



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio:

INTERVENÇÃO À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA:

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

TRAUMA VICTIMS INTERVENTIONS:

THE ROLE OF A SPECIALIST NURSE

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

Por

Beatriz Mateus Matos Rôlo

Lisboa, 2024



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio:

INTERVENÇÃO À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA:

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

TRAUMA VICTIMS INTERVENTIONS:

THE ROLE OF A SPECIALIST NURSE

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

Por, Beatriz Mateus Matos Rôlo

Sob Orientação da Prof. Doutora Isabel Rabiais

Lisboa, 2024

RESUMO

Sendo o trauma uma das principais causas de morte e incapacidade temporária ou permanente na grande maioria dos países, e tendo em consideração as elevadas taxas de mortalidade e morbidade associadas, é exigido aos profissionais de saúde que adotem uma abordagem organizada na prestação de cuidados à pessoa, salientando a importância da tomada de decisão e da abordagem sistematizada, com o propósito de melhorar estes resultados.

Dada a minha experiência profissional prévia em Serviço de Urgência, bem como o meu interesse pessoal na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, tendo uma especial motivação na área do trauma, procurei assegurar uma continuidade de cuidados humanizados, diferenciados e essenciais à pessoa com este tipo de especificidade e grau de complexidade.

Em termos metodológicos, foi realizada uma *Scoping Review* e desenvolvidas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e mestre em enfermagem Médico-cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em três locais distintos nomeadamente, um Serviço Extra-Hospitalar, uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, e um prestigiante Serviço de Urgência num Centro de Trauma em Londres.

A análise e reflexão das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista levou a um culminar de um processo profissional construtivo e enriquecedor, contribuindo para a consciencialização das capacidades adquiridas.

Por fim, o aumento do corpo de conhecimento, no que concerne ao trauma, adquirido por consequência da investigação realizada, penso que tenha sido favorável à obtenção de melhores resultados clínicos nos locais de estágio, bem como irá ser certamente benéfico na minha prática clínica diária, enquanto enfermeira num Serviço de Urgência.

Palavras-Chave: Intervenções de Enfermagem; Trauma; Adulto.

ABSTRACT

As trauma is one of the main causes of death and temporary or permanent disability in most countries and considering the high rates of mortality and morbidity associated, it is required that healthcare professionals adopt an organized approach in providing care to the patient, highlighting the importance of decision-making and a systematic approach, with the aim of improving these results.

Given my personal interest in providing care to people in critical situations with a personal motivation in the area of trauma and previous professional experience in an Emergency Service, I sought to ensure continuity of humanized, differentiated and essential care for people with this type of specificity and great complexity.

In methodological terms, a *scoping review* was carried out and common and specific skills of specialist nurses and master's in medical-surgical nursing were developed in nursing for People in Critical Situations, in three different locations: in an Extra Service-Hospital in a Multipurpose Intensive Care Unit, and in a prestigious Emergency Department in a Trauma Center in London.

The analysis and reflection on the common and specific skills of specialist nurse led to the culmination of a constructive and enriching professional process, contributing to the awareness of acquired skills.

Finally, the increase in the body of knowledge regarding trauma, acquired as a result of the research carried out, I think has been conducive to obtaining better clinical results in internship sites, as well as will certainly be beneficial in my daily clinical practice, as a nurse in an Emergency Department.

Keywords: Nursing Interventions; Trauma; Adult.

“O que fazemos para nós mesmos morre connosco. O que fazemos pelos outros e pelo mundo permanece e é imortal.”

Albert Pine

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer aos meus amigos e companheiros de mestrado Nuno e Melissa que me acompanharam durante todo o percurso, sem vocês esta experiência não teria sido tão enriquecedora.

À professora Doutora Isabel Rabiais, pela disponibilidade, orientação, paciência e rigor ao longo de todo o mestrado, bem como nos estágios e na elaboração do respetivo relatório.

Ainda uma palavra de reconhecimento endereçada aos enfermeiros orientadores e a todos os enfermeiros por quem passei e com quem aprendi, bem como às equipas multidisciplinares.

A todos, os que me acompanharam durante este percurso académico e que me influenciaram de alguma forma, permitindo-me perceber o que realmente significa a excelência na prática de enfermagem.

Por último:

Aos meus pais, que são o meu pilar. O que sou hoje, sou-o graças a vocês.

À minha avó Olinda, que me apoiou em todo o caminho e me permitiu concretizar este sonho.

Ao Júlio, que é o meu apoio e que me faz acreditar que tudo é possível.

Termino com uma palavra póstuma, e especial, à minha avó, Ana Mateus que me inspirou a ser enfermeira.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS:

APACHE – *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*

ARDS – *Acute Respiratory Distress Syndrome*

ATLS – *Advanced Trauma Life Support*

AVC – *Acidente Vascular Cerebral*

CAM-ICU – *Confusion Assessment Method for The Intensive Care Unit*

CDU – *Clinical Decision Unit*

CODU – *Centro de Orientação de Doentes Urgentes*

CRECMO – *Centro de Referência de ECMO*

DGS – *Direção Geral de Saúde*

ECMO – *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

eCPR – *Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation*

EEMI – *Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar*

ERC – *European Resuscitation Council*

GPT – *Grupo Português de Triagem*

INEM – *Instituto Nacional de Emergência Médica*

ISS – *Injury Severity Score*

MODS – *Multiple Organ Dysfunction Syndrome*

MOF – *Multiple Organ Failure*

NAS – *Nursing Activities Score*

NHS – *National Health Service*

OE – *Ordem dos Enfermeiros*

PBE – *Prática Baseada em Evidência*

PCR – *Paragem Cardiorespiratória*

PPCIRA – *Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos*

PRU – *Physician Response Unit*

PSP – Polícia de Segurança Pública

RASS – *Richmond Agitation Sedation Scale*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

ROSC – *Return of Spontaneous Circulation*

ROTEM – *Rotational Thrombelastometry*

RST – *Revised Trauma Score*

SAV – Suporte Avançado de Vida

SDEC – *Same Day Emergency Care*

SHEM– Serviço de Helitransporte de Emergência Médica

SIADAP – Sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIRS – *Systemic Inflammatory Response Syndrome*

SIV – Suporte Imediato de Vida

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TIP – Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico

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

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UTC – *Urgent Treatment Centre*

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO	21
1.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	21
1.2 ENQUADRAMENTO DO FÊNOMENO EM ESTUDO	26
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	35
2.1 CUIDADO COM A PESSOA EM CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR	35
2.2 CUIDADO COM A PESSOA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	42
2.3 CUIDADO COM A PESSOA EM CUIDADOS INTENSIVOS	46
2.4 CUIDADO COM A PESSOA NUM CENTRO DE TRAUMA EM LONDRES	58
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÊNDICES	77
APÊNDICE I – Scoping Review – “Intervenções de Enfermagem à pessoa vítima de trauma no Serviço de Urgência: uma Scoping Review”	78
APÊNDICE II – Sessão de formação – “Prevenção de úlceras por pressão associadas a dispositivos (colar cervical) na Pessoa em Situação Crítica”	103
APÊNDICE III – Instrumento de trabalho – “Prevenção das úlceras por pressão relacionadas com o colar cervical”	121
APÊNDICE IV – Instrumento de trabalho – “Colocação de cateteres intravasculares”	125
APÊNDICE V – Instrumento de Trabalho – “Penso de cateter central”	131
APÊNDICE VI – Instrumento de Trabalho – “Manutenção de cateteres centrais”	136
APÊNDICE VII – Sessão de formação – “Centro de Trauma em Londres – sugestões de melhoria”	141
ANEXOS	149

ANEXO I - Certificado de Participação: “ICE-2022 – <i>International Congress On Emergency</i>”	150
ANEXO II - Certificado de Participação: “Congresso Internacional Emergência ‘23”	152
ANEXO III - Certificado de Participação: “VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem”	154
ANEXO IV - Certificado de Comunicação Livre em formato de e-Poster: “Intervenções de enfermagem à pessoa vítima de trauma no Serviço de Urgência”	156
ANEXO V - Certificado de Participação: “VIII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva”	158

INTRODUÇÃO

A pessoa é o foco dos cuidados de saúde e cabe ao enfermeiro promover a excelência da prática de enfermagem, na prestação de cuidados dirigidos à pessoa, família e meio envolvente. Gradualmente, à medida que os cuidados de saúde vão sofrendo alterações, quer na evolução das necessidades em cuidados de saúde, quer pela evolução nas políticas de saúde, aumentam conseqüentemente as exigências para com o enfermeiro.

Os cuidados de Enfermagem que anteriormente, eram somente, baseados na aprendizagem individual, na experiência profissional e na intuição clínica de cada enfermeiro, são atualmente complementados com um atravessar das linhas da prática de enfermagem, para uma Prática Baseada em Evidência (PBE). A PBE afigura-se como uma forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que, em regra, assumir-se-ão como as mais adequadas, com previsível garantia dos melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis, de acordo com a participação ativa de todos os envolvidos nos complexos processos terapêuticos e tomada de decisão (Pereira, Cardoso & Martins, 2012). Esta, almeja garantir a satisfação das necessidades e valores da pessoa, tendo como alicerces a experiência clínica e a evidência científica.

Como tal, conjectura-se que os enfermeiros sejam dotados não apenas de competências e ferramentas fundamentais, mas também de conhecimentos atualizados que lhes permitam assegurar responsabilidades acrescidas, que visam a processos de decisão complexos.

Neste sentido, pressupõe-se o desenvolvimento de uma consciencialização da natureza evolutiva da enfermagem enquanto disciplina académica, que permita aos enfermeiros, o encontro de uma prestação de cuidados de saúde atualizados, especializados e de excelência.

Atendendo ao descrito pela Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019), “os cuidados de Enfermagem, assumem hoje, uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (p.4744).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2022), “do total de enfermeiros em atividade em 2022, em Portugal, 58 193 eram generalistas (71,1%) e 23 616 eram

especialistas (28,9%), mantendo-se a predominância de especialistas em enfermagem médico-cirúrgica (21,6%)” (p.35).

Desta forma, surge a elaboração deste documento que emerge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Universidade Católica Portuguesa nos anos letivos de 2022/2023 e 2023/2024. O presente relatório visa refletir o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências integrado no mestrado em Enfermagem conducente à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista.

Contudo, importa antes de mais compreender o que é a pessoa em situação crítica e a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica neste âmbito.

Segundo a Academia de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2005), esta especialidade corresponde à área de enfermagem dedicada à prestação de cuidados a adultos com alterações fisiológicas, traumatismos ou incapacidades previstas ou já existentes. Especialidade esta, igualmente intitulada, como a “espinha dorsal da enfermagem moderna” e a base da prática de todas as instituições de saúde. O que vai ao encontro do referido pela OE (2018) “no caso da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, considerando a vasta abrangência da mesma, bem como, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, sobressaem e destacam-se diferentes áreas de enfermagem, das quais, em particular, a área de enfermagem à pessoa em situação crítica “ (p.1).

Posto isto, pretende-se que esta especialidade seja claramente definida e que subscreva todas as finalidades inerentes à disciplina académica, bem como, se defina a si própria como enfermagem e que tenha competências clínicas, especializadas e bem definidas, como se encontra exposto no Regulamento 429/2018 de 16 de julho.

No que diz respeito à área de especialização, de acordo com a OE (2018), a área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tem como alvo a pessoa “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” (p.19363).

Posto o acima referido, foram estes os agentes propulsores da minha tomada de decisão relativamente ao ingresso neste percurso formativo. Contudo, tudo isto começou quando

em 2018, iniciei a minha atividade profissional enquanto enfermeira de cuidados gerais num Serviço de Urgência Geral, numa unidade hospitalar pertencente à Área Metropolitana de Lisboa. A responsabilidade em exercer funções num serviço de urgência (SU) à pessoa em situação crítica prima-se pela complexidade logística de recursos humanos e materiais que esperamos que sejam detentores de eficácia e de eficiência, de forma a minimizar quaisquer fatores que possam comprometer os resultados clínicos, isto num serviço que se caracteriza pela imprevisibilidade e emergência. Portanto, torna-se natural a minha ambição na aquisição de conhecimentos e ferramentas que me possibilitem tomar decisões informadas, no que diz respeito, à prestação de cuidados à pessoa/família em processos complexos de doença, garantindo assim, a qualidade dos mesmos.

Por sua vez, dado o meu interesse pessoal na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, a seleção da temática trabalhada ao longo deste relatório, prendeu-se com a minha motivação pessoal na área do trauma e pela experiência profissional prévia em SU.

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, descritos pela OE (2002), “no processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua do exercício profissional dos enfermeiros” (p.10).

O estudo de investigação concretizado, diz respeito a uma *Scoping Review* com o título "Intervenções de Enfermagem à Pessoa Vítima de Trauma no Serviço de Urgência". Esta revisão pretende mapear as intervenções de enfermagem divididas entre autónomas e interdependentes, relativamente à pessoa vítima de trauma no SU enumerando as mesmas e descrevendo a sua eficácia.

Ao contrário das revisões sistemáticas, o objetivo das *Scoping Review* passa por mapear os principais conceitos que sustentam uma área de pesquisa (Arksey & O'Malley, 2005). Estas revisões contribuem para a PBE através de uma análise da área de pesquisa ao identificar lacunas de conhecimentos (Crilly, Jashapara, & Ferlie, 2010), esclarecer conceitos-chave (Chávez, Backett, Parry & Platt, 2005) e ao apresentar os tipos de evidência que corroboram a prática (Decaria, Sharp & Petrella, 2012).

No que concerne à estrutura do presente relatório, este organiza-se em quatro capítulos. O presente diz respeito à Introdução. Segue-se o capítulo do Enquadramento que, por sua

vez se subdivide em Enquadramento Conceptual, onde será realizada uma alusão ao referencial teórico, Modelo de Aquisição de Perícia de *Dreyfus*, aplicado à enfermagem por Patrícia Benner e a Teoria do Cuidar de Jean Watson, que norteou a minha prática ao longo deste percurso e por sua vez o Enquadramento do Fenómeno em estudo, onde será ostentada uma breve contextualização acerca do trauma e posteriormente realçados os contributos inerentes a esta investigação. O enfoque do capítulo seguinte centra-se no refletir de um percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, segundo uma análise crítico reflexiva, enquanto enfermeira especialista, por sua vez agrupadas, segundo os respetivos contextos clínicos. Por último, segue-se a Conclusão, com uma reflexão final sobre o percurso efetuado e perspetivas futuras enquanto futura Mestre em Enfermagem.

Relativamente à pesquisa bibliográfica imprescindível à sustentação teórica e científica, a mesma teve como alicerce uma fonte de documentos que regulam atualmente a profissão de Enfermagem, conhecida como Ordem dos Enfermeiros, e que orientou a realização do presente documento. Porém, foi necessário ainda o uso de artigos científicos validados e extraídos de bases de dados indexadas.

O presente relatório foi redigido tendo por base as Normas da 7ª edição da *American Psychological Association*. Ao longo do documento foi salvaguardado o anonimato das instituições, motivo pelo qual foram intencionalmente omitidas algumas referências bibliográficas.

1. ENQUADRAMENTO

O capítulo do Enquadramento subdivide-se em dois subcapítulos. O primeiro remete ao Enquadramento Conceptual onde será realizada uma breve alusão aos modelos conceptuais e às teorias de enfermagem que nortearam o meu percurso escolar, e consequentemente o trabalho realizado ao longo deste relatório, bem como orientam a minha prática clínica diária. Este enquadramento torna-se imprescindível em qualquer trabalho de enfermagem, uma vez que é o conhecimento que guia a prática profissional, tornando-se inevitável este contacto com as teorias de enfermagem. O mesmo vai ao encontro do referido por McEwen e Willis (2016), em que as teorias são a estrutura e a organização do conhecimento de enfermagem, possibilitando aos enfermeiros uma perspectiva de visualização da situação da pessoa, proporcionando, simultaneamente, um modo sistemático de colheita de dados.

Posteriormente, no subcapítulo Enquadramento do Fenómeno em Estudo, será realizada uma abordagem à temática estudada, em *Scoping Review*, que diz respeito às intervenções de enfermagem à pessoa vítima de trauma no SU, fenómeno com elevada complexidade e com repercussões humanas, sociais e económicas.

1.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

“Enquanto profissão organizada, a enfermagem remonta ao século XIX, mas o seu passado ainda hoje influencia o presente dos cuidados, na representação que deles fazemos e nas expectativas sociais” (Vieira, 2017, p.16)

Os enfermeiros percorreram um longo caminho, no sentido de explicar a disciplina de enfermagem. Esta passou de um reconhecimento implícito da profissão de enfermagem, para uma designação clara do processo de cuidar holístico da experiência da saúde humana. O pensamento em enfermagem é então, consequência de um profundo conhecimento que os enfermeiros desenvolvem diariamente para abordar a pessoa como um todo.

Segundo Meleis (2007), o desenvolvimento da disciplina começa pela exploração, seguida da clarificação, e por último, da análise conceptual, de forma a alargar o desenvolvimento do conceito. Isto, direciona-nos para a definição da disciplina, como uma área de investigação e de prática, marcada por uma perspectiva única, ou uma forma distinta de avaliar os fenómenos e explorar conceitos, entendidos como o conteúdo de uma disciplina, e suscetíveis de serem descritos e explicados cientificamente. (Kérouac

et al., 1996; Keck, 1997; Tomey & Alligood, 2003). Posto isto, do que se trata afinal a enfermagem?

De acordo com Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) presente no Decreto-Lei nº161/96 “Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.

Todavia, não é possível responder à questão anteriormente colocada, sem antes remeter, primariamente, para a pirâmide de Kérrouac et al (1996). Esta apresenta uma visão ontológico-epistemológica e organizada da enfermagem, onde se insere o metaparadigma, na questão ontológica e os modelos conceptuais e as teorias de enfermagem, na questão epistemológica. É de realçar que, quando nos referimos ao metaparadigma, referimo-nos ao nível mais abstrato do conhecimento.

Segundo Kérrouac et al (1996) a enfermagem define-se como uma disciplina e profissão, cujo centro de interesse, reside no cuidado da pessoa que permanece em interação contínua com o seu ambiente e que experiencia processos de saúde e de doença. Consequentemente, esta disciplina de enfermagem é constituída por quatro áreas conceptuais ou quatro metaparadigmas de enfermagem: a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem. Estes conceitos definidos por Fawcett em 1984, compõem os metaparadigmas de enfermagem, sendo atualmente designados pela Ordem dos Enfermeiros como enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional (OE, 2001).

Alicerçado em Wesley (1997), a primeira área conceptual, a pessoa, caracteriza-se por ser o recetor dos cuidados de enfermagem, nas suas dimensões física, espiritual, psicológica e sociocultural, podendo contemplar um indivíduo, uma família ou uma comunidade. Ao longo deste trabalho, o sujeito alvo dos cuidados de enfermagem, termo “a pessoa”, foi selecionado, contrariamente aos termos utente, doente e cliente. A escolha deste termo, deve-se não só ao facto de este ser um termo usado como conceito metaparadigmático, mas também, por me encontrar a terminar o processo conducente à atribuição do título profissional de Enfermeira Especialista na área da “Pessoa em Situação Crítica”.

O ambiente, caracteriza-se pelas circunstâncias e as influências que afetam a pessoa. Já a saúde, caracteriza-se pela presença de bem-estar ou a ausência de doença experienciada

pela pessoa (Wesley, 1997). Embora se trate de um conceito com mais de setenta anos, o conceito de saúde manteve-se inalterado ao longo dos anos. A Organização Mundial de Saúde [OMS] (1946) estabelece que “saúde é o estado de completo bem-estar físico, social e mental e não somente a ausência de doença ou enfermidade” (Silva, 2007, p15.). Por fim, a enfermagem, é definida como atividades, características e atributos que proporcionam o cuidado de enfermagem (Wesley, 1997).

Após o estímulo dos conceitos metaparadigmáticos, começou a ser frequente uma mobilização destes conceitos por diversos autores. Patrícia Benner, apresentou cinco níveis de competências, com o seu trabalho “De Iniciado a Perito” e de acordo com o Modelo de Dreyfus, introduzindo assim o conceito de Perito em enfermagem. Para chegar a esse nível, é necessário completar os anteriores níveis de competências: iniciado ou principiante, principiante avançado, competente, proficiente e, por fim, perito. Como tal, a autora ainda referiu que o Perito caracteriza-se por apresentar uma vasta experiência, que se traduz num entendimento intuitivo face a diversas situações. Por último, este distingue-se ainda do proficiente, pela tomada de decisão numa perspetiva holística (Benner, 2001). Madeleine Leininger salienta a importância de perceber que, embora os cuidados de saúde sejam universais, apresentam padrões e expressões diferentes de cultura para cultura. Jean Watson rejeita a orientação dos cuidados de saúde em função da doença, priorizando o cuidar, em detrimento da cura. Por fim, temos o exemplo de Kristen Swanson que definiu cinco processos sobre o cuidar: conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e acreditar (Potter & Perry, 2006).

De acordo Butterfield (2017), as ações teóricas dos enfermeiros, são aquelas que estando conceptualmente fundamentadas, têm maior probabilidade de atingir os resultados pretendidos. São ações aplicadas de forma “mais intencional”. Com isto, de forma a adotar o enquadramento conceptual e teórico que melhor fundamenta a minha prática de cuidados, é essencial existir uma ponte que liga os conceitos metaparadigmáticos à prática clínica diária dos enfermeiros.

Desta forma, posso afirmar que, o modelo de aquisição de competências, criado por Benner, tendo por base o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, é a filosofia que melhor me ajuda a compreender o crescimento profissional de enfermagem, contribuindo para a autonomia e a responsabilidade do enfermeiro.

Consequentemente, o cuidar apresenta uma forte componente relacional, em enfermagem, existindo o dar e o receber recíproco, que se desenvolve a partir do momento

em que o enfermeiro e a pessoa se conhecem. Na prática de enfermagem, a preocupação pessoal inerente ao cuidar permite ao enfermeiro ajudar a pessoa a recuperar de doença, a atribuir significado a essa mesma doença e a manter ou restabelecer uma ligação. Esta premissa vai ao encontro de Ida Orlando (1961) e o propósito de enfermagem, que se define como a assistência a um indivíduo, família ou comunidade, quer na prevenção, quer na forma de lidar com existência de doença e do sofrimento e, se necessário, encontrar algum sentido nessas experiências.

Enquanto enfermeira especialista e futura mestre, não poderia deixar de basear a minha prática clínica e este trabalho na teoria que considero basilar no cuidado de enfermagem, a Teoria do Cuidar de Jean Watson. Sendo o cuidar um fenómeno universal, que vai influenciar a forma como pensamos, sentimos e nos comportamos em relação aos outros. O cuidar em enfermagem tem sido eximamente estudado ao longo dos anos sob múltiplas perspectivas filosóficas e éticas, desde o tempo de Florence Nightingale. Tal remete-nos para a importância do cuidar em enfermagem, mas também para a própria existência da humanidade (Potter & Perry, 2006).

Assim sendo, o processo de cuidado ao longo dos estágios e deste relatório, foi baseado nos dez fatores de cuidados de Watson (2008), sendo estes:

- 1) A formação de um sistema de valores, ao respeitar a dignidade humana, reconhecer vulnerabilidades em si e outros e ser empático;
- 2) Sustentar a esperança da pessoa;
- 3) Ser sensível a si e aos outros;
- 4) Desenvolvimento de uma relação de ajuda e de confiança;
- 5) Promoção e a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos.
- 6) Uso sistemático do método científico na resolução de problemas e na tomada de decisão;
- 7) Promoção do ensino e da aprendizagem;
- 8) Possibilitar um ambiente de apoio, proteção e/ou neutralização mental, física, sociocultural e espiritual;
- 9) Respeitar as necessidades humanas;
- 10) Abertura e atenção na questão do campo espiritual e crenças culturais;

Relativamente ao primeiro fator, é importante considerarmos que numa situação de urgência/emergência a pessoa encontra-se, muitas vezes, assoberbada de medos, preocupações e ansiedade. Algumas delas relativamente à possibilidade de morte, sendo

necessário alguém que a possa confortar neste momento de vulnerabilidade. Desta forma, alicerçando em Watson, o desenvolvimento da capacidade expressiva e empática congregando com o conhecimento técnico científico, poderá contribuir para uma melhoria do cuidado de enfermagem.

Segundo Watson (1985), é fundamental que os enfermeiros adotem sentimentos de esperança no processo de cuidar. Esta teórica afirma que o efeito terapêutico da esperança é importante nos processos de alívio de sintomas, bem como na possibilidade de mudança da realidade que se está a vivenciar, promovendo assim o bem-estar da pessoa.

Com o passar dos anos, os enfermeiros encontram-se cada vez mais “formatados” para determinados cuidados. Contudo, de acordo com Watson, muitos enfermeiros não desenvolvem os seus potenciais de sensibilidade. Com isto, importa reforçar a necessidade da existência da sensibilidade e de emoções na relação de cuidado individual, ainda para mais numa situação, muitas das vezes incalculável para a pessoa alvo de cuidados, que é confrontada com uma situação de falência ou de eminência de falência de uma ou mais funções vitais. Após ter sido demonstrada sensibilidade para com a pessoa, segue-se naturalmente o desenvolvimento da relação de ajuda e de confiança, com base numa comunicação efetiva. Após desenvolvimento e fortalecimento da relação de ajuda, poderá ser percebida e facilitada a compreensão da situação de urgência, onde são expressos sentimentos positivos e negativos (Silva et al, 2002).

A utilização sistemática do método científico na resolução de problemas e na tomada de decisão torna-se imprescindível para a teórica. Sem a utilização de evidência científica, a prática eficaz poderá ser meramente acidental, na melhor das hipóteses, e ou até mesmo prejudicial, na pior das hipóteses (Watson, 1985). Esta informação é corroborada por Nunes (2010), em que o perito, definido por Benner, apresenta uma “competência técnica com sustentação teórica, com capacidade de agir no imprevisto e autonomia na tomada de decisão “(p.5).

Por sua vez, conjectura-se que deverá ser promovido o ensino e a aprendizagem (Watson, 1985). De acordo com Kyriakidis (2011), na questão do perito prevê-se uma utilização do seu conhecimento e sabedoria clínica no ensino de outros enfermeiros, “o que torna um perito clínico num líder clínico” (Nunes, 2010, p.5).

Watson (1985), assume que existem múltiplas variáveis externas e internas à pessoa, que afetam a vida e o bem-estar da mesma, tanto na saúde, como na doença. Sendo assim, cabe ao enfermeiro controlar as variáveis externas como por exemplo, o conforto, a

privacidade e o controlo de ruído. A manutenção de uma comunicação eficaz num ambiente de stress, com múltiplos profissionais envolvidos associado ao ruído, à dor da pessoa e à imprevisibilidade numa situação de urgência, que coloca em risco a vida da pessoa, pode apresentar-se de extrema complexidade. Tudo isto, são fatores que poderão afetar a qualidade dos cuidados, resultando em exigências especiais relativamente ao cuidar num SU, mas que se tornam fulcrais num cuidado mais humanizado e de qualidade. Por sua vez, importa igualmente o respeito pelas necessidades humanas segundo Watson (1985) em mútuo acordo com a teoria descrita por Virgínia Henderson em 1960, que trata as necessidades humanas básicas.

Por último, dada a multiculturalidade existente em todo o mundo e resultante dos processos migratórios existentes, transformam o nosso país, num local abrangido por diversas culturas. Consequentemente, é importante para o enfermeiro obter uma maior abertura e atenção na questão do campo espiritual e crenças culturais (Watson, 1985), o que nos remete, igualmente para a Teoria do Cuidado Transcultural, de Madeleine Leininger. Exemplo disso, é o caso de uma pessoa testemunha de Jeová com uma hemorragia controlável, mas que necessita de uma transfusão de hemoderivados urgente. Cabe assim ao enfermeiro a responsabilidade de atender à preservação e manutenção do cuidado cultural, ao informar devidamente e ao respeitar a pessoa no seu espectro cultural.

Em modo de conclusão, a teoria de médio alcance supramencionada é alusiva à reciprocidade entre o enfermeiro e a pessoa, tendo como meta o cuidado holístico, no qual a pessoa é vista na sua totalidade, independentemente da situação de doença (*Watson Caring Science Institute, 2016*).

No capítulo seguinte será abordada a temática investigada acerca do trauma e os seus potenciais contributos.

1.2 ENQUADRAMENTO DO FÉNOMENO EM ESTUDO

O trauma evidencia-se como um importante problema de saúde pública, com elevada complexidade e com repercussões humanas, sociais e económicas. Definições atualizadas afirmam que este se trata de um processo de 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 geral, a lesão adquirida através de elementos externos resulta numa importante mortalidade, morbilidade, incapacidade e perda de qualidade de

vida, constituindo assim, uma preocupação e um contributo para o aumento das exigências nos cuidados de saúde.

Dado o acima referido e a frequência da temática, surgiu assim a necessidade de realizar uma pesquisa no que concerne a este fenómeno, em coautoria com a equipa de investigação, tornando-se pertinente para o conhecimento científico atual uma *Scoping Review*, segundo o método *Joanna Briggs Institute*. Esta investigação focou-se em mapear as intervenções de enfermagem à pessoa vítima de trauma no SU. O documento integral encontra-se exposto no Apêndice I.

De acordo com o documento as Estatísticas de Saúde “As mortes por causas externas corresponderam a 4,3% do total de óbitos de residentes em Portugal em 2021 (5 320 óbitos), destacando-se a importância relativa das mortes por acidentes (3 695)” (Instituto Nacional de Estatística, 2022, p.42). Assim, em Portugal a sinistralidade e a taxa de mortalidade imputada ao trauma são consideradas das maiores da Europa (Direção Geral de Saúde, 2022). Os acidentes de viação, por sua vez, representam a principal causa de morte por lesão em todo o mundo e a nível europeu (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2013). Em Portugal, de forma geral, as vítimas de acidentes são jovens e encontram-se em idade ativa, o que agrava o impacto social do trauma. Posto isto, torna-se imprