As pessoas admitidas na sala são predominantemente referenciadas do pré-hospitalar e da triagem. Previamente à chegada da pessoa à sala de emergência, a equipa é informada telefonicamente sobre a queixa, o estado de consciência, estabilidade hemodinâmica e tempo estimado até entrada na sala. Assim, é possível preparar a sala, material e ativar/mobilizar os meios necessários para o atendimento especializado à pessoa em situação crítica.

O A&E preconiza que todas as pessoas sejam observadas e tenham uma decisão clínica em 4 horas, sendo afixado diariamente o desempenho da equipa obtido no dia anterior.

Dada a sua localização geográfica, eficácia na atuação e reconhecimento técnico e científico na área da pessoa em situação crítica, o Hospital integra a *London's Air Ambulance Charity* (LAAC). Este serviço responde a pessoas vítimas de trauma que requerem uma rápida atuação e abordagem emergente, transportando-as diretamente para o A&E.

Ainda inserido no contexto da *London's Air Ambulance Charity* surgiu um serviço pioneiro, de emergência médica na comunidade, denominado *Physician Response Unit* (PRU). Este Serviço é fundamentado num modelo de tomada de decisão partilhado, que capacita, empodera e potencia a participação da pessoa no seu processo de cuidados. O objetivo primordial do *Physician Response Unit* centra-se na prestação de cuidados urgentes, individualizados, seguros e eficazes no domicílio da pessoa, respondendo aos vários tipos de urgências médicas que diariamente tendem a procurar o SU. O seu impacto no *overcrowding* do A&E e na individualização dos cuidados é surpreendente, cuidando de pessoas em situação de fim de vida, pessoas imunossuprimidas com sinais de infeção, pessoas com doença mental e/ou com elevado grau de dependência e incapacidade para se dirigir ao Serviço de Urgência. A ativação deste serviço encontra-se dependente de uma referenciação prévia por um profissional de saúde, nomeadamente através da linha *National Health Service* (111), linha de emergência médica (999), médicos assistentes e equipas do extra-hospitalar (paramédicos).

O segundo estágio da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” decorreu entre 02 de janeiro de 2024 e 24 de janeiro de 2024, num total de 80 horas de contacto. Importa ressaltar que, dado não nos encontrarmos inscritos na Ordem dos Enfermeiros de Inglaterra, este estágio foi de natureza observacional.

Para a realização deste estágio foram definidos como objetivos específicos:

- Conhecer novos modelos organizacionais de resposta sistematizada à pessoa vítima de trauma *major*.
- Desenvolver conhecimentos técnico/ científicos na abordagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente à pessoa vítima de trauma, em Serviço de Urgência.
- Identificar as estratégias utilizadas para mitigar o problema do *overcrowding* do Serviço de Urgência.

A realização de um estágio num *Accident & Emergency Department* de um centro de Trauma em Londres, manifestou-se uma oportunidade única de aprendizagem e desenvolvimento de competências. Apesar de inicialmente a vertente observacional ter surgido como um fator para nós desconhecido, uma vez que usualmente a nossa abordagem consiste na prestação de cuidados diretos, este revelou-se uma mais-valia na apreensão e perceção da abordagem à pessoa em situação crítica, da organização da equipa e gestão dos cuidados. Perante esta mudança de contexto laboral, casa, ambiente, idioma e país, é importante reconhecer que para além de uma transição organizacional, sempre presente em qualquer local de estágio, vivenciei uma transição situacional decorrente não só de me encontrar na posição de estudante, como também numa posição de observadora. A motivação, interesse na aprendizagem, camaradagem dos colegas de Mestrado, apoio da Professora Orientadora e cooperação e disponibilidade da equipa do Hospital, constituíram-se fatores facilitadores neste processo de transição (Meleis et al., 2000).

Perante a realização deste estágio foi possível reconhecer e descrever estratégias de organização/ trabalho que permitiram concretizar o processo de desenvolvimento de competências e que são passíveis de ser incorporadas na minha *praxis*, na realidade Portuguesa.

Em todo o A&E encontram-se expostas informações pertinentes, via televisão, sobre o fluxo da pessoa no serviço de urgência e tempo de espera expectável para resultados de exames e análises. Adicionalmente, de forma a responder a outras questões frequentes, existem brochuras disponíveis em vários locais do Serviço. Tal vai ao encontro da Lei n.º 15/2014 (2014), onde, o artigo 27º, alínea a), reitera o direito da pessoa à informação, nomeadamente através da afixação da informação atualizada, sobre os tempos de resposta na prestação de cuidados, em locais de fácil acesso e consulta. Desta forma, através da informação disponibilizada, é possível gerir expectativas sobre os cuidados e empoderar a pessoa.

A privacidade e dignidade da pessoa foi assegurada em todos os momentos da prestação de cuidados. Tendo em conta a minha experiência em SU sinto que, por vezes, a privacidade ambiental se constitui um desafio, fruto da afluência ou das restrições espaciais do local. Contudo, corroborando a OE (2005), “embora as urgências não constituam, necessariamente, um internamento, recomenda-se que a privacidade e o respeito pelo pudor sejam garantidos nestas situações, apesar da oportunidade e rapidez da intervenção o poderem fazer esquecer.” (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 402). Assim, importa afirmar

que existia uma preocupação e especial atenção ao encerramento das portas das pessoas que se encontram em quartos individuais e das cortinas na sala de emergência.

Durante a prestação de cuidados existiu sempre a preocupação pelo respeito da dignidade, dos valores, costumes e crenças espirituais das pessoas alvo dos cuidados. A localização geográfica do hospital é conhecida por apresentar uma considerável comunidade de emigrantes, existindo assim uma pluralidade de religiões e culturas ao redor. Segundo Deodato (2014), a vida em sociedade e a influência cultural leva à construção individual de um quadro de princípios e valores que não desaparece quando surge um problema de saúde. Torna-se importante reconhecer que a pessoa e tudo o que a caracteriza, como os seus princípios de vida, valores, cultura, ideologias, convicções religiosas e políticas, estão presentes mesmo numa situação de doença. A pessoa não deixa de ser pessoa porque se encontra numa situação de doença. É assim, no respeito pela pessoa e pela humanidade da sua vida, que o Enfermeiro assegura o respeito pela dignidade humana.

Perante a análise das situações descritas anteriormente foi possível refletir sobre a competência **“garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

Dada a considerável afluência e rotatividade de pessoas no A&E, torna-se imperativo assegurar a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual potenciador de segurança, mitigando possíveis riscos desnecessários para a pessoa. Desta forma, como estratégia de proteção, é promovida a inclusão e envolvimento da família, inclusivamente na sala de emergência. Junto à sala de emergência, existe uma sala para familiares, onde estes podem aguardar e onde são transmitidas informações que careçam de um ambiente privado e acolhedor. Perante o descrito anteriormente foi importante refletir sobre as estratégias utilizadas para assegurar a competência **“promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo”** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

Outras estratégias identificadas para a promoção de um ambiente seguro, consistem na dupla verificação prévia à administração de qualquer terapêutica endovenosa e na partilha do erro, independentemente da sua natureza, através de uma plataforma informática e na sua discussão em equipa. Esta partilha assenta numa abordagem orientada para a aprendizagem e não para a punição, sendo a partilha formal efetuada de forma anónima e posteriormente comunicada a todos os elementos das equipas. Perante o descrito anteriormente foi possível

reconhecer técnicas promotoras de um ambiente seguro, para a pessoa, família e profissionais, desenvolvendo a competência **“garante um ambiente terapêutico e seguro”** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

Nesta linha de pensamento, a presença dos familiares constitui-se um fator facilitador na comunicação, de tranquilidade para a pessoa e família e como elo entre a pessoa e profissionais de saúde. Dada a área de abrangência multicultural já referida anteriormente, a comunicação com a pessoa surgia, por vezes, como um desafio durante a prestação de cuidados. Consequentemente, de forma a conseguir colmatar as dificuldades sentidas na barreira linguística, o Hospital utilizava uma linha de contacto telefónico para tradução. Apesar de existir o Serviço de Tradução Telefónica em Portugal sem custos associados, pela minha experiência, este não é frequentemente utilizado nos cuidados de saúde, em contexto de urgência. Perante o descrito anteriormente é possível refletir sobre as diferentes estratégias utilizadas que asseguram a competência **“gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”** (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

A possibilidade de realizar turnos na sala de emergência permitiu-me acompanhar o processo de admissão da pessoa em situação crítica, o encadeamento de cuidados e a organização da equipa.

O contacto prévio por parte da equipa extra-hospitalar fornecendo informações relativas ao estado de saúde da pessoa, possibilita que o enfermeiro responsável prepare a unidade e ative a equipa multidisciplinar, indo ao encontro do preconizado por Benner et al. (2011). Após a chegada da mesma, é realizado um *briefing*, onde são identificadas e atribuídas responsabilidades de cada elemento da equipa. Corroborando Pereira & Melo (2012), é importante existir uma equipa, normalmente designada por equipa de trauma, previamente definida que vai receber e tratar da pessoa em situação crítica. “Esta equipa deve ter um líder e as atribuições de cada um dos seus elementos pré-definidas” (Pereira & Melo, 2012, p. 234).

Durante o acolhimento da pessoa, é realizado o momento de *handover*, tendo por base a mnemónica ISBAR (**I**dentificação; **S**ituação atual; **B**ackground/antecedentes; **A**valiação; **R**ecomendações), em que todos os elementos assumem uma posição pré-estabelecida com base na sua função. Durante este processo permanece um ambiente de silêncio e atenção. O elemento responsável pelo *handover* garante uma comunicação clara, calma e com tom de voz adequado. Nesta instância existe ainda um elemento da equipa responsável por toda a

anotação da informação partilhada. Perante o descrito anteriormente e através da distribuição de funções e gestão de recursos, foi possível desenvolver a competência **“adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

Como já descrito, após receber o contacto sobre a admissão da pessoa, a equipa prepara o ambiente, verifica o material e antecipa possíveis complicações ou necessidades que possam surgir na abordagem à vítima. Tal preparação vai ao encontro do defendido por Pereira & Melo (2012) e por mim constatado como de extrema relevância.

Aquando da preparação para a chegada dos politraumatizados e imediatamente após a sua admissão, a coordenação e articulação entre os diferentes intervenientes no tratamento do doente assume ainda um papel mais importante. Antes da chegada e logo após o hospital ter recebido a comunicação de que um politraumatizado vai para aí ser encaminhado devem ser iniciados os preparativos de receção. O material deve ser revisto, a medicação necessária preparada, soros aquecidos e os serviços de apoio (radiologia, laboratório, serviço de sangue, bloco operatório) avisados (Pereira & Melo, 2012, p. 234).

A preparação do local e do material é facilitada pela experiência dos intervenientes (Benner et al., 2011). Desta forma, ao observar a dinâmica existente na equipa, foi possível refletir e denotar a importância da competência **“presta cuidados à pessoa em situação emergente e antecipa critérios de instabilidade e risco de falência orgânica”** (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 1963).

O A&E apresenta diversos protocolos terapêuticos complexos de modo a uniformizar os cuidados e a garantir uma abordagem estruturada, assente na evidência científica mais recente. A título de exemplo existe o protocolo de administração de ácido tranexâmico, que estabelece um conjunto de critérios com base na sintomatologia e cinemática do trauma, dosagem e tempo de administração; o protocolo de infusão rápida, usualmente utilizado no *Code Red Trauma* e em pessoas em choque hemorrágico que necessitem de administração de grande volume de hemoderivados celeremente; e o algoritmo da via aérea difícil, constituído por uma *checklist* de entubação de sequência rápida realizada no momento prévio à mesma e de um carro que se encontra dividido por planos, desde uma abordagem mais convencional, a uma mais complexa. Através dos exemplos anteriores, é possível validar a competência **“garante a administração de protocolos terapêuticos complexos”** (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 1963).

Dada a diferenciação e centralidade que o Hospital assume na rede de trauma de Londres, esta unidade hospitalar encontra-se preparada para dar resposta a eventos de *Major Incidents*.

Para tal, o alerta inicial é dado para um telefone que se encontra na sala de emergência, sendo, posteriormente, ativado um protocolo de resposta a situações de exceção que se encontra esquematizado num dossier no mesmo local. Caso seja necessário, o serviço é adaptado para responder a cenários multivítimas, incluindo incidentes biológicos/nucleares/químicos. O plano de resposta a situações de exceção encontra-se atualizado e são realizados, pelo menos, dois simulacros por ano. Perante o exposto, foi possível identificar abordagens alternativas que visam responder a situações de emergência e catástrofe, contribuindo para o desenvolvimento da competência de **“dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”** (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364).

Com vista a dar resposta ao meu terceiro objetivo específico foi importante reconhecer quais as estratégias utilizadas pelo Hospital para mitigar o problema do *overcrowding* do Serviço de Urgência. Segundo o *American College of Emergency Physicians* (2019), citado por Matos (2022), sobrelotação pode ser definida como a situação em que as necessidades identificadas nos serviços ultrapassam os recursos disponíveis para os cuidados. O crescimento da procura deve-se às necessidades individuais das pessoas, às suas perceções de saúde e doença e a fatores sociais como o crescimento populacional, envelhecimento da população e influências sazonais (Matos, 2022). Tal afluência acarreta dificuldades na gestão do tempo, do espaço e provoca atrasos nos cuidados a pessoas urgentes, aumentando a mortalidade (Carvalho, 2019). Assim, o cenário do *overcrowding* compromete valores humanos (como a privacidade e dignidade), a segurança, qualidade e eficiência do cuidar.

Desta forma, tornou-se premente a identificação de estratégias no local de estágio que permitam a redução da sobrelotação dos Serviços de Urgência. Através da existência de um local para encaminhamento de pessoas com doença ligeira, que não careçam de meios complementares de diagnóstico, como o *Urgent Treatment Centre* ou do encaminhamento das pessoas que necessitem de intervenções breves e específicas para o *Same Day Emergency Care* existe uma diminuição das pessoas em circulação no SU e, conseqüentemente, uma alocação rentabilizada de recursos e profissionais. Tal vai ao encontro do defendido por Carvalho (2019), que identifica como estratégias para redução da sobrelotação a criação de unidades de decisão clínica e de áreas para avaliação de pessoas com baixa gravidade. Adicionalmente o *Physician Response Unit*, ao prestar cuidados urgentes ao domicílio, permite avaliar a pessoa em ambiente próprio e reduzir a afluência ao SU. Como pude verificar, esta unidade permite a observação e estruturação de um plano terapêutico no

domicílio das pessoas, melhorando o conforto, prevenindo os riscos associados ao SU e evitando a deslocação ao mesmo. Ainda de acordo com a mesma autora, a criação de equipas de avaliação rápida, neste caso ao domicílio, constitui-se uma estratégia importante de cuidado (Carvalho, 2019).

Através deste estágio observacional consegui contactar com novos modelos organizacionais de resposta sistematizada à pessoa vítima de trauma major e desenvolver conhecimentos técnico-científicos na abordagem à pessoa em situação crítica. Segundo Benson & Pattie (2008), citado por Costa (2016), a experiência internacional apresenta um valor acrescido ao nível da aquisição de conhecimentos e competências, constituindo-se como um fator preditor de sucesso na carreira.

De forma a disseminar o conhecimento e aprendizagens decorrentes deste estágio e mobilizá-los para o meu local laboral, o grupo elaborou uma apresentação à chefia do Serviço, com aspetos chave e sugestões. O documento apresentado encontra-se em APÊNDICE IV (de forma a salvaguardar o anonimato das instituições, foram alterados ou omitidos, de forma intencional, alguns diapositivos e referências bibliográficas).

No subcapítulo seguinte intitulado “Cuidado com a Pessoa no Serviço de Urgência”, que corresponde ao último estágio realizado no decorrer do Mestrado, irei descrever o local de estágio e as competências aí desenvolvidas.

### **2.3. CUIDADO COM A PESSOA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Segundo o artigo 2º do Despacho n.º 10319/2014 (2014) a rede de SU integra, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta, os Serviços de Urgência Básicos, os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgicos e os Serviços de Urgência Polivalentes.

O Serviço de Urgência Polivalente (SUP) é aquele com maior grau de diferenciação, capaz de dar resposta a situações de urgência e emergência, dispondo de uma ampla variedade de especialidades médicas (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

O Serviço de Urgência Polivalente selecionado como local de estágio, integra uma Unidade Local de Saúde e a Rede Nacional de Urgência e Emergência, prestando cuidados vinte e quatro horas por dia/ sete dias por semana (Despacho n.º 13427/2015, 2015). Desde 2013,

constitui-se como um dos polos da Urgência Metropolitana de Lisboa, na área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

De acordo com o preconizado pelo Despacho n.º 10319/2014 (2014), o SU integra uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e em caso de transporte de uma pessoa para a sala de emergência, a equipa contacta telefonicamente o chefe de equipa do SU, de forma a gerir os recursos disponíveis e ativar os meios necessários para o atendimento especializado. Adicionalmente, e conforme o descrito no Despacho n.º 10319/2014 (2014), o SU tem implementado um sistema de prioridades, designado Sistema de Triagem de *Manchester*. Ao ser identificada a prioridade da pessoa, esta é encaminhada para um circuito pós-triagem, definida especificamente em cada SU. Este encaminhamento inclui as pessoas referenciadas no âmbito das Vias Verdes.

As (...) Vias Verdes são circuitos de encaminhamento, com componentes extra e intra-hospitalares, que visam a sistematização dos passos, dos procedimentos e das responsabilidades ao longo de uma cadeia de cuidados de situações que, pela sua natureza, beneficiam em termos de mortalidade e morbilidade de uma abordagem estruturada e precoce. (Grupo Português de Triagem, 2011, p. 2)

No Serviço de Urgência em questão existem diferentes Vias Verdes como a Via Verde Coronária, Via Verde Acidente Vascular Cerebral e a Via Verde Sepsis.

O Serviço de Urgência Polivalente encontra-se dividido em diferentes áreas, tendo por base a prioridade da pessoa, a necessidade de vigilância, intervenções necessárias e objetivos de cuidados. Assim, o SU divide-se em triagem (4 salas), balcão macas (1 sala), balcão ambulatório (1 sala), salas de observação (5 salas) com capacidade de monitorização hemodinâmica não invasiva, salas de ortopedia (2 salas), salas de pequena cirurgia (2 salas), zona de internamento, salas de emergência (4 salas) e a Clínica de Atendimento do Serviço de Urgência (CASU), onde se encontram as pessoas independentes encaminhadas da triagem e com prioridade pouco urgente ou não urgente. O horário de funcionamento do CASU é das 10 horas às 22 horas.

A Triagem, realizada segundo o Sistema de Triagem de *Manchester*, aloca as pessoas e encaminha-as para o local mais adequado, tendo em conta a sua prioridade, grau de independência, intervenções necessárias e necessidade de equipamento de apoio, como macas e/ou cadeiras de rodas. Segundo o Regulamento n.º 743/2019 (2019), é recomendado que este posto seja assegurado por um enfermeiro com formação específica e, preferencialmente, especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica. Este pressuposto nem sempre se verificou no local de estágio, contudo,

como salienta Cruz (2019), a experiência, o pensamento crítico e a capacidade comunicacional são características que devem estar presentes no Enfermeiro Triador, independentemente da sua diferenciação. Tal vem corroborar o defendido por Benner et al. (2011), que reforça a importância do Enfermeiro analisar a situação através da sua intuição e experiência.

As salas de emergência do SU, com centro de trauma integrado, visam dar resposta a situações que careçam de cuidados imediatos à pessoa em situação crítica. No total, existem quatro salas, sendo duas destinadas à pessoa vítima de trauma e duas a pessoas em situação crítica do foro médico e/ou cirúrgico. Uma das salas referidas anteriormente tem características físicas de bloco operatório. Existe ainda uma sala individual de pressão negativa, onde normalmente são abordadas as pessoas com patologia respiratória (por exemplo, com necessidade de ventilação mecânica não invasiva).

A entrada de familiares nas salas de emergência é permitida aquando estabilização da pessoa em situação crítica.

O SU é constituído por uma equipa multidisciplinar que abrange assistentes técnicos, enfermeiros, médicos e técnicos auxiliares de saúde. No total existem cento e cinquenta enfermeiros, sendo um enfermeiro-chefe e cinco enfermeiros chefes de equipa. Cada equipa é constituída por vinte e quatro a vinte e seis enfermeiros e integra elementos de referência na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Dos cento e cinquenta enfermeiros que integram o SU, cerca de trinta e sete são enfermeiros especialistas, sendo a maioria enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Para além destes existem enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

A metodologia funcional no SUP é direcionada para a tarefa. Este método, apesar de não se centrar na individualização dos cuidados e potenciar eventos adversos, é o mais utilizado em SU pela economia do tempo e aumento da produtividade, fruto de um número insuficiente de profissionais, excesso de atividades e sobrecarga de trabalho. Concomitantemente, o método de trabalho em equipa é utilizado no serviço supracitado. Desta forma, o líder, mais especificamente, o chefe de equipa, distribui os seus elementos tendo em consideração as suas habilidades e qualificações, nomeadamente na sala de emergência e triagem. Cada enfermeiro é responsável pelo cuidar integral das pessoas que estão sob a sua responsabilidade (Almeida Ventura-Silva et al., 2021).

A escolha do local de estágio prendeu-se pela necessidade de desenvolver competências na área da liderança e supervisão de cuidados. Adicionalmente, visto ser um contexto semelhante ao meu local laboral foi enriquecedor perceber a dinâmica organizacional e da equipa, a gestão dos cuidados e a atuação em situações de urgência/emergência. Como afirma Benner et al. (2011), o conhecimento clínico progride com a aprendizagem pela experiência. Este torna-se mais rica, quando partilhada entre pares. A experiência em urgência permitiu-me comparar situações de cuidados e discuti-las com a equipa multidisciplinar, enriquecendo a prestação de cuidados de ambos os locais, laboral e de estágio. Em todas as situações de cuidados incorporei a melhor evidência científica conjugada com a experiência, respeitando os valores e preferências das pessoas.

Assim, defini como objetivos específicos para este estágio:

- Aprofundar competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família em contexto de Serviço de Urgência Polivalente.
- Desenvolver competências na tomada de decisão, liderança e supervisão clínica em contexto de Serviço de Urgência Polivalente.

O estágio decorreu entre 30 de janeiro de 2024 e 27 de fevereiro de 2024, num total de 100 horas de contacto.

Durante o estágio no SUP tive oportunidade de realizar turnos nos diferentes postos do Serviço, com enfoque na sala de emergência. Adicionalmente tive a oportunidade de acompanhar a Enfermeira chefe de equipa, de forma a desenvolver competências na área da liderança e gestão de cuidados.

O plano de resposta a situações de exceção encontra-se atualizado e o Serviço dispõe de uma sala com todo o equipamento logístico necessário para implementação do mesmo. Por ano são realizados, pelo menos, dois simulacros com todos os enfermeiros do departamento.

De forma a sistematizar a abordagem na sala de emergência e as competências desenvolvidas, irei proceder à descrição e análise de uma situação de cuidados.

O Sr. I., de vinte e quatro anos, deu entrada na sala de emergência acompanhado pela equipa do extra-hospitalar, vítima de acidente de motociclo com projeção de aproximadamente dois metros. Segundo a equipa do extra-hospitalar, o Sr. I. não tinha capacete de proteção e referia Traumatismo Crânioencefálico (TCE) e dos membros inferiores. À avaliação da equipa do

extra-hospitalar, este encontrava-se **(C)** sem hemorragia exsanguinante visível, **(A)** vígil e sem aparente compromisso da via aérea. Pelo mecanismo do trauma, com cervicalgia associada, a equipa procedeu à colocação de um colar cervical rígido. **(B)** O Sr. I. apresentava-se taquipneico, em ar ambiente, com movimentos ventilatórios toraco-abdominais, regulares e simétricos. **(C)** Segundo a equipa, o Sr. I. manteve valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS) > 90mmHg e Pressão Arterial Média (PAM) > 65mmHg, com Frequência Cardíaca (FC) entre 90-110 batimentos por minuto. O Tempo de Preenchimento Capilar (TPC) manteve-se  $\leq 2$  segundos. **(D)** Durante a abordagem no extra-hospitalar o Sr. I manteve um valor na *Glasgow Comas Scale* (GCS) = 14 (por resposta verbal confusa), sem alterações sensitivas ou motoras. **(E)** Apresentava uma escoriação frontal direita, dorsal direita e no membro superior direito. Sem hemorragia ativa. Adicionalmente, apresentava rotação externa do membro inferior esquerdo. Após abordagem e avaliação no extra-hospitalar foi transportado para a sala de emergência.

O TCE é definido como uma lesão anatómica e/ou compromisso funcional decorrente de uma força externa. Considerado uma das principais causas de mortalidade e morbidade em jovens adultos, as principais etiologias do TCE são as quedas, a violência e os acidentes rodoviários (Melo, 2023), mais especificamente com veículos motorizados (Howard & Steinmann, 2010). O TCE é caracterizado de acordo com a gravidade de lesão, com recurso à GCS e pode ser classificado em TCE leve (GCS 13-15), moderado (GCS 9-12) ou grave (GCS  $\leq 8$ ) (Melo, 2023).

A lesão decorrente do TCE abrange duas fases, classificadas em lesão primária e secundária. A lesão primária caracteriza-se pelo dano sofrido no momento do trauma resultante da transferência de energia (como fraturas e lesões intracerebrais). A lesão secundária, que se pode desenvolver em minutos, horas ou dias após o impacto, ocorre devido a alterações na dinâmica intracraniana (associada à hipertensão intracraniana, hipoxia e hipoglicémia, por exemplo). Ao contrário da lesão primária, a lesão secundária pode ser evitada ou minimizada se o tratamento adequado for devidamente instituído (Melo, 2023).

Durante o transporte, o Sr. I. foi progressivamente agravando o estado de consciência, sendo que, à chegada da sala de emergência, se encontrava com um GCS =7 (Abertura ocular =2; Resposta Motora = 4; Resposta Verbal = 1).

Imediatamente, por **(A)** compromisso da via aérea por alteração do estado de consciência, o Sr. I. foi entubado endotraquealmente. Durante este procedimento existiu a remoção do colar

cervical. Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (2023), não está recomendada a utilização de colar cervical durante a abordagem da via aérea e em pessoas com traumatismo crânioencefálico com sinais de hipertensão intracraniana (por exemplo, descida de  $\geq 2$  pontos na GCS e tríade de Cushing – hipertensão, bradicardia e respiração irregular). A estabilização e alinhamento cervical deve ser realizada de forma manual, como verificado. Ainda de forma a assegurar a via aérea foi realizada entubação orotraqueal, com colocação da sonda em drenagem passiva de forma a minimizar o risco de aspiração (Howard & Steinmann, 2010).

**(B)** Após entubação endotraqueal, o Sr. I. foi conectado a prótese ventilatória. A expansão torácica era simétrica, sem desvio da traqueia, deformações ósseas, crepitações ou hiperressonância. As saturações periféricas de oxigénio (SpO<sub>2</sub>) encontravam-se >95%, com uma concentração inicial de oxigénio de 100% no ventilador. A pressão parcial de dióxido de carbono (PaCO<sub>2</sub>) encontrava-se na ordem dos 35-36 mmHg. Segundo Melo (2023) a hipoxia é uma causa de lesão cerebral secundária e a SpO<sub>2</sub> deve ser >90% mantendo uma PaCO<sub>2</sub> idealmente entre 35-40 mmHg. A hiperventilação apenas deve ser utilizada em casos de herniação cerebral, após correção da hipotensão e hipoxia (Alson et al., 2020).

**(C)** Após monitorização eletrocardiográfica, com um traçado cardíaco rítmico, com uma FC na ordem dos 90 batimentos por minuto, uma PAS >90mmHg e uma PAM >65mmHG, palpei os pulsos periféricos que se encontravam cheios e regulares. TPC<2 segundos. Puncionei no total dois acessos venosos periféricos de calibre 18 Gauge, realizei colheita de sangue para análise e coloquei cloreto de sódio 0,9% em curso. Tais intervenções vão ao encontro do defendido no ITLS (2020), em que se deve puncionar dois acessos venosos do maior calibre possível e iniciar fluidoterapia com soluções cristalóides de forma a prevenir a hipotensão (Alson et al., 2020). A “manutenção de uma PAM > 60mmHg é essencial para preservar a perfusão cerebral e prevenir lesões secundárias” (Melo, 2023, p. 36). De forma a iniciar a sedação e analgesia foram administrados fármacos prescritos para o efeito.

**(D)** Previamente à sedação o Sr. I apresentava o diâmetro da pupila direita (4mm) superior à pupila esquerda (2mm), sendo que a pupila direita se encontrava pouco reativa à estimulação luminosa. Segundo Howard & Steinmann (2010), o aumento da pressão no tronco cerebral, onde tem origem o III par craniano, origina dilatação pupilar unilateral. Corroborando Melo (2023), a avaliação neurológica deve ser realizada antes da administração de sedativos ou bloqueadores neuromusculares, de modo a não inviabilizar a

aplicação da GCS. Posteriormente, já com o Sr. I. sedado e analgesiado, este apresentava um GCS 3, com uma pontuação de -5 na Escala de Agitação e Sedação de Richmond. Segundo Pinho (2020), os objetivos da sedação passam por facilitar a tolerância à VMI, manter a segurança da pessoa (nomeadamente em caso de agitação e mobilização cervical) e reduzir o consumo de oxigénio. Não foi possível avaliar alterações sensitivas ou motoras prévias à sedação. A glicémia capilar era de 148mg/dl.

**(E)** Posteriormente, foi realizada exposição com controlo de temperatura. O Sr. I. apresentava várias escoriações já descritas anteriormente, tendo sido realizada a desinfecção das mesmas. Mantinha a rotação externa do membro inferior esquerdo, mas sem alterações à palpação do pulso femoral, poplíteo e pedioso. Sem hemorragias externas visíveis. O Sr. I. apresentava-se normotérmico, com uma temperatura timpânica de 36°C, sendo o preconizado nesta situação. Como afirma Melo (2023), a hipertermia estimula o metabolismo cerebral e pode ser a causa de aumento da PIC e lesão cerebral secundária. Adicionalmente, neste caso, a hipotermia exacerba a coagulopatia induzida pelo trauma.

Durante a abordagem e avaliação foi mantido o alinhamento cervical e corporal. Segundo Pinho (2020), a cabeça deve estar numa posição neutra, o tronco deve estar elevado entre 30-45° e deve ser evitada a flexão extrema da articulação coxofemoral, com o objetivo de favorecer a drenagem venosa cerebral e otimizar a pressão intracraniana. Tal foi conseguido através do posicionamento do plano da maca na sua totalidade a 30°.

Após avaliação primária, segundo o CABCADE e estabilização da pessoa, realizei o transporte intra-hospitalar, com a colaboração da equipa, para a realização de meios complementares de diagnóstico, onde se confirmou a presença de múltiplos focos de hemorragia subaracnoidea e hematoma do tronco cerebral à direita. Posteriormente o Sr. I. foi transferido para uma Unidade de Neurocríticos.

Perante o descrito anteriormente é possível denotar a importância de uma atuação rápida, eficaz, especializada e multidisciplinar, nas pessoas em situação crítica. Segundo o Parecer N° 14/2018 (2018), a equipa alocada à sala de emergência deve ser detentora de formação especializada, dada a complexidade das pessoas admitidas, respondendo com prontidão e eficiência à pessoa em situação crítica.

Pela exigência normativa (...) o profissional detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que detém o core de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados em contextos de prática clínica de sala de emergência/reanimação (Parecer N° 14/2018, 2018, p. 2).

Desta forma, através da prestação de cuidados na sala de emergência, na grande variabilidade e casuística de pessoas admitidas, aprimorei a competência **cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica** (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363), nomeadamente em situações de emergência, **gerindo os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748). É importante reconhecer que a experiência em SU e nomeadamente na sala de reanimação, me permitiu uma abordagem mais fluída, organizada e sistemática, centrada nos conhecimentos e experiências anteriores (Benner et al., 2011).

Durante a realização de turnos na sala de emergência, foi-me dado a conhecer o guia de integração à mesma. Os enfermeiros que assumem este posto estão sujeitos a um guia com um conjunto de itens que devem ser objetivamente avaliados, garantindo uma prática segura. Durante esta integração são realizadas avaliações intercalares de forma a otimizar o processo de desenvolvimento de competências e o enfermeiro assume-se apto quando atinge o nível de competente (nível três) (Benner, 2001). Segundo o guia do Serviço, esta sala é assegurada por dois enfermeiros, sendo que está preconizado que um dos enfermeiros deve ter competências de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e/ou ser considerado perito (nível cinco) na sua área. Não existe período temporal estipulado para a integração na sala de emergência, sendo o mesmo personalizado ao enfermeiro em integração.

Através do acompanhamento do processo de integração de uma colega à sala de emergência, consegui reconhecer a necessidade de uma supervisão clínica para uma prática segura, apoiada, fundamentada e de qualidade.

O processo de supervisão clínica constitui-se um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, promovendo o desenvolvimento de competências profissionais e pessoais. Este processo torna-se fundamental para a construção crítica e reflexiva da identidade profissional e tem por base a experiência do supervisionado, os seus conhecimentos e projetos pessoais (Regulamento n.º 366/2018, 2018). É importante reconhecer que também eu me encontrei sobre um processo de supervisão durante a realização dos estágios. Segundo o Regulamento n.º 366/2018 (2018), supervisionado é o sujeito que desenvolve competência no âmbito do estágio e/ou processo de integração em contexto clínico.

Corroborando Spínola et al. (2018), o processo de supervisão clínica reflete-se numa relação de partilha, responsabilidade, compromisso e confiança. Durante a realização dos estágios

descritos anteriormente, partilhei experiências de cuidados e conhecimentos e utilizei a experiência para priorização dos cuidados, com recurso à estratégia reflexiva e capacidade de autoavaliação. O acompanhamento dos Enfermeiros Orientadores constituiu-se um fator chave no meu processo de aquisição e desenvolvimento de competências, no assumir progressivo de responsabilidade pela prática e na garantia da qualidade e segurança dos cuidados (Rocha et al., 2015). Perante o descrito anteriormente desenvolvi a competência **“detém conhecimento de si enquanto pessoa e enfermeiro”**, responsabilizando-me por ser **“fator facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho”** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

Por fim, e de forma a explorar a gestão de recursos e a competência de liderança, realizei turnos com a Enfermeira Chefe da equipa onde estava inserida. A exigência de dar resposta a múltiplos processos de tomada de decisão, de forma célere e eficiente e a gestão adequada de recursos e conflitos foram constatadas diariamente.

O enfermeiro chefe de equipa deve ter uma relação de confiança com os elementos da sua equipa, conhecendo as suas capacidades e potenciando-as. Concomitantemente, deve criar um ambiente de trabalho onde as pessoas se sintam motivadas, compreendidas, aceites e confortáveis, de modo a enfrentar os desafios constantes existentes no SU e expor dúvidas ou dificuldades sempre que estas existam (Alves et al., 2010). Tais características foram observadas na chefia de equipa, quer na alocação de pessoas aos postos para os quais têm capacidade, conhecimento e competência (como a sala de emergência), quer pelo apoio prestado aos elementos mais novos. Este apoio, consideração e conhecimento dos seus elementos integra a característica de mentora, imprescindível à chefia de equipa. Segundo Pires et al. (2023), o mentor está ciente das necessidades individuais, buscando facilitar o desenvolvimento dos seus elementos, através da escuta ativa e justiça.

Outra característica fundamental num chefe de equipa é a liderança. Esta depende de características pessoais, da experiência, capacidade para aprender e conhecimento dos seus elementos e necessidades. Ao assumir um papel de líder da equipa, a Enfermeira chefe de equipa tinha uma posição de influência na mesma, promovendo o desenvolvimento coletivo, a coesão e espírito de grupo (Pires et al., 2023). Adicionalmente, a enfermeira chefe de equipa assumia ainda um papel de conciliador, mediando diversos conflitos.

A capacidade para a tomada de decisão e gestão eficaz de pessoas e recursos foi um dos achados que mais denotei durante a realização do estágio. Fazendo parte de uma ULS com

múltiplas transferências inter-hospitalares, a gestão eficaz de recursos foi impreterível para manter a qualidade dos cuidados nos transportes e assegurar a qualidade e segurança dos cuidados às pessoas que permanecem no SU. Tal atuação vai ao encontro do defendido por André (2022), visto que um líder antecipa, avalia e mitiga riscos, é capaz de solucionar problemas e adaptar os seus elementos às necessidades do serviço.

O acompanhamento da Enfermeira chefe de equipa constituiu-se um processo de ensino-aprendizagem no desenvolvimento da liderança. Corroborando André (2022), o desenvolvimento da liderança passa pela formação, através de um processo contínuo de aprendizagem e aperfeiçoamento. Por diversas ocasiões, a chefe de equipa integrou-me no processo de tomada de decisão, tomando consciência da complexidade e finalidade da mesma. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na sua prática avançada, deve assim perceber as suas competências de liderança, a sua importância e o seu contributo para os cuidados e gestão da equipa (Pires et al., 2023).

Desta forma, considero que esta experiência me permitiu desenvolver a competência **“gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a sua articulação na equipa de saúde”** e **“adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade de cuidados”** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

Durante a realização do estágio em SUP tive a oportunidade de participar no II Congresso Internacional em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica” (ANEXO III).

Com a realização do estágio em Serviço de Urgência Polivalente consegui aprimorar a abordagem à pessoa em situação crítica, através de uma participação ativa nos cuidados. A capacidade de transpor a experiência e a evidência científica para a prática, tornou-se uma mais-valia na prestação dos cuidados. O processo de supervisão constituiu-se fluído e de cooperação, integrando a equipa e participando nos processos de tomada de decisão, nunca esquecendo o meu papel de estudante. Adicionalmente, consegui desenvolver competências no que respeita à gestão de recursos e trabalho em equipa, enfatizando o exemplo de liderança observado.

No capítulo seguinte, intitulado “Considerações Finais”, irei apresentar o encontro entre os objetivos propostos e as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do meu percurso académico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Florence Nightingale definiu Enfermagem como a ciência e arte de cuidar da pessoa (Howard & Steinmann, 2010). Como ciência, é esperado que o enfermeiro assuma uma prática baseada na evidência, contribuindo para a profissão através da investigação, o que se traduz num aperfeiçoamento do conhecimento e uma melhoria da qualidade dos cuidados. Adicionalmente, como arte, o Enfermeiro cuida da pessoa numa perspetiva holística, atendendo às suas necessidades, aos seus medos, esperanças e planos para o futuro. A arte de enfermagem como humanização dos cuidados (Costa & Gonçalves, 2021).

Atualmente tem-se assistido a uma exigência e complexidade de cuidados progressiva, consequência do envelhecimento populacional e do desafio das biotecnologias (Pinho, 2020). Também a enfermagem tem evoluído no sentido de responder às progressivas necessidades de cuidados e dos diferentes contextos, assumindo uma complexidade crescente de conhecimentos e práticas (Regulamento n.º 613/2022, 2022).

Nesta linha de pensamento e tendo como finalidade uma formação específica, uma prática baseada na evidência, o desenvolvimento de competências na área de enfermagem à pessoa em situação crítica e a melhoria da qualidade dos cuidados, senti necessidade de ingressar no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica visam responder às necessidades da pessoa/família alvo dos cuidados, prevenindo complicações, estabilizando e recuperando pessoas em situação crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Tendo por base a minha experiência em SU e de forma a ampliar os meus conhecimentos e experiências na área selecionada, optei por estagiar numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, no *Accident and Emergency Department* de um centro de Trauma Polivalente em Londres e num Serviço de Urgência Polivalente. Assim, foi definido como objetivo geral dos estágios “Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família”.

O espírito de questionamento crítico, a curiosidade intelectual e a necessidade de investir nesta área do saber e de atuação permitiram que este percurso académico se tornasse uma mais-valia para a minha prática profissional. A disponibilidade e conhecimentos da equipa que acompanhou o meu percurso permitiu-me não só desenvolver competências técnicas e científicas, mas humanizar os cuidados prestados. Adicionalmente, a experiência em

Urgência Geral Polivalente permitiu-me prevenir complicações, priorizar cuidados e comparar situações, o que contribuiu para uma eficácia nos cuidados prestados (Benner et al., 2011). Em todos os locais de estágio surgiu a oportunidade de contactar com a pessoa em situação crítica e, mais especificamente com a pessoa vítima de trauma. O trauma surge como um gosto pessoal adquirido ao longo da experiência e da necessidade premente de formação numa área tão atual e com tantas consequências para a pessoa, família e sociedade.

Portugal ocupa os primeiros lugares da Europa nas taxas de mortalidade imputada ao Trauma (Parreira et al., 2017). Está associado a uma diminuição da qualidade de vida e incapacidade temporária ou definitiva, implicando reajustes na vida das pessoas e famílias (Coimbra & Coimbra, 2020). A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica tem uma influência substancial na abordagem à pessoa e sua família.

Ao longo dos estágios realizados adquiri, desenvolvi e aprimorei competências na área da pessoa em situação crítica, dando resposta aos objetivos específicos formulados para cada local de estágio. Na UCIP tive oportunidade de desenvolver conhecimentos na área da pessoa em situação crítica, contribuindo para a diminuição do terceiro pico de mortalidade associado ao trauma. Concomitantemente orientei projetos institucionais na área da qualidade e melhoria contínua e desempenhei uma função dinâmica na prevenção e controlo de infeção em ambiente Hospitalar. No *Accident and Emergency Department* em Londres tive oportunidade de conhecer outras dinâmicas organizacionais e de resposta ao trauma, contactar com outra realidade de cuidados e identificar fatores capazes de responder à problemática de *overcrowding* dos SU. Adicionalmente, tive a oportunidade de apresentar os ganhos e conhecimentos obtidos durante a realização deste estágio à chefia do meu local laboral. Por fim, em contexto de SUP fui capaz de aprimorar a resposta à pessoa em situação crítica, nomeadamente em situações de emergência e de identificar estratégias de supervisão clínica e liderança. Em todos os contextos sustentei a minha *praxis* clínica especializada em evidencia científica e conhecimento adquirido pela experiência, agindo com um fator facilitador nos processos de transição da pessoa e sua família (Meleis et al., 2000).

A aprendizagem é um processo que decorre ao longo de toda a vida e cabe aos profissionais terem um processo ativo na sua procura. Creio ter cumprido os objetivos a que me propus desde o início deste percurso académico, desenvolvendo competências que me permitem cuidar da pessoa em situação crítica e adquirir o grau académico de Mestre e título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdelrahman, H., El-Menyar, A., Al-Thani, H., Consunji, R., Zarour, A., Peralta, R., Parchani, A., & Latifi, R. (2014). Time-Based Trauma-Related Mortality Patterns in a Newly Created Trauma System. *World Journal of Surgery*, 38(11), 2804–2812. <https://doi.org/10.1007/s00268-014-2705-x>
- Abiven, M. (2001). *Para uma morte mais humana: Experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos* (2ª edição). LUSOCIÊNCIA.
- ACSS. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. 41.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Almeida Ventura-Silva, J. M., Ferreira Pereira Da Silva Martins, M. M., De Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Alson, R., Han, K., & Campbell, J. (2020). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers* (9ª edição). Pearson.
- Alves, J. A. D. C., Ribeiro, C., & Campos, S. (2010). Liderança e enfermagem: Estudo realizado com enfermeiros chefes e especialistas. *Gestão e Desenvolvimento*, 51-71 Páginas. <https://doi.org/10.7559/GESTAOEDESENVOLVIMENTO.2010.129>
- Amaral, G., & Figueiredo, A. S. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: Uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, V(5). <https://www.redalyc.org/journal/3882/388266931004/html/>
- American College of Surgeons – The Committee on Trauma. (2018). *ATLS - Advanced Trauma Life Support* (10ª edição).
- André, M. L. S. (2022). *Liderança Clínica em Enfermagem, dos Enfermeiros em Formação Avançada* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito—Excelência e Porder na Prática Clínica de Enfermagem* (Quarteto Editora). <https://pt.scribd.com/document/374182193/De-Iniciado-a-Perito>

- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Sabedoria Clínica e Intervenções em Cuidados Agudos e Críticos—Uma abordagem de pensamento em ação* (2ª edição). Springer Publishing Company.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice 2: Caring, Clinical Judgment, and Ethics* (2ª edição). Springer Publishing Company.
- Carvalho, A. (2019). *Sobrelotação do Serviço de Urgência: Estratégias de Redução* [Dissertação de Mestrado]. Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde.
- Cassini, A., Högberg, L. D., Plachouras, D., Quattrocchi, A., Hoxha, A., Simonsen, G. S., Colomb-Cotinat, M., Kretzschmar, M. E., Devleeschauwer, B., Cecchini, M., Ouakrim, D. A., Oliveira, T. C., Struelens, M. J., Suetens, C., Monnet, D. L., Strauss, R., Mertens, K., Struyf, T., Catry, B., ... Hopkins, S. (2019). Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: A population-level modelling analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 19(1), 56–66. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30605-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30605-4)
- Coimbra, N., & Coimbra, P. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos: Capítulo 21—Trauma*. Lidel.
- Costa, M., & Gonçalves, D. C. (2021). *O Equilíbrio entre a Arte do Cuidar e a Enfermagem como Ciência: Uma Perspetiva Histórica*. 2.
- Costa, S. M. (2016). *A importância das experiências internacionais para a empregabilidade e sucesso profissional* [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Economia.
- Cruz, M. do C. (2019). *Triagem realizada por Enfermeiros no serviço de urgência pediátria: Fatores que influenciam a satisfação dos pais* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viseu.
- Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem—Do problema aos fundamentos para o agir* (EDIÇÕES ALMEDINA).
- Despacho n.º 10319/2014. (2014). Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). *Diário da República*, 20673–20678. Série II.
- Despacho n.º 13427/2015. (2015). Rede de Referenciação de Urgência/Emergência. *Diário da República*, 33814–33816. Série II.
- DGS. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2022). *Via Verde do Trauma no Adulto*. 37.

- Eichinger, M., Robb, H. D. P., Scurr, C., Tucker, H., Heschl, S., & Peck, G. (2021). Challenges in the PREHOSPITAL emergency management of geriatric trauma patients – a scoping review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00922-1>
- Ferrito, C., Pontífice, P., & Charepe, Z. (2023). *Guia da Unidade Curricular—"Estágio Final e Relatório"*.
- Freixo, P., Pereira, R., & Costa, N. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos: Capítulo 25—O doente em fim de vida*. Lidel.
- Fryman, L., & Murray, L. (2007). Managing Acute Head Trauma in a Crowded Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 33(3), 208–213. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2006.11.014>
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *STOP Infecção Hospitalar! Um desafio Gulbenkian*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Grupo Português de Triagem. (2011). *O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER E AS VIAS VERDES - Princípios aplicáveis, Integração e Compatibilização de Metodologias de Trabalho*.
- Grupo Português de Triagem. (2021). *Protocolo Triagem de Manchester*. Grupo Português de Triagem. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Guimarães, M., & Silva, L. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Gunst, M., Ghaemmaghami, V., Gruszecki, A., Urban, J., Frankel, H., & Shafí, S. (2010). Changing epidemiology of trauma deaths leads to a bimodal distribution. *Proceedings (Baylor University Medical Center)*, 23(4), 349–354.
- Howard, P. K., & Steinmann, R. A. (2010). *Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática* (6ª edição). LUSOCIÊNCIA.
- INEM. (2023). Restrição de movimentos de coluna na vítima com suspeita de traumatismo vertebro-medular. *Orientação Técnica nº 028-01.DEM*, 16.
- James, B., Kenji, I., Morgan, S., Daniel, G., Aaron, S., Kazuhide, M., Damon, C., Niquelle, B., & Demetrios, D. (2018). The contemporary timing of trauma deaths. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 898–899.

- Laskowski-Jones, L. (2006). Responding to Trauma: Your priorities in the first hour. *Nursing*, 36(9). www.nursing2006.com
- Lei n.º 15/2014. (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República*, 2127–2131. Série I.
- Lucas, T. (2017). *Intervenção Especializada de Enfermagem à Pessoa Vítima de trauma: Da embarcação à unidade hospitalar* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.26/21144>
- Machado, B. P. (2019). *Conhecimento em Enfermagem Forense dos Estudantes de Enfermagem: Um Estudo Exploratório* [Mestrado Medicina Legal]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Maia, Â., Sendas, S., Lopes, R., & Mendes, J. M. (2016). A eficácia das estratégias de coping após um evento traumático: Uma revisão sistemática. *e-cadernos CES*, 25. <https://doi.org/10.4000/eces.2058>
- Marques, A. F. A. (2021). *EQUIPA DE EMERGÊNCIA MÉDICA INTRA HOSPITALAR* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Martin, S., Raup, G. H., Cravens, G., & Arena-Marshall, C. (2009). Management of Embedded Foreign Body: Penetrating Stab Wound to the Head. *Journal of Trauma Nursing*, 16(2).
- Maschmann, C., Jeppesen, E., Rubin, M. A., & Barfod, C. (2019). New clinical guidelines on the spinal stabilisation of adult trauma patients – consensus and evidence based. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0655-x>
- Matos, A. (2022). *Sobrelotação do Serviço de Urgência do Hospital Garcia de Orta— Razões, Consequências, Perfil dos utentes e Proposta de Soluções* [Dissertação de Mestrado]. ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Pub. Co.
- Meleis, A. I., LM, S., E, I., DKH, M., & K, S. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Melo, M. (2023). *Traumatismo Crânio-Encefálico: Intervenção do Enfermeiro em Contexto de Emergência* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Setúbal.

- Monteiro, S. (2023). *Aprendizagem Através da Experiência de Cuidar a Pessoa em Situação Emergente* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. <http://hdl.handle.net/10400.26/46266>
- Nasr, A., Saavedra Tomasich, F., Collaço, I., Abreu, P., Namias, N., & Marttos, A. (Eds.). (2020). *The Trauma Golden Hour: A Practical Guide*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-26443-7>
- Nicolau, C. V. V. (2013). *CONFORTO DOS DOENTES EM FIM DE VIDA EM CONTEXTO HOSPITALAR* [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Lisboa- Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análise de Casos*. 457.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros).
- Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Tranporte de Doentes Críticos Adultos—Recomendações*.
- Pan, Y., Zhu, H., & Hou, L. (2022). Epidemiological analysis and emergency nursing care of oral and craniomaxillofacial trauma: A narrative review. *Annals of Palliative Medicine*, 11(4), 1518–1525. <https://doi.org/10.21037/apm-21-2995>
- Parecer N° 14/2018. (2018). Alocação Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Na Sala De Reanimação – Posto De Trabalho Nos Serviços De Urgência / Emergência. *Ordem dos Enfermeiros*, 3.
- Parecer N° 15/2018. (2018). Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. *Ordem dos Enfermeiros*, 4.
- Parreira, J. G., Rondini, G. Z., Below, C., Tanaka, G. O., Pelluchi, J. N., Arantes-Perlingeiro, J., Soldá, S. C., & Assef, J. C. (2017). Relação entre o mecanismo de trauma e lesões diagnosticadas em vítimas de trauma fechado. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 44, 340–347. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017004007>
- Pereira, P. M., & Melo, R. B. (2012). *Manual de Urgências e Emergências: Capítulo 42—Abordagem Geral do Politraumatizado* (2ª edição). Lidel.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Lusoditacta.
- Picetti, E., Rossi, S., Abu-Zidan, F. M., Ansaloni, L., Armonda, R., Baiocchi, G. L., Bala, M., Balogh, Z. J., Berardino, M., Biffi, W. L., Bouzat, P., Buki, A., Ceresoli, M.,

- Chesnut, R. M., Chiara, O., Citerio, G., Coccolini, F., Coimbra, R., Di Saverio, S., ... Catena, F. (2019). WSES consensus conference guidelines: Monitoring and management of severe adult traumatic brain injury patients with polytrauma in the first 24 hours. *World Journal of Emergency Surgery*, 14(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0270-1>
- Pina, E., Ferreira, E., & Uva, M. (2019). *Segurança do paciente: Conhecendo os riscos nas organizações—Capítulo 7: Infecções associadas aos cuidados de saúde* (2ª edição). FIOCRUZ.
- Pina, S., Canellas, M., Prazeres, R., Lopes, J., Marcelino, T., Reis, D., & Ferrito, C. (2020). Augmentative and Alternative Communication in Ventilated Patients: A Scoping Review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), e20190562. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0562>
- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lidel.
- Pires, M. F. S., Lopes, R. S., Caetano, C. S. F., Mota, L. A. N. D., & Ferreira, F. M. P. B. (2023). Competências de Liderança do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(6), 6. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0721pt>
- Polovitch, S., Muertos, K., Burns, A., Czerwinski, A., Flemmer, K., & Rabon, S. (2019). Trauma Nurse Leads in a Level I Trauma Center: Roles, Responsibilities, and Trauma Performance Improvement Outcomes. *Journal of Trauma Nursing*, 26(2), 99–103. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000431>
- PORDATA, A. (2023). *Acidentes de viação em Portugal Continental: Acidentes com vítimas, feridos e mortos*. <https://www.pordata.pt/portugal/acidentes%20de%20viacao%20em%20portugal%20continental%20acidentes%20com%20vitas%20%20feridos%20e%20mortos-326>
- Rabiais, I. (2016). *A centralidade do estudante na aprendizagem do cuidado: A natureza da interação no processo de cuidar*. Novas Edições Académicas.
- Rego, A., & Coelho, P. (2017). Organizar a prestação de cuidados por “enfermeiro de referência” promove a qualidade. *Servir*, 59(5–6), Artigo 5–6. <https://doi.org/10.48492/servir025-6.23469>

- Regulamento n.º 124/2011. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 8656–8657. Série II.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 4744–4750. Série II.
- Regulamento n.º 366/2018. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. *Diário da República*, 16656–16663. Série II.
- Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica: Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação. *Diário da República*, 19359–19366. Série II.
- Regulamento n.º 613/2022. (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. *Diário da República*, 179–182. Série II.
- Regulamento n.º 743/2019. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 128–155. Série II.
- Rocha, A. C., Santos, M. R., & Cruz, S. (2015). *Supervisão clínica em enfermagem: Estratégia potenciadora da excelência dos cuidados*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Rodrigues, S. V., Vieira, M., Charepe, Z., & Capelas, M. L. (2012). Aprendizagem dos Enfermeiros ao longo da vida Adaptação e validação da Escala de Jefferson. *Cadernos de Saúde, Vol. 5(N.º 1 e 2)*, 71–77.
- Sá, P., & Paixão, F. (2013). Contributos para a clarificação do conceito de competência numa perspetiva integrada e sistémica. *Revista Portuguesa de Educação*, 26(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.21814/rpe.2985>
- Silva, L. D. C., & Brito, L. L. (2015). Manipulação de drenos mediastinais e pleurais: Existe evidência científica? *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750*, 6(1), 86–102. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v6i1.236>
- Spínola, A., Paz, A., Esparteiro, M. J., & Coelho, T. (2018). SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM: UMA ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO. *Revista da UIIPS - Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, VI(2), 95–101.

- Stewart, D. J. (2014). Blunt Chest Trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 21(6), 282–284.  
<https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000079>
- Thompson, L., Hill, M., & Shaw, G. (2019). Defining major trauma: A literature review. *British Paramedic Journal*, 4(1), 22–30.  
<https://doi.org/10.29045/14784726.2019.06.4.1.22>
- Wacht, S., Salottolo, K., Atnip, A., Hooks, M., Bailie, M., & Carrick, M. (2018). Heads Up: Describing and Implementing a Time-Saving Head Strike Protocol at a Level II Trauma Center. *Journal of Trauma Nursing*, 25(2), 104–109.  
<https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000353>
- Wolf, L. (2009). When Trauma Walks Into Triage. *Journal of Emergency Nursing*, 35(4), 389–391. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.03.006>
- Zhang, M., He, Q., Wang, Y., Pang, S., Wang, W., Wang, D., Shi, P., Zhao, W., & Luan, X. (2019). Combined penetrating trauma of the head, neck, chest, abdomen and scrotum caused by falling from a high altitude: A case report and literature review. *International Emergency Nursing*, 44, 1–7.  
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.01.001>

# APÊNDICES

**APÊNDICE I** - Revisão da Literatura – Intervenções de Enfermagem à pessoa vítima de trauma no Serviço de Urgência: uma *Scoping Review*

# Intervenções de Enfermagem à pessoa vítima de trauma no Serviço de Urgência: uma *Scoping Review*

## Autores

Beatriz Rôlo<sup>1</sup>, Melissa Matos<sup>2</sup>, Nuno Gonçalves<sup>3</sup> e Isabel Rabiais<sup>4</sup>

1 Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP. Lisboa, Portugal. Enfermeira no Hospital Garcia de Orta, Serviço de Urgência Geral. Almada, Portugal.

2 Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP. Lisboa, Portugal. Enfermeira no Hospital Garcia de Orta, Serviço de Urgência Geral. Almada, Portugal.

3 Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP. Lisboa, Portugal. Enfermeiro no Hospital Garcia de Orta, Serviço de Urgência Geral. Almada, Portugal.

4 Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde Atlântica; Professora Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

## Resumo

**Objetivo:** Mapear as intervenções de enfermagem à pessoa vítima de trauma no serviço de urgência.

**Introdução:** O trauma é uma doença resultante da troca de energia entre o meio ambiente e o corpo, provocando diversas lesões nos diferentes sistemas e órgãos (Parreira et al., 2017). Em Portugal a sinistralidade e a taxa de mortalidade imputada ao trauma são das maiores da Europa (DGS, 2022). Desta forma, é exigido que os enfermeiros adotem uma abordagem organizada na avaliação inicial da vítima, salientando a importância da tomada de decisão e da abordagem sistematizada, com o propósito de melhorar estes resultados.

**Métodos:** Foi realizada uma *scoping review* segundo o método *Joanna Briggs Institute*. Foram identificados 231 artigos, com idiomas em português, inglês e espanhol, pesquisados nas bases de dados *EBSCO* e *PubMed*, no mês de agosto de 2023. Por sua vez, 211 foram excluídos pelo título e resumo. Após leitura integral do texto foram selecionados 15 artigos, publicados entre 2006-2023.

**Resultados:** Os resultados analisados foram agrupados em 2 categorias (intervenções autônomas e interdependentes) e 4 subcategorias de abordagem à pessoa vítima de trauma no serviço de urgência (triagem, avaliação primária, avaliação secundária e cuidados gerais), perfazendo um total de 56 intervenções autônomas de enfermagem e 20 intervenções interdependentes.

**Conclusão:** A abordagem ao trauma no SU assume-se complexa e diversificada ao longo das várias fases de cuidados. Os enfermeiros assumem um papel central, desempenhando uma miríade de intervenções, autônomas e interdependentes, que visam responder às necessidades individuais de cada pessoa e família.

## Introdução

O trauma é uma doença resultante da troca de energia entre o meio ambiente e o corpo, provocando diversas lesões nos diferentes sistemas e órgãos (Parreira et al., 2017). De forma global, a lesão adquirida através de elementos externos resulta numa importante mortalidade, morbidade, incapacidade e perda de qualidade de vida, constituindo assim um importante problema de saúde pública.

Em Portugal a sinistralidade e a taxa de mortalidade imputada ao trauma são das maiores da Europa (DGS, 2022). Os acidentes de viação representam a principal causa de morte por lesão em todo o mundo e a nível europeu (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2013). Em 2021, os acidentes, envenenamentos e a violência representaram a 5ª causa de morte em Portugal (DGS/MS, INE, PORDATA, 2023) e a maioria dos indivíduos vítimas de acidentes são jovens e encontram-se em idade ativa, o que agrava o impacto social do trauma. Para diminuir estes números é necessário tomar um conjunto de medidas de segurança, maior vigilância, outras formas de prevenção de trauma e promover a melhoria da qualidade no atendimento à pessoa vítima de trauma.

Tendo em consideração as elevadas taxas de mortalidade e morbidade associadas ao trauma, é exigido que os profissionais de saúde adotem uma abordagem organizada na avaliação inicial da vítima, salientando a importância da tomada de decisão e da abordagem sistematizada, com o propósito de melhorar estes resultados (Marsden & Tuma, 2021). A identificação precoce de lesões e a reanimação adequada serve de base ao conceito *golden hour* e a sua compreensão é fundamental para que o doente seja abordado de uma forma eficaz. É este o conceito que está por detrás da metodologia *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*, desenvolvida inicialmente pelo *American College of Surgeons* e o *Committee on Trauma*, e hoje aceite e implementada na grande maioria dos centros de trauma que se dedicam ao tratamento de doentes vítimas de trauma em todo o mundo.

O número de mortes precoces pode ser diminuído com o desenvolvimento de sistemas de trauma que permitam que os doentes sejam tratados de uma forma adequada mais precocemente. Uma melhor compreensão da fisiopatologia da falência multiorgânica, dos fatores promotores de intercorrências infecciosas e de outras complicações, é fundamental para a prevenção de mortes tardias por trauma (Pedro Pereira & Renato Melo, 2019).

Para o sucesso do tratamento é necessária uma adequada articulação entre os múltiplos serviços envolvidos nomeadamente a sala de emergência ou trauma, bloco operatório, unidade de cuidados intensivos, serviços de internamento e serviços de reabilitação para que os recursos sejam otimizados (Pedro Pereira & Renato Melo, 2019).

Desta forma, a formação especializada torna-se fundamental, em que o tempo e a qualidade da atuação são essenciais para melhorar a qualidade do atendimento à pessoa em situação crítica e respetiva família.

Pelo exposto, justifica-se mapear as intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes no cuidado à pessoa vítima de trauma no serviço de Urgência.

### **Questão de revisão**

Com o intuito de sistematizar as intervenções de enfermagem à pessoa vítima de trauma levou-se a cabo uma pesquisa bibliográfica de acordo com os princípios metodológicos de uma *scoping review*.

Tendo por base a análise teórica deste projeto, elaborou-se a seguinte questão de revisão: Quais são as intervenções de enfermagem à pessoa vítima de trauma no Serviço de Urgência?

### **Palavras-Chave**

Adulto; Enfermagem; Intervenções; Trauma; Urgência

### **Critérios de inclusão**

Para melhor compreender os dados e para perceber qual a melhor forma de os mapear, revela-se importante o uso da estratégia PCC (População, Conceito, Contexto) (*Joanna Briggs Institute*, 2015).

## População

Para a realização desta revisão definiu-se como População a pessoa vítima de trauma. Entende-se esta, como o indivíduo com idade igual ou superior a 19 anos. Indivíduos com idade inferior a 19 anos não foram incluídos no estudo.

## Conceito

Definiu-se como Conceito as intervenções de enfermagem. Estas incluem intervenções autónomas e interdependentes, realizadas por enfermeiros de cuidados gerais e especialistas. Entende-se como intervenções autónomas, “as intervenções realizadas pelos enfermeiros, sob a sua única e exclusiva decisão e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, nos diferentes domínios de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2022, p.181). Por sua vez, as intervenções interdependentes assumem-se como “intervenções dos enfermeiros realizadas de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros profissionais, para atingir um objetivo comum” (Ordem dos Enfermeiros, 2022, p.181).

## Contexto

No que respeita ao Contexto central definiu-se o Serviço de Urgência. De forma a alcançar os objetivos desta *scoping review*, entendeu-se incluir neste contexto não só estudos que abordam o Serviço de Urgência, como também todos os estudos que apesar de não o terem como contexto central estendem o seu plano de intervenções à abordagem inicial neste. Cumulativamente, decidiu-se incluir todas as tipologias de Serviço de Urgência, independentemente do seu grau de diferenciação técnica.

## Métodos

A presente *scoping review* foi realizada de acordo com a metodologia *Joanna Briggs Institute*. Este método de investigação permite mapear os conceitos-chave que sustentam um campo de pesquisa, bem como, identificar lacunas na evidência existente e esclarecer definições de trabalho e/ou os limites conceptuais acerca de um tema, sendo bastante útil

para analisar evidências emergentes sobre as quais ainda não há muita informação (*Arksey & O'Malley, 2005, como referido por Peters, Godfrey, McInerney, Munn, Tricco, & Khalil, 2020*). Assim, e no que diz respeito à enfermagem, este método é uma mais-valia para os enfermeiros uma vez que, reúne o conhecimento científico disponível num único documento, permitindo que os profissionais tenham um saber fundamentado e uniforme, essencial para que realizem a sua prática clínica com qualidade.

### **Estratégia de pesquisa**

A estratégia de pesquisa incluiu estudos publicados e não publicados. Inicialmente, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *MEDLINE (PubMed)*, *CINAHL*, *Cochrane* e *JBIEvidence Synthesis* de forma a identificar artigos sobre o tópico de pesquisa. Posteriormente, as palavras apresentadas nos títulos e resumos dos artigos relevantes e os termos de indexação foram utilizados para uma pesquisa completa na plataforma *EBSCO* e base de dados *Pubmed*.

Nesta revisão foram incluídos estudos publicados em português, inglês e espanhol. Numa fase inicial não existiram restrições temporais na seleção de artigos. Posteriormente foi incluído um limite temporal entre 2006-2023, de forma a valorizar a evidência mais atual.

Os descritores utilizados na pesquisa foram na língua inglesa conjugados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*, como poderemos constatar no quadro a seguir, consoante a pesquisa efetuada na *PubMed* e na *EBSCO*.

**Tabela 1** – Descritores e sinónimos utilizados na pesquisa nas bases de dados

População	Conceito	Contexto
	“Trauma Nursing” (90)	
	“Nursing Team” (215)	
	“Nursing” (3565)	
“Adult Trauma Patient” (3266) OR	“Nurse’s Role” (50)	“Emergency Service” (774)
	“Nurses” (712)	AN “Trauma Centers” (56)
AND	“Nursing Assessment” (1027)	D “Ressuscitation Room” (22)
“Adult Trauma Population” (853);	“Nursing Specialities” (185)	“Emergency Department” (2465)
	“Patient Care” (10117)	
	“Patient Positioning” (99)	
	“Nursing Interventions (2735)	

**Tabela 2** – Número de resultados encontrados na pesquisa na base de dados *PubMed*

População	Conceito	Contexto
3666 artigos	AND 12 583 artigos	AND 2608 artigos

**Tabela 3** – Número de resultados encontrados na pesquisa na base de dados *EBSCO*

População	Conceito	Contexto
245 artigos	AND 875 artigos	AND 80 artigos

No sentido de orientar o processo de seleção dos artigos científicos, foram aplicados critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Estes encontram-se descritos na Tabela 4.

**Tabela 4 – Critérios de inclusão e de exclusão**

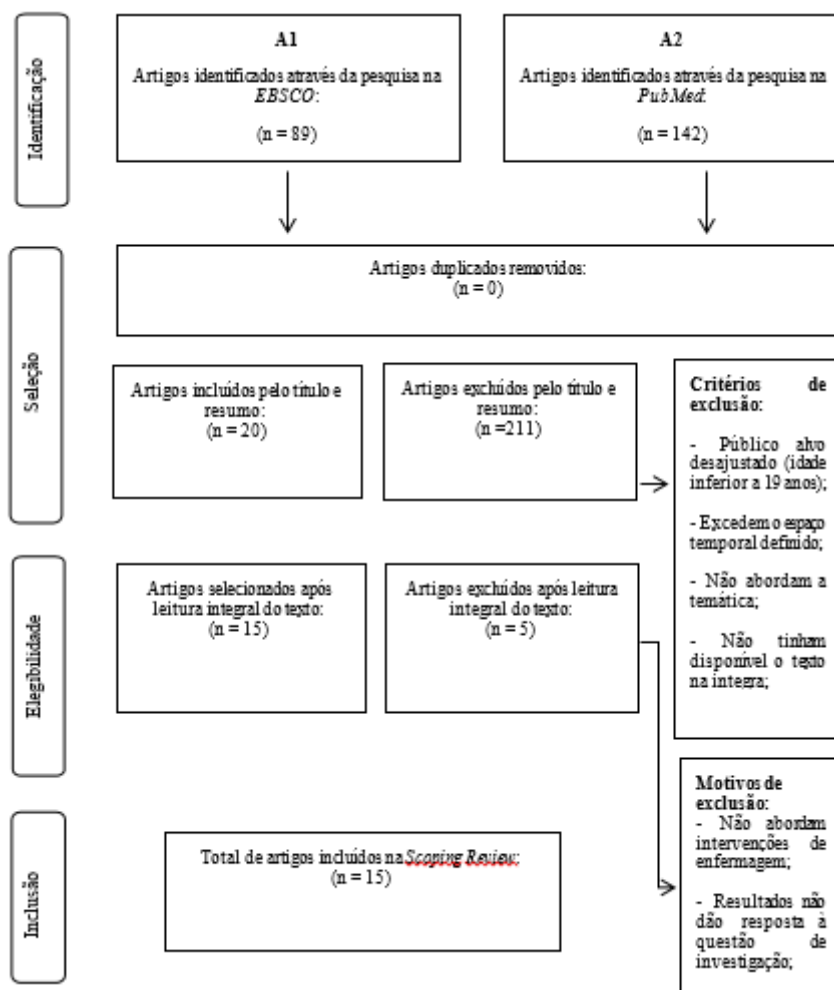
<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>Critérios de Exclusão</b>
Estudos que respondam à questão de revisão;	Estudos realizados em pessoas com idade inferior a 19 anos;
Estudos publicados e indexados nas referidas bases de dados;	Estudos que não contemplem intervenções de enfermagem;
Estudos gratuitos, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol;	Estudos dedicados somente às intervenções no pré-hospitalar;

### **Seleção de evidência científica**

No seguimento da pesquisa, todas as referências bibliográficas foram recolhidas e tratadas através do *Zotero* 6.0.27 (5 de setembro de 2023), tendo sido removidos os artigos duplicados. Após a remoção dos mesmos, todos os artigos foram inseridos no *Rayyan* (*Qatar Computing Research Institute, Doha, Qatar*).

De forma a assegurar o cumprimento dos critérios estabelecidos para a revisão, os títulos e resumos foram verificados por três revisores independentes. De seguida, tendo em conta os critérios de inclusão, o texto completo dos artigos selecionados foi analisado em detalhe. O resultado da pesquisa e do processo de inclusão dos estudos será apresentado no diagrama *PRISMA-ScR* (*Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses extension for scoping review*).

**Figura 1** – Diagrama PRISMA



### Extração de dados

A extração de dados dos artigos incluídos foi realizada por três revisores independentes, com apoio de um quarto revisor para solucionar alguma divergência.

Foi utilizado um instrumento que agrupa detalhes específicos sobre a população, o conceito, o contexto e os métodos de investigação relevantes para a questão e o objetivo declarado desta *scoping review*, como indicado pela metodologia Joanna Briggs Institute demonstrado na tabela seguinte.

**Tabela 5** – Instrumento de extração de dados

<b>Detalhes da Scoping Review</b>	
Título da revisão	Intervenções de Enfermagem à pessoa vítima de trauma no Serviço de Urgência: uma <i>scoping review</i>
Objetivo da revisão	Mapear as intervenções de enfermagem à pessoa vítima de trauma no serviço de urgência.
Questão de revisão	Quais são as intervenções de enfermagem à pessoa vítima de trauma no serviço de urgência?
<b>Critérios de Inclusão</b>	
População	Pessoas vítimas de trauma (com idade igual ou superior a 19 anos).
Conceito	Intervenções de enfermagem (autónomas e interdependentes).
Contexto	Serviço de Urgência Geral.
Tipo de fontes	Estudos quantitativos, qualitativos ou mistos. Revisões sistemáticas e literatura cinzenta.

Na tabela seguinte (Tabela 6) encontram-se os 15 artigos seleccionados.

**Tabela 6** – Artigos seleccionados para análise

<b>Códigos de Identificação</b>	<b>Base de Dados</b>	<b>Título</b>	<b>Autores e Ano</b>
1	EBSCO	<i>Responding to Trauma: Your priorities in the first hour</i>	Laskowski-Jones, L., (2006)
2	EBSCO	<i>Managing Acute Head Trauma in a Crowded Emergency Department</i>	Fryman, L., Murray, L., (2007)
3	EBSCO	<i>Management of Embedded Foreign Body: Penetrating Stab Wound to the Head</i>	Martin, S., Raup, G., Cravens, G., & Arena-Marshall, C., (2009)

4	EBSCO	<i>When Trauma walks into triage</i>	<i>Wolf, L., (2009)</i>
5	EBSCO	<i>Multicenter prospective validation of use of the Canadian C-Spine Rule by triage nurses in the emergency department</i>	<i>Stiell, I., Clement, C., O'Connor, A., Davies, B., Leclair, C., &amp; Sheehan, Pamela., (2010)</i>
6	EBSCO	<i>Blunt Chest Trauma</i>	<i>Stewart, D., (2014)</i>
7	EBSCO	<i>Nursing Intuition as an Assessment Tool in Predicting Severity of Injury in Trauma Patients</i>	<i>Cork, L., (2014)</i>
8	EBSCO	<i>Delta Alerts: Changing Outcomes in Geriatric Trauma</i>	<i>Wiles, L., Day, M., &amp; Harris, L., (2016)</i>
9	EBSCO	<i>Heads Up: Describing and Implementing a Time-Saving Head Strike Protocol at a Level II Trauma Center</i>	<i>Wacht, S., Salottolo, K., Atnip, A., Hooks, M., Bailie, M., &amp; Carrick, M., (2018)</i>
10	PubMed	<i>Combined penetrating trauma of the head, neck, chest, abdomen and scrotum caused by falling from a high altitude: A case report and literature review</i>	<i>Zhang, M., He, Q., Wang, Y., Pang, S., &amp; Wang, W., (2019)</i>
11	PubMed	<i>New clinical guidelines on the spinal stabilisation of adult trauma patients – consensus and evidence based</i>	<i>Maschmann, C., Jeppesen, E., Rubin, M., &amp; Barfod, C., (2019)</i>
12	EBSCO	<i>Trauma Nurse Leads in a Level I Trauma Center: Roles, Responsibilities, and Trauma Performance Improvement Outcome</i>	<i>Polovitch, S., Muertos, K., Burns, A., Czerwinski, A., Flemmer, K., &amp; Rabon, S., (2019)</i>

13	PubMed	<i>WSES consensus conference guidelines: monitoring and management of severe adult traumatic brain injury patients with polytrauma in the first 24 hours</i>	<i>Picetti, E., Rossi, S., Abu-Zidan, F., Ansaloni, L., Armonda, R., Baiocchi, G &amp; Bala, M. (2019)</i>
14	PubMed	<i>Epidemiological analysis and emergency nursing care of oral and craniomaxillofacial trauma: a narrative review</i>	<i>Pan, Y., Zhu, H., &amp; Hou, L., (2022)</i>
15	PubMed	<i>Challenges in the prehospital emergency management of geriatric trauma patients</i>	<i>Eichinger, M., Robb, H., Scurr, C., Tucker, H., Heschl, S., &amp; Peck, G. (2023)</i>

## **Análise e apresentação de dados**

De forma a conseguir sistematizar as intervenções recolhidas, optou-se por agrupar a informação em duas grandes categorias: intervenções autónomas e intervenções interdependentes, já definidas anteriormente. Para uma maior clareza na apresentação dos dados foram, posteriormente, estabelecidas quatro subcategorias que representam as diferentes fases na abordagem à pessoa vítima de trauma no serviço de urgência, sendo elas: triagem, avaliação primária, avaliação secundária e cuidados gerais. As subcategorias apresentadas surgem após a análise cuidada dos artigos recolhidos.

### **Intervenções Autónomas**

A triagem desempenha um papel fulcral na abordagem à pessoa vítima de trauma. É neste momento, muitas vezes, que se estabelece um primeiro contacto (ou um contacto mais cuidado/ atento) com a pessoa vítima de trauma, onde se definem circuitos e as prioridades no atendimento.

O momento da triagem assume-se particularmente desafiante no contexto dos cuidados de saúde à pessoa vítima de trauma, uma vez que se caracteriza pela necessidade de uma tomada de decisão com informação limitada e num curto período de tempo. Assim, a experiência (Wolf, 2009), a intuição (Cork, 2014; Wolf, 2009) e o raciocínio rápido (Wolf, 2009) são

características fundamentais do enfermeiro triador, para que este consiga executar esta tarefa de forma eficaz.

Durante a avaliação da pessoa vítima de trauma na triagem são vários os dados objetivos e subjetivos a considerar, nomeadamente a avaliação dos sinais vitais (tendo em consideração os valores fora dos intervalos de referência) (Polovitch et al., 2019; Wolf, 2009; Zhang et al., 2019) e uma avaliação neurológica sumária (estado de consciência, défices motores, reflexos e características pupilares) (Zhang et al., 2019).

Nesta sequência, a colheita de informação através dos meios de emergência pré-hospitalar, doente e familiares presentes no local do incidente, deve ser profícua e clara, de forma que se consiga, tanto quanto possível, compreender o mecanismo de lesão associado ao trauma (Eichinger et al., 2021; Laskowski-Jones, 2006; Wolf, 2009) e, conseqüentemente, equacionar possíveis lesões traumáticas ocultas (Wolf, 2009).

Por fim, no que respeita ao trauma vertebro-medular é importante que o profissional de enfermagem avalie a real necessidade da implementação/manutenção dos equipamentos de estabilização. Neste contexto, existem vários algoritmos de apoio à tomada de decisão clínica, como por exemplo, o elaborado pelo grupo *Danish National Board of Health* (Maschmann et al., 2019). No caso do trauma penetrante isolado, não existe indicação para realizar estabilização vertebro-medular (Maschmann et al., 2019).

Após o momento de triagem, já descrito anteriormente, segue-se uma avaliação primária, pela abordagem CABCADE, onde tem lugar a identificação/ resolução de hemorragia exsanguinante (C), seguindo-se a avaliação da via aérea (A), respiração (B), circulação (C), avaliação neurológica (D) e exposição corporal (E), preconizando-se uma metodologia identificação-resolução do problema. Este momento ganha especial relevância nas pessoas em situação crítica, que carecem, pela sua condição de saúde, de uma maior atenção, rapidez, fluidez e organização nos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar.

Uma vez que o foco é a abordagem a pessoas vítimas de trauma, a avaliação primária deve iniciar-se pela identificação e resolução de qualquer hemorragia exsanguinante, uma vez que esta assume-se como uma condição de risco imediato de vida. Para isso, em caso de hemorragia exsanguinante presente, deve-se começar por realizar compressão manual direta (sendo esta a técnica de eleição), seguindo-se, caso a técnica anterior não tenha sido eficaz,

a aplicação de garrote em posição proximal à lesão, e por fim, a aplicação de pressão na artéria proximal à lesão e elevação do membro (Picetti et al., 2019).

Na avaliação da via aérea (A), o principal objetivo centra-se em garantir a permeabilidade desta, sendo para isso necessário avaliar a presença de qualquer corpo estranho na via aérea superior, líquido ou sólido (como sangue ou conteúdo alimentar), agindo em conformidade na sua resolução, aspirando ou retirando com auxílio de, por exemplo, uma pinça de Magill (Laskowski-Jones, 2006). Neste momento pode ainda ser necessário fazer uso de um adjuvante da via aérea quando, por alteração do estado de consciência, existe uma obstrução da via aérea superior, sendo necessário a colocação de um tubo orofaríngeo ou nasofaríngeo (consoante tolerância da pessoa e na ausência de trauma facial/crânioencefalico no caso do tubo nasofaríngeo) (Laskowski-Jones, 2006; Zhang et al., 2019). No caso de pessoas com alteração do estado de consciência, em que se desconhece a hora da última refeição ou que apresentem vômitos, pelo risco acrescido de obstrução da via aérea, está indicado a colocação de sonda nasogástrica/orogástrica (se trauma facial/crânioencefalico) (Laskowski-Jones, 2006) e a vigilância atenta de náuseas/ vômitos (Zhang et al., 2019). Por fim, como em análise temos os cuidados à pessoa vítima de trauma, é necessário, desde o início da abordagem, considerar o risco de lesão vertebro-medular, estabilizando a coluna cervical em posição neutra (manual ou com instrumentos apropriados para a sua correta imobilização) e procurando reduzir ao mínimo a mobilização cervical. Após inspeção e palpação do pescoço, se indicado, deve-se colocar colar cervical (Laskowski-Jones, 2006; Zhang et al., 2019).

Na avaliação da respiração (B) deve-se ter em análise as características do padrão respiratório, como a frequência, regularidade, amplitude e simetria (Laskowski-Jones, 2006; Zhang et al., 2019); a auscultação; a presença de queixas álgicas à palpação/ percussão e aos movimentos ventilatórios e a pesquisa de crepitação ou enfisema pulmonar no pescoço e tórax para descartar a presença de pneumotórax (Laskowski-Jones, 2006). Nesta etapa deve ainda avaliar-se o nível de saturação periférica de oxigénio (Laskowski-Jones, 2006; Zhang et al., 2019).

Uma vez descartada a hemorragia exsanguinante e assegurada a via aérea (A) e a respiração (B), prossegue-se com a avaliação da circulação (C). Neste momento é identificada e controlada a hemorragia externa (Laskowski-Jones, 2006; Zhang et al., 2019) e avaliada a presença de hemorragia interna (Laskowski-Jones, 2006), através do conhecimento da

cinemática do trauma e dos mecanismos de lesão - intervenção já realizada previamente no momento da triagem. Na suspeita de hemorragia interna é importante a observação física da pessoa, de forma a procurar alterações visíveis. Assim, partindo da observação e de forma a garantir uma perfusão tecidual adequada, é essencial avaliar a presença e qualidade de pulsos periféricos, nomeadamente a amplitude, frequência e ritmo, e a coloração da pele (Laskowski-Jones, 2006). De forma a completar esta avaliação torna-se essencial monitorizar e avaliar a tensão arterial e frequência cardíaca de forma frequente, a cada 5-15 min (Laskowski-Jones, 2006; Polovitch et al., 2019; Zhang et al., 2019) e consoante necessidade. Desta forma é assegurada a perfusão tecidual e vigiado o débito cardíaco e possíveis alterações. Neste seguimento, é importante o enfermeiro punccionar dois acessos venosos periféricos do maior calibre possível (Laskowski-Jones, 2006; Polovitch et al., 2019; Zhang et al., 2019) ou estabelecer acesso intraósseo (na impossibilidade de obtenção de acesso endovenoso). Se necessário a administração de fluidoterapia, é indicado a administração de fluidoterapia aquecida como prevenção da hipotermia e respetivas consequências na pessoa vítima de trauma (Laskowski-Jones, 2006).

Na avaliação da disfunção neurológica (D) deve-se avaliar o estado de consciência da pessoa através da Escala de Coma de Glasgow (Laskowski-Jones, 2006; Picetti et al., 2019). Esta avaliação inclui a resposta ocular, nomeadamente os reflexos e características pupilares (tamanho, simetria, formato e resposta ao estímulo luminoso) (Laskowski-Jones, 2006), a resposta verbal e a resposta motora, a partir da qual é possível identificar défices sensitivo-motores existentes e agir em conformidade (Laskowski-Jones, 2006; Picetti et al., 2019).

Por fim, ainda na avaliação primária, surge a avaliação da Exposição (E) onde se deve remover a roupa da pessoa para avaliar a presença de lesões corporais (Laskowski-Jones, 2006) e/ou de objetos estranhos, assegurando a privacidade da mesma. Esta exposição deve ser realizada com controlo da temperatura, de forma a prevenir a hipotermia. Tal pode ser conseguido através de aquecimento corporal (com cobertores térmicos, por exemplo), remoção de roupa molhada ou aumento da temperatura da sala (23.9°C a 26.7°C) (Eichinger et al., 2021; Fryman & Murray, 2007; Laskowski-Jones, 2006).

Após a avaliação inicial e estabilização da pessoa, segue-se a avaliação secundária que exige um olhar mais cuidadoso e abrangente. Esta permite uma avaliação de todas as lesões e não apenas aquelas que provocam risco imediato de vida. Como tal, deve ser realizada de forma

sistemática e completa, permitindo uma avaliação objetiva e uma avaliação subjetiva da pessoa vítima de trauma.

Assim, na avaliação secundária e no seguimento da avaliação da exposição (E) descrito anteriormente, é importante a realização de um exame objetivo (Zhang et al., 2019), numa sequência céfalo-caudal. Desta forma, é realizada uma avaliação objetiva, procurando corpos estranhos e examinando contusões, abrasões, lacerações, deformidades, edema e/ou descoloração existentes na pessoa vítima de trauma (Laskowski-Jones, 2006). Durante esta avaliação, a avaliação da dor deve ser realizada de forma constante e não deve nunca ser desvalorizada (Laskowski-Jones, 2006; Wolf, 2009; Zhang et al., 2019).

Após esta avaliação objetiva é importante recolher informações sobre a história clínica da pessoa vítima de trauma (Laskowski-Jones, 2006; Zhang et al., 2019). Esta informação pode ser recolhida a partir da pessoa, familiares e/ou técnicos do pré-hospitalar e permite aos profissionais conhecer alergias, medicação, antecedentes pessoais, última refeição da pessoa e eventos relacionados com o trauma (Laskowski-Jones, 2006).

Salienta-se que apesar de todas as intervenções estarem organizadas sequencialmente e por categorias, estas podem ser realizadas de forma simultânea. Surge desta forma a categoria final de cuidados gerais. Estas intervenções realizadas à pessoa vítima de trauma podem ser adotadas em qualquer momento da abordagem e abrangem áreas como a segurança, o conforto e a comunicação.

No que respeita à segurança, esta deve ser considerada de extrema relevância tanto para o profissional como para a pessoa alvo dos cuidados. Como tal, e partindo do profissional, é importante garantir a segurança do ambiente e a proteção contra a exposição de sangue ou outros fluidos corporais (Laskowski-Jones, 2006), através da utilização de equipamento de proteção individual. Por outro lado, e de forma a salvaguardar a segurança da pessoa vítima de trauma, é preconizado elevar a cabeceira a 30-40°, caso não se verifique hipotensão ou lesão cervical (Fryman & Murray, 2007). Desta forma, estamos a proteger a via aérea, a melhorar a ventilação e a diminuir a pressão intracraniana.

Adicionalmente, o conforto surge como um resultado de várias intervenções que devem ser realizadas pelos enfermeiros. Para além de ter sido sujeita a uma agressão aguda, imprevisível e que pode, por diversas vezes, deturpar o rumo da sua vida, a pessoa vítima de

trauma é ainda submetida a procedimentos não invasivos e invasivos que podem provocar desconforto físico e psicológico. Desta forma, é necessário ter em atenção as necessidades da pessoa e procurar reduzir a estimulação externa (Fryman & Murray, 2007).

O trauma pode alterar a pessoa fisicamente, quer no momento da ocorrência, quer no período pós abordagem cirúrgica (caso esta seja necessária). Neste sentido é importante “promover a autoimagem” e assegurar, sempre que possível, o contacto entre a pessoa e familiares antes da realização da intervenção cirúrgica (Martin et al., 2009).

Nesta sequência, de modo a garantir que a pessoa e a sua família se integrem nas intervenções realizadas, a comunicação deve ser clara, utilizando uma linguagem simples (Pan et al., 2022) e ir ao encontro das necessidades da pessoa e da sua família, de forma a facilitar o processo de saúde-doença (Martin et al., 2009; Polovitch et al., 2019) e gerir o isolamento (Zhang et al., 2019).

A comunicação é também importante entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar (Martin et al., 2009; Zhang et al., 2019), preconizando-se uma comunicação em circuito fechado, numa linguagem uniforme e clara.

Especificamente sobre o trauma maxilofacial é aconselhada a realização de higiene oral à pessoa vítima de trauma maxilofacial (Pan et al., 2022).

### **Intervenções interdependentes**

Neste capítulo, ao retomarmos novamente à fase da triagem, identificamos também aqui algumas intervenções, agora interdependentes, que desempenham um papel fulcral no sentido de uniformizar e assegurar um atendimento célere e de alta eficiência à pessoa vítima de trauma. Fala-se assim da criação de protocolos que estabelecem procedimentos previamente acordados, e que requerem a intervenção de vários elementos da equipa, nomeadamente na abordagem às pessoas vítimas de traumatismo crânioencefalico sob anticoagulação ou antiagregação plaquetária (Wacht et al., 2018). Neste protocolo, os autores definem a ativação do mesmo no momento da triagem pelo enfermeiro triador, com a alocação de equipa de trauma dedicada, colheita imediata de análises de sangue e a realização de tomografia computadorizada crânioencefalica, que, caso verifique a presença de

hemorragia intracraniana, equaciona a administração de fármacos/ hemoderivados reversores da anticoagulação ou antiagregação plaquetária.

No momento seguinte, na avaliação primária, retoma-se a abordagem CABCDE, agora fazendo referência apenas às intervenções interdependentes. Após a identificação/ resolução de hemorragia exsanguinante pelas técnicas acima descritas, transita-se para a abordagem da via aérea, onde se faz referência à implementação de medidas avançadas que garantam a proteção efetiva da mesma, nomeadamente através da entubação traqueal ou da colocação de um dispositivo supraglótico, como a máscara laríngea (Laskowski-Jones, 2006).

Relativamente à avaliação da respiração (B), e tendo em conta todas as intervenções já descritas, nesta fase preconiza-se a realização de avaliação gasométrica, com indicação para manutenção de PaO<sub>2</sub> entre 60-100mmHg e PaCO<sub>2</sub> entre 35-45mmHg (PaCO<sub>2</sub> 35-40mmHg no caso de pessoas vítimas de traumatismo crânioencefálico), ressalvando-se casos específicos, como doentes com patologia respiratória prévia (Picetti et al., 2019). No caso de identificação de pneumotórax ou hemotórax (independente do volume), pode ser necessário a colocação de dreno torácico para a drenagem e prevenção de complicações associadas aos mesmos (Stewart, 2014).

Na avaliação da circulação (C), e tendo em conta a população sobre a qual incide esta revisão, deve ser considerada a realização de um eletrocardiograma de doze derivações de forma a excluir possíveis consequências isquémicas, ou outras, decorrentes de, por exemplo, uma contusão cardíaca (Stewart, 2014). Será ainda importante, no momento da punção venosa (ou outro posteriormente), considerar a colheita de sangue para estudo analítico, onde inclua, nomeadamente, hemograma completo, tipagem de grupo sanguíneo, coagulação, biomarcadores cardíacos e outras análises tendo em conta a condição específica da pessoa (Laskowski-Jones, 2006; Stewart, 2014). De forma a ser possível manter valores de pressão arterial que garantam a perfusão dos órgãos nobres, mesmo em determinadas estratégias onde se opta por valores tendencialmente mais baixos (hipotensão permissiva), pode ser necessário a administração de soros, hemoderivados ou fármacos vasopressores (Fryman & Murray, 2007; Laskowski-Jones, 2006; Polovitch et al., 2019; Zhang et al., 2019). No caso específico das pessoas vítimas de traumatismo crânioencefálico está indicado uma pressão arterial sistólica superior a 100mmHg ou pressão arterial média superior 80mmHg (Picetti et al., 2019).

Na avaliação da disfunção neurológica (D) e mais especificamente nas pessoas vítimas de traumatismo craniano é importante a manutenção da pressão de perfusão cerebral  $\geq$  60mmHg e a monitorização da pressão intracraniana em todas as pessoas com risco de hipertensão intracraniana, avaliando os sinais e sintomas associados (Picetti et al., 2019).

No que respeita à exposição (E) não foram identificadas intervenções interdependentes nos artigos analisados.

Durante a avaliação secundária é importante assegurar a gestão da dor. Esta pode ser decorrente do trauma inicial ou dos diferentes procedimentos realizados no serviço de urgência. Desta forma, torna-se essencial avaliar a dor de forma constante, através da utilização de escalas. A presença de dor é indicação para administração de analgesia (Laskowski-Jones, 2006). Após a sua administração é necessária uma avaliação posterior de forma a perceber se existe necessidade de gerir terapêutica.

Uma vez que a pessoa vítima de trauma está exposta a diferentes microrganismos e sujeita a diferentes lesões, superficiais ou profundas, está preconizado administrar a vacina do tétano (profilaxia) em caso de desconhecimento da data da última administração ou se a mesma foi administrada há mais de 5 anos (Laskowski-Jones, 2006).

Por fim, como cuidados gerais e de forma a excluir alterações decorrentes do trauma é norma a realização de exames complementares de diagnóstico (Laskowski-Jones, 2006; Picetti et al., 2019; Zhang et al., 2019). Durante o acompanhamento da pessoa no serviço de urgência é importante, em equipa multidisciplinar, apoiar psicologicamente a pessoa e a sua família, de forma a facilitar esta transição de saúde-doença (Zhang et al., 2019).

### **A Pessoa Idosa Vítima de Trauma**

Na análise dos artigos encontrados foi possível identificar que a população idosa vítima de trauma apresenta um maior risco para desenvolver complicações após os episódios de trauma.

Seja pela idade, diminuição da reserva fisiológica ou comorbilidades associadas, as pessoas idosas têm uma fragilidade acrescida. Aliado a isso, quando vítimas de trauma, existe um atraso na procura por ajuda diferenciada ou mesmo recusa da pessoa em se dirigir ao serviço

de urgência, o que acaba por culminar em quedas prolongadas, hipotermia acidental e um aumento da morbidade e mortalidade (Eichinger et al., 2021). Todos estes fatores são determinantes no prognóstico da pessoa idosa e as intervenções do enfermeiro são essenciais para minimizar danos e colmatar necessidades.

Na abordagem à pessoa idosa vítima de trauma é fundamental ter em conta as suas especificidades, nomeadamente o reconhecimento da fisiologia do idoso, comorbilidades e terapêutica (Eichinger et al., 2021). Desta forma, é importante a criação de protocolos de permitam estabelecer uma prioridade no atendimento de pessoas idosas vítimas de trauma, com risco acrescido de complicações. Como exemplo, surge o protocolo de prioridade no atendimento de pessoas idosas vítimas de trauma, que abrange indivíduos com mais de 65 anos, sob anticoagulantes/ antiagregantes (exceto a aspirina) e atende a critérios como estado de consciência, mecanismo da lesão, comorbilidades e utilização de anticoagulação (Wiles et al., 2016).

Assim, uma vez que esta população quando vítima de trauma apresenta uma maior incidência de mortalidade e uma maior suscetibilidade de complicações, o enfermeiro tem como objetivo reduzir essa mortalidade através da intervenção atempada e assistir estas pessoas, na recuperação dos seus níveis prévios de independência (Wiles et al., 2016).

## **Conclusão**

A abordagem ao trauma no Serviço de Urgência, assume-se como complexa e diversificada garantindo cuidados a utentes como múltiplas necessidades e com diferentes níveis de gravidade ao longo das várias fases de cuidados. Esta análise ganha destaque nas pessoas em situação crítica, que carecem, pela sua condição de saúde, de uma maior atenção, fluidez e organização nos cuidados.

Os enfermeiros assumem um papel central, desempenhando uma miríade de intervenções, autónomas e interdependentes, que visam responder às necessidades individuais de cada pessoa e família. Estas intervenções na população idosa, dada a sua maior suscetibilidade de complicações e a maior incidência de mortalidade, ganham especial relevância, assumindo um papel central na prevenção e na identificação precoce de complicações.

Desta forma, pretende-se que num serviço de urgência o enfermeiro consiga executar com alto desempenho as suas intervenções, assegurando um atendimento célere e de alta eficiência, potenciando o melhor *outcome* possível para a pessoa vítima de trauma.

## **Agradecimentos**

Não aplicável para a realização deste estudo.

## **Financiamento**

Não foram recebidos fundos para a realização deste estudo.

## **Conflito de Interesses**

Os autores declaram não possuir qualquer tipo de conflito de interesses que possa interferir na imparcialidade do presente trabalho científico.

**Tabela 7 - Intervenções de Enfermagem autónomas e interdependentes**

<b>Resultados:</b>	<b>Intervenções autónomas</b>	<b>Intervenções Interdependentes</b>
<b>Triagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar sinais vitais e exame neurológico sumário (Zhang et.al., 2019);</li> <li>• Perceber o mecanismo de lesão do trauma/ lesões traumáticas ocultas (Laskowski-Jones, 2006);</li> <li>• Avaliar a necessidade de estabilização vertebro-medular (Stiell et.al., 2010);</li> <li>• Ter em conta as características específicas da população idosa (Eichinger et.al., 2021);</li> <li>• Características chave: experiência, raciocínio rápido e intuição (Wolf, 2009);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer protocolos de prioridade para pessoas idosas vítimas de trauma ou pessoas vítimas de traumatismo crânioencefálico sob terapêutica anticoagulante/ antiagregante (Wacht et.al., 2018);</li> </ul>
<b>Avaliação Primária</b>	<p style="text-align: center;"><b>A</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permeabilizar via aérea, salvaguardando o risco de lesão vertebro-medular (Zhang et.al., 2019);</li> <li>• Se presença de corpo estranho: retirar/aspirar (Laskowski-Jones, 2006);</li> <li>• Colocar sonda nasogástrica/ orogástrica (se trauma facial/crânioencefálico) (Laskowski-Jones, 2006);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equacionar medidas avançadas de permeabilização da via aérea (Laskowski-Jones, 2006);</li> </ul>

	<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar padrão respiratório e queixas álgicas à palpação/ movimentos ventilatórios (Laskowski-Jones, 2006);</li> <li>• Pesquisar crepitação ou enfisema pulmonar (excluir pneumotórax) (Laskowski-Jones, 2006);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar dreno torácico se pneumotórax ou hemotórax (Stewart, 2014);</li> <li>• Colocar oxigênio, se adequado (Laskowski-Jones, 2006);</li> </ul>
	<b>C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar/ intervir na hemorragia (equacionar hemorragia interna) (Laskowski-Jones, 2006);</li> <li>• Avaliar pulsos periféricos (Laskowski-Jones, 2006);</li> <li>• Avaliar tensão arterial e frequência cardíaca a cada 5-15 min (Polovitch et al., 2019);</li> <li>• Puncionar 2 acessos venosos periféricos (14/ 16G), se indisponível, equacionar acesso intraósseo (Polovitch et al., 2019);</li> <li>• Aquecer fluidoterapia a administrar (Laskowski-Jones, 2006);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar eletrocardiograma 12 derivações e colheita de sangue com biomarcadores cardíacos após trauma com contusão cardíaca (Stewart, 2014);</li> <li>• Administrar hemoderivados e fluídos aquecidos (Laskowski-Jones, 2006);</li> <li>• Administrar fármacos que revertem a anticoagulação, em pessoas vítimas de traumatismo crânioencefálico (Wacht et.al., 2018);</li> <li>• Equacionar a administração de fármacos vasopressores (Fryman &amp; Murray, 2007; Polovitch et al., 2019);</li> </ul>

	<b>D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar estado de consciência, características pupilares e défices sensitivo-motores (Laskowski-Jones, 2006; Picetti et al., 2019);</li> </ul>	
	<b>E</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a presença de lesões corporais (Laskowski-Jones, 2006);</li> <li>• Prevenir a hipotermia (aquecimento corporal; remover roupa molhada, aumentar temperatura da sala - 23.9°C a 26.7°C) (Eichinger et al., 2021; Fryman &amp; Murray, 2007; Laskowski-Jones, 2006);</li> </ul>	
<b>Avaliação secundária</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obter história clínica da pessoa (Laskowski-Jones, 2006; Zhang et al., 2019);</li> <li>• Realizar exame físico objetivo (Laskowski-Jones, 2006);</li> <li>• Avaliar a dor (Laskowski-Jones, 2006; Wolf, 2009; Zhang et al., 2019);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar opioides para gestão da dor (Laskowski-Jones, 2006);</li> <li>• Administrar vacina do tétano (profilaxia) se não for conhecida a data da última administração ou tiver sido vacinado há mais de 5 anos. (Laskowski-Jones, 2006);</li> </ul>

## Referências Bibliográficas

JBI Evidence Synthesis

American College of Surgeons (2008). *Advanced Trauma Life Support* (8<sup>a</sup>ed) Committee on Trauma. Chicago.

Cork, L. L. (2014). Nursing intuition as an assessment tool in predicting severity of injury in trauma patients. *Journal of trauma nursing : the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 21(5), 244–252. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000072>

Eichinger, M., Robb, H. D. P., Scurr, C., Tucker, H., Heschl, S., & Peck, G. (2021). Challenges in the PREHOSPITAL emergency management of geriatric trauma patients—A scoping review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00922-1>

Fryman, L., & Murray, L. (2007). Managing acute head trauma in a crowded emergency department. *Journal of emergency nursing*, 33(3), 208–213. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2006.11.014>

DGS (2022) Norma DGS: Via Verde do Trauma no Adulto. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma\\_012\\_2022\\_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf)

INE, INE | DGS/MS, PORDATA (2023). Óbitos por algumas causas de morte (%). Pordata Estatísticas Sobre Portugal e Europa. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/portugal/obitos+de+residentes+em+portugal+por+algumas+causas+de+morte-156-235701>

Laskowski-Jones, L. (2006). Responding to trauma: Your priorities in the first hour. *Nursing*, 36(9), 52. <https://doi.org/10.1097/00152193-200609000-00036>

Martin, S., Raup, G. H., Cravens, G., & Arena-Marshall, C. (2009). Management of embedded foreign body: Penetrating stab wound to the head. *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 16(2), 82–86. <https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e3181ac91e1>

Marsden, N. J., & Tuma, F. (2021). *Polytraumatized Patient*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554426/>

Maschmann, C., Jeppesen, E., Rubin, M. A., & Barfod, C. (2019). New clinical guidelines on the spinal stabilisation of adult trauma patients—Consensus and evidence based. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0655-x>

Pan, Y., Zhu, H., & Hou, L. (2022). Epidemiological analysis and emergency nursing care of oral and craniomaxillofacial trauma: A narrative review. *Annals of Palliative Medicine*, 11(4), 1518–1525. <https://doi.org/10.21037/apm-21-2995>

Parreira, J. G., Rondini, G. Z., Below, C., Tanaka, G. O., Pelluchi, J. N., Arantes-Perlingeiro, J., Soldá, S. C., & Assef, J. C. (2017). Relação entre o mecanismo de trauma e lesões diagnosticadas em vítimas de trauma fechado. *Revista Do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 44(4), 340–347.

Pereira, P.M., & Melo, R.B., (2019) *Manual de Urgências e Emergências: Abordagem Geral do Politraumatizado* (3ª ed.). Lidel

Picetti, E., Rossi, S., Abu-Zidan, F. M., Ansaloni, L., Armonda, R., Baiocchi, G. L., Bala, M., Balogh, Z. J., Bernardino, M., Biffi, W. L., Bouzat, P., Buki, A., Ceresoli, M., Chesnut, R. M., Chiara, O., Citerio, G., Coccolini, F., Coimbra, R., Di Saverio, S., ... Catena, F. (2019). WSES consensus conference guidelines: Monitoring and management of severe adult traumatic brain injury patients with polytrauma in the first 24 hours. *World Journal of Emergency Surgery : WJES*, 14, 53. <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0270-1>

Polovitch, S., Muertos, K., Burns, A., Czerwinski, A., Flemmer, K., & Rabon, S. (2019). Trauma Nurse Leads in a Level I Trauma Center: Roles, Responsibilities, and Trauma Performance Improvement Outcomes. *Journal of trauma nursing : the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 26(2), 99–103. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000431>

Regulamento n.º 613/2022 (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (Nº 131 de 08-07-2022), 179-182. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/doc/613-2022-185836226>

Stewart, D. J. (2014). Blunt chest trauma. *Journal of trauma nursing : the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 21(6), 282–284. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000079>

Stiell, I. G., Clement, C. M., O'Connor, A., Davies, B., Leclair, C., Sheehan, P., Clavet, T., Beland, C., MacKenzie, T., & Wells, G. A. (2010). Multicentre prospective validation of use of the Canadian C-Spine Rule by triage nurses in the emergency department. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 182(11), 1173–1179. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1503/cmaj.091430>

Wacht, S., Salottolo, K., Atnip, A., Hooks, M., Bailie, M., & Carrick, M. (2018). Heads Up: Describing and Implementing a Time-Saving Head Strike Protocol at a Level II Trauma Center. *Journal of trauma nursing : the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 25(2), 104–109. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000353>

Wiles, L. L., Day, M. D., & Harris, L. (2016). Delta Alerts: Changing Outcomes in Geriatric Trauma. *Journal of trauma nursing : the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 23(4), 189–193. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000215>

Wolf, L. (2009). When trauma walks into triage. *Journal of emergency nursing*, 35(4), 389–391. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.03.006>

Zhang, M., He, Q., Wang, Y., Pang, S., Wang, W., Wang, D., Shi, P., Zhao, W., & Luan, X. (2019). Combined penetrating trauma of the head, neck, chest, abdomen and scrotum caused by falling from a high altitude: A case report and literature review. *International Emergency Nursing*, 44, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.01.001>

**APÊNDICE II** – Norma de Procedimento: *Checklist* para o transporte intra-hospitalar

# **CHECKLIST PARA O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Melissa Matos: Aluna de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Universidade Católica Portuguesa)

Em: dezembro/2023

## **1. OBJETIVOS**

Uniformizar procedimentos de enfermagem para o acompanhamento da pessoa em situação crítica no transporte intra-hospitalar.

Identificar o papel do enfermeiro no transporte da pessoa em situação crítica.

Assegurar a manutenção do estado de saúde da pessoa em situação crítica durante o transporte.

## **2. ÂMBITO**

Esta norma aplica-se a todos os profissionais do Serviço xxx.

## **3. PRINCÍPIOS**

O transporte intra-hospitalar compreende a deslocação da pessoa dentro da instituição de saúde e, idealmente, deve ser realizado por um enfermeiro com experiência em reanimação e com treino em transporte de pessoas em situação crítica.

Dado que o período de transporte pode originar grande instabilidade, torna-se benéfico a utilização de uma *checklist* de forma a minimizar os riscos do transporte, obter um maior planeamento e antecipar possíveis eventos adversos.

Desta forma, é importante que a *checklist* seja fácil de aplicar, não duplique o trabalho dos enfermeiros e esteja adaptada aos procedimentos e políticas locais. Sendo que os enfermeiros

desempenham um papel importante na implementação da mesma, é essencial que estes a conheçam antes de a utilizar. (Canellas, M. et all. (2020).

De forma a definir os recursos humanos, a monitorização e equipamento necessários para o transporte a Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023) propõe a utilização de uma escala que avalia a via aérea artificial, a frequência respiratória, a existência de suporte respiratório, os acessos venosos, a avaliação hemodinâmica, a monitorização do eletrocardiograma, o risco de arritmias, a existência de pacemaker, o estado de consciência (através da GCS) e o suporte técnico e farmacológico (Figura 1).

Em qualquer ponto do percurso deve estar disponível um aspirador e um carro de emergência com desfibrilhador, num tempo médio de quatro minutos.

Durante todo o processo é fulcral uma comunicação clara, objetiva e em circuito fechado.

### **Fase Pré-Transporte**

- Verificar a identificação da pessoa;
- Antecipar e minimizar eventuais acontecimentos no transporte;
- Avaliar a pessoa (avaliação ABCDE);
- Monitorizar a pessoa;
- Contactar o serviço de destino e confirmar o transporte intra-hospitalar
- Se existir risco de "transmissão ou contaminação" por sangue, secreções, excreções ou lesões cutâneas deve notificar-se o Serviço de destino;
- Garantir a existência de equipamentos, dispositivos e materiais:
  - Oxigénio necessário (de capacidade previsível para todo o tempo de transporte, com reserva adicional para 30 minutos);
  - Insuflador manual;
  - Ventilador de transporte (não esquecer: alarmes de desconexão e pressão máxima da via aérea);
  - Material de intubação endotraqueal, com tubos traqueais adequados à pessoa;
  - Baterias suficientes;
  - Desfibrilhador;
  - Monitor de transporte (com alarmes em conformidade);

- Seringas ou bombas infusoras com bateria (ou pelo menos com um cabo de alimentação elétrica);
- Mala de transporte: equipamento de emergência, medicação e fluidos extra;
- Verificação do equipamento anexado e posição das grades;
- Verificação de tubos e linhas.

Pode ser utilizada a mnemónica VITAL de forma a resumir a fase pré-transporte. Esta consiste na avaliação dos sinais vitais/ monitorização, na verificação das perfusões e tubos, na gestão e ajuste de alarmes e na passagem à fase de transporte (V - *vital signs*, I - *infusions*, T - *tubes*, A- *alarms* e L - *leave*).

### **Fase Transporte:**

- Monitorizar a pessoa:
  - Sinais vitais
  - Eletrocardiograma contínuo com deteção de arritmias;
  - Parâmetros ventilatórios, se ventilado (FiO<sub>2</sub>, Pressão da via aérea, capnografia sob forma de onda);
  - Estado mental;
  - Pressão Intracraniana (em pessoas seleccionadas pelo seu estado clínico);
- Avaliar os dispositivos e equipamentos;
- Avaliar e gerir os medicamentos e fluidos;

### **Fase Pós-Transporte:**

- Avaliar as condições clínicas da pessoa;
- Realizar registos do transporte;
- Garantir o tratamento de dispositivos e equipamentos;
- Verificar medicação.

**Tabela 1** – Proposta de *Checklist* para o transporte intra-hospitalar

<i>Fases do Transporte</i>	<i>Checklist</i>
<i>Pré-transporte</i> (“ <i>VITALS</i> ”)	Confirmar e validar a identificação da pessoa
	Avaliar a pessoa segundo ABCDE
	Contactar o serviço de destino e confirmar o transporte
	Se risco de contaminação notificar o serviço de destino
	Garantir a existência de: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Oxigénio (cálculo)</li> <li>○ Insuflador manual</li> <li>○ Ventilador de transporte</li> <li>○ Material de intubação endotraqueal, com tubos traqueais adequados à pessoa</li> <li>○ Baterias suficientes</li> <li>○ Desfibrilhador</li> <li>○ Monitor de transporte</li> <li>○ Seringas ou bombas infusoras com bateria</li> <li>○ Mala de transporte: equipamento de emergência, medicação e fluídos extra</li> </ul>
	Monitorizar a pessoa e ajustar alarmes
	Verificar cabos, tubos e linhas
<i>Transporte</i>	Monitorizar a pessoa: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sinais vitais</li> <li>○ ECG contínuo</li> <li>○ Parâmetros ventilatórios, se ventilado</li> <li>○ Estado mental</li> <li>○ PIC, consoante avaliação</li> </ul>
	Avaliar os dispositivos e equipamentos
	Avaliar e gerir os medicamentos e fluídos
<i>Pós-Transporte</i>	Avaliar as condições clínicas da pessoa
	Realizar registos do transporte
	Garantir o tratamento de dispositivos e equipamentos
	Verificar medicação

**Figura 1** – Avaliação para o transporte intra-hospitalar retirado do documento Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2023, elaborado por Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou com traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14/ min FR entre 15 e 35/ min Apneia ou FR < 10/ min ou FR > 35/ min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Oxigenioterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15ml/ min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2	TOTAL ...	

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Canellas, M. et al. (2020). Checklist para o transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico: *scoping review*. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.41183>

Lin, SJ, et al. (2020). *Improving patient safety during intrahospital transportation of mechanically ventilated patients with critical illness*. DOI: [10.1136/bmj-2019-000698](https://doi.org/10.1136/bmj-2019-000698)

Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, (2023). Transporte de Doentes Críticos Adultos – Recomendações.

Parecer N° 09/2017 da Ordem dos Enfermeiros. Transporte da Pessoa em Situação Crítica. (2017). Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

**APÊNDICE III** – Poster Científico apresentado no “VI Seminário Internacional do  
Mestrado em Enfermagem”



## Intervenções de enfermagem à pessoa vítima de trauma no Serviço de Urgência: uma Scoping Review

Beatriz Rolo<sup>1</sup>, Melissa Matos<sup>2</sup>, Nuno Gonçalves<sup>3</sup> e Isabel Rabaia<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP, Lisboa, Portugal. Enfermeira no Hospital Garcia de Orta, Serviço de Urgência Geral, Almada, Portugal.

<sup>2</sup> Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP, Lisboa, Portugal. Enfermeira no Hospital Garcia de Orta, Serviço de Urgência Geral, Almada, Portugal.

<sup>3</sup> Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP, Lisboa, Portugal. Enfermeiro no Hospital Garcia de Orta, Serviço de Urgência Geral, Almada, Portugal.

<sup>4</sup> Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde Atlântica; Professora Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

**Palavras Chave:** Adulto; Enfermagem; Intervenções; Trauma; Urgência

**Introdução:** O trauma é uma doença resultante da troca de energia entre o meio ambiente e o corpo, provocando diversas lesões nos diferentes sistemas e órgãos (Parreira et al., 2017) e constitui um importante problema de saúde pública. Em 2021, os acidentes, envenenamentos e a violência representaram a 5ª causa de morte em Portugal (DGS/MS, INE, PORDATA, 2023). Desta forma, a formação especializada torna-se fundamental para melhorar a qualidade do atendimento à pessoa em situação crítica e família.

**Objetivos:** Mapear as intervenções de enfermagem à pessoa vítima de trauma no serviço de urgência.

**Materiais e Métodos:** Realizada uma scoping review orientada pela questão de revisão: "Quais são as intervenções de enfermagem à pessoa vítima de trauma no serviço de urgência?". Foram identificados um total de 231 artigos, pesquisados nas bases de dados EBSCO e PubMed. Destes, 211 foram excluídos pelo título e resumo. Após leitura integral do texto foram selecionados 15 artigos, publicados entre 2006-2023.

Resultados:	Intervenções autónomas	Intervenções Interdependentes	
<b>Triagem</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar sinais vitais e exame neurológico sumário (Zhang et al., 2019);</li><li>• Perceber o mecanismo de lesão do trauma/ lesões traumáticas ocultas (Laskowski-Jones, 2006);</li><li>• Avaliar a necessidade de estabilização vertebro-medular (Stiell et al., 2010);</li><li>• Ter em conta as características específicas da população idosa (Eichinger et al., 2021);</li><li>• Características chave: experiência, raciocínio rápido e intuição (Wolf, 2009);</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estabelecer protocolos de prioridade para pessoas idosas vítimas de trauma ou pessoas vítimas de traumatismo <u>crânioencefálico</u> sob terapêutica anticoagulante/ antiagregante (Wacht et al., 2018);</li></ul>	
<b>Avaliação Primária</b>	<b>A</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Permeabilizar via aérea, salvaguardando o risco de lesão vertebro-medular (Zhang et al., 2019);</li><li>• Se presença de corpo estranho: retirar/aspirar (Laskowski-Jones, 2006);</li><li>• Colocar sonda <u>nasogástrica/ orogástrica</u> (se trauma facial/<u>crânioencefálico</u>) (Laskowski-Jones, 2006);</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Equacionar medidas avançadas de permeabilização da via aérea (Laskowski-Jones, 2006);</li></ul>
	<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar padrão respiratório e queixas algicas à palpação/ movimentos <u>ventilatórios</u> (Laskowski-Jones, 2006);</li><li>• Pesquisar crepitação ou enfisema pulmonar (excluir pneumotórax) (Laskowski-Jones, 2006);</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Colocar dreno torácico se <u>pneumotórax</u> ou <u>hemotórax</u> (Stewart, 2014);</li><li>• Colocar oxigénio, se adequado (Laskowski-Jones, 2006);</li></ul>
	<b>C</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar/ intervir na hemorragia (equacionar hemorragia interna) (Laskowski-Jones, 2006);</li><li>• Avaliar pulsos periféricos (Laskowski-Jones, 2006);</li><li>• Avaliar tensão arterial e frequência cardíaca a cada 5-15 min (Polovitch et al., 2019);</li><li>• Puncionar 2 acessos venosos periféricos (14/ 16G), se indisponível, equacionar acesso intraósseo (Polovitch et al., 2019);</li><li>• Aquecer <u>fluidoterapia</u> a administrar (Laskowski-Jones, 2006);</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar eletrocardiograma 12 derivações e colheita de sangue com biomarcadores cardíacos após trauma com contusão cardíaca (Stewart, 2014);</li><li>• Administrar hemoderivados e fluidos aquecidos (Laskowski-Jones, 2006);</li><li>• Administrar fármacos que revertem a <u>anticoagulação</u>, em pessoas vítimas de <u>traumatismo crânioencefálico</u> (Wacht et al., 2018);</li><li>• Equacionar a administração de fármacos <u>vasopressores</u> (Fryman &amp; Murray, 2007; Polovitch et al., 2019);</li></ul>
	<b>D</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar estado de consciência, características pupilares e défices sensitivo-motores (Laskowski-Jones, 2006; Picetti et al., 2019);</li></ul>	
	<b>E</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar a presença de lesões corporais (Laskowski-Jones, 2006);</li><li>• Prevenir a hipotermia (aquecimento corporal; remover roupa molhada, aumentar temperatura da sala - 23-9°C a 26.7°C) (Eichinger et al., 2021; Fryman &amp; Murray, 2007; Laskowski-Jones, 2006);</li></ul>	
<b>Avaliação secundária</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Obter história clínica da pessoa (Laskowski-Jones, 2006; Zhang et al., 2019);</li><li>• Realizar exame físico objetivo (Laskowski-Jones, 2006);</li><li>• Avaliar a dor (Laskowski-Jones, 2006; Wolf, 2009; Zhang et al., 2019);</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Administrar opioides para gestão da dor (Laskowski-Jones, 2006);</li><li>• Administrar vacina do tétano (profilaxia) se não for conhecida a data da última administração ou tiver sido vacinado há mais de 5 anos. (Laskowski-Jones, 2006);</li></ul>	

**Conclusão:** A abordagem ao trauma no Serviço de Urgência assume-se como complexa e diversificada ao longo das várias fases de cuidados. Os enfermeiros assumem um papel central, desempenhando uma miríade de intervenções, autónomas e interdependentes, que visam responder às necessidades individuais de cada pessoa e família.

Referências Bibliográficas:



**APÊNDICE IV** – Apresentação à chefia do Serviço: Estágio no A&E de um Centro de  
Trauma Polivalente em Londres

# CENTRO DE TRAUMA EM LONDRES

---

- Beatriz Rôlo
- Melissa Matos
- Nuno Gonçalves

Fevereiro 2024



## OBJETIVOS

---

- Apresentar o hospital, o seu *A&E Department* e o seu modelo organizacional;
- Apresentar estratégias de melhoria da experiência do utente utilizadas no *A&E Department*;
- Identificar as estratégias utilizadas para mitigar o problema do "overcrowding" no *A&E Department*;
- Conhecer a abordagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente à pessoa vítima de trauma;
- Integrar e adaptar os cuidados de enfermagem à pluralidade de culturas e religiões.

## HOSPITAL E A REDE DE TRAUMA DE LONDRES

845 doentes em contexto de internamento

Centro de trauma com mais afluência do Reino Unido

Integra o sistema de trauma *major* de Londres:  
- 5 centros de trauma *major*  
- 35 unidades de trauma

População de 2,5 milhões de habitantes

1200 doentes diariamente

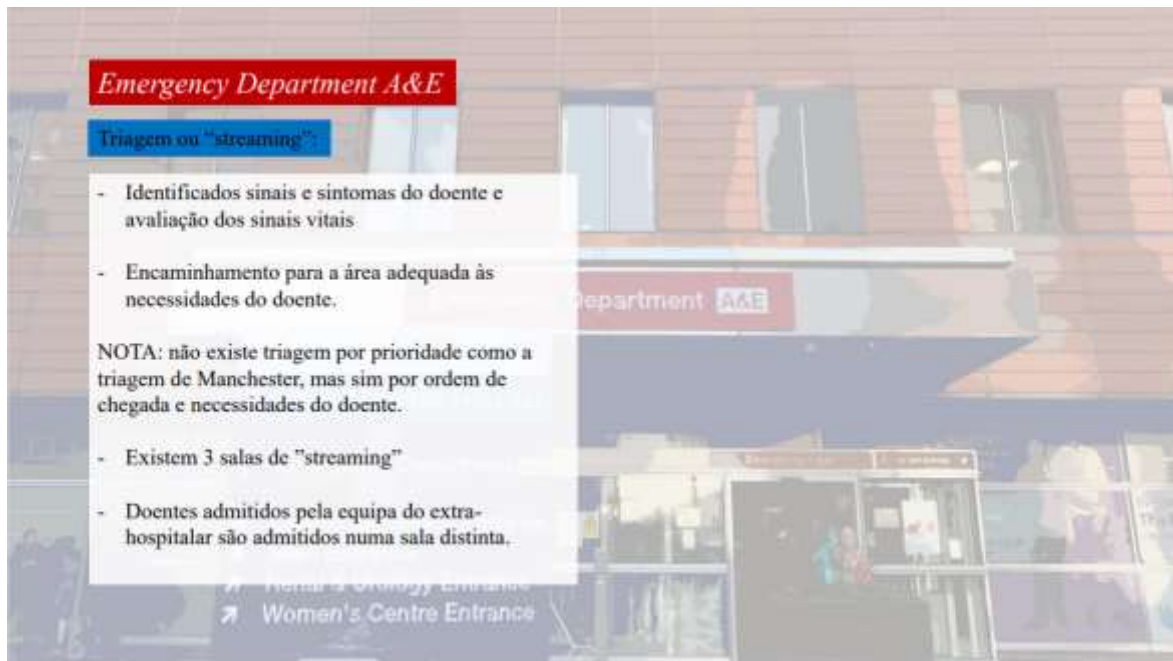


## HOSPITAL

### Ambulância Aérea de Londres

- Rápida atuação
- Abordagem emergente
- Transporte direto para o serviço de Urgência
- 4 minutos de preparação para a decolagem
- Tempo médio de voo 7 minutos
- 5 pessoas em situação crítica por dia





## Emergency Department A&E

### - Zona D - ("Fit to seat")

- 2 enfermeiros:
  - 1 enfermeiro responsável
  - 1 enfermeiro na prestação de cuidados
- 9 gabinetes e 1 sala de tratamentos
- Existe um carro de reanimação com aspirador e desfibrilhador
- Doentes independentes

- Main Entrance
- Renal & Urology Entrance
- Women's Centre Entrance

## Emergency Department A&E

### - Zona C - ("Cubicle space")

- 3 enfermeiros:
  - 1 enfermeiro responsável
  - 2 enfermeiros na prestação de cuidados
- 11 quartos individuais + 1 sala de ortopedia
- Existe um carro de reanimação com aspirador e desfibrilhador

- Children's Hospital Entrance
- Main Entrance
- Renal & Urology Entrance
- Women's Centre Entrance

## Emergency Department A&E

### - Zona B - ("Cubicle space")

- 4 enfermeiros:
  - 1 enfermeiro responsável
  - 3 enfermeiros na prestação de cuidados
- 12 quartos individuais
- Existe um carro de reanimação com aspirador e desfibrilhador

- Children's Hospital Entrance
- Main Entrance
- Renal & Urology Entrance
- Women's Centre Entrance

## Emergency Department A&E

### - Zona A - ("Cubicle space")

- 3 enfermeiros:
  - 1 enfermeiro responsável
  - 2 enfermeiros que prestam cuidados
- 7 quartos de pressão negativa com monitorização central
- 1 quarto equipado com câmara de vigilância ligada ao gabinete de enfermagem e ao gabinete médico de psiquiatria (doentes com patologia psiquiátrica)

- Renal & Urology Entrance
- Women's Centre Entrance

## Emergency Department A&E

### - Resus Room (Sala de Emergência/Trauma)

- 4 enfermeiros
  - 1 enfermeiro sénior
  - 3 enfermeiros
- Total de 8 vagas de reanimação

- *Checklist* antes da saída do doente da sala de emergência

- Técnicas de imobilização e de mobilização;
- "Ready, steady, slide"

- Na receção do utente é realizado o momento de *handover* :

I – identificação  
S – situação atual  
B – background/antecedentes  
A – avaliação  
R – recomendações

## Physician Response Unit (PRU)

### Serviço de Emergência Médica:

- Prestar cuidados individualizados, seguros e eficazes em contexto de urgência.
- Equipa constituída por:
  - Médico
  - Enfermeiro
  - Paramédico

### *Physician Response Unit (PRU)*

#### *Serviço de Emergência Médica:*

- *Serviço de urgência ao domicílio do utente, de forma holística, que vai ao encontro das suas necessidades, nas diferentes fases do ciclo de vida do mesmo.*
- *Dá resposta a diferentes tipos de urgências médicas:*
  - *Pessoas em situação de fim de vida*
  - *Pessoas imunossuprimidas com sinais de infeção*
  - *Pessoas com doença mental*
  - *Pessoas com elevado grau de dependência e incapacidade de se dirigir ao SU*

Toma-se evidente o impacto deste serviço no *overcrowding* do SU e melhoria dos cuidados prestados

### *Sugestões para o Serviço de Urgência Geral*



## Sugestões para o Serviço de Urgência Geral

### Experiência do utente

- ecrã com informações sobre o percurso da pessoa e o tempo de espera preconizado para o resultado de análises e exames
- disponibilizar folhetos informativos
- música ambiente na sala de espera
- sinalização do percurso do utente
- presença de familiares na sala de emergência
- sala de transmissão de más notícias; transmitidas em equipa com preparação prévia
- serviço de tradução telefónica

## Sugestões para o Serviço de Urgência Geral

### Organização de recursos

- *checklist* para os carros de emergência com QR *code*
- QR *code* para a verificação e reposição de kits
- carro de abordagem à via aérea difícil
- contacto prévio da equipa do extra-hospitalar sempre que se considere seguimento em sala de emergência
- folha-resumo para receção do utente na sala de emergência
- 1 único momento de transmissão de informação para toda a equipa

*Sugestões para o Serviço de Urgência Geral*

Organização de recursos

- colher sangue para análise de *ROTEM* de forma a facilitar o protocolo de transfusão maciça
- alfabeto fonético internacional em cenário de multivítimas não identificadas
- protocolos de encaminhamento com Hospitais de Dia em utentes com patologias crónicas
- consultas *follow up*
- protocolos terapêuticos na triagem dentro do quadro legal aplicável
- plano de treino regular para situações de exceção para todo o serviço
- tema de trabalho/área de interesse aos enfermeiros especialistas e peritos

*Sugestões para o Serviço de Urgência Geral*

Prática Clínica

- *briefing* antes de receber um utente do extra-hospitalar
- otimizar a resposta à pessoa em situação crítica através de uma equipa preparada para a receber
- formar a equipa sobre a utilização de equipamentos de restrição de movimento
- mala de transporte e *checklist* intra-hospitalar
- definir em cada turno, de que forma a equipa se irá organizar na sala de emergência
- *debriefing* após atuação na sala de emergência.

De forma a salvaguardar o anonimato das instituições, foram alterados ou omitidos, de forma intencional, alguns diapositivos e referências bibliográficas.

# **ANEXOS**

**ANEXO I – Certificado de Presença nas “VIII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva”**



## VIII JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA



### RESSUSCITAÇÃO

Objetivos terapêuticos  
para o doente crítico

## CERTIFICADO

Certificamos que,

**Melissa Martins Silva de Matos**

esteve presente nas **VIII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva**, que decorreram a 09 e 10 de novembro de 2023, na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa.

Lisboa, 10 de novembro de 2023

Prof. Doutor Luis Bento  
Presidente das Jornadas

Patrocínio Científico



CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA  
CENTRAL

**ANEXO II** – Certificado de Presença no “VI Seminário Internacional do Mestrado em  
Enfermagem”

**VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**  
**Conhecimento Especializado de Enfermagem para a Fraternidade Social**

**CERTIFICADO**

Certifica-se que o(a) **Melissa Martins Silva de Matos** - estudante n.º 192022050, esteve presente no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **24 de novembro de 2023**, Auditório 2, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa) da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 24 de novembro de 2023.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), UCP  
  
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN  
Professora Associada



**ANEXO III** – Certificado de Presença no “II Congresso Internacional em Enfermagem na  
Pessoa em Situação Crítica”

II CONGRESSO INTERNACIONAL EM  
**Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica**

**22-23**  
Fev/2024

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO**

Certificamos que

**Melissa Martins Silva de Matos**

participou no **II Congresso Internacional em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica**,  
realizado no Instituto Superior de Saúde, em Amares, nos dias 22 e 23 de fevereiro de 2024,  
com carga horária de 16 horas.

A PRESIDENTE DO ISAVE



PROFESSORA DOUTORA MAFALDA DUARTE

ISAVE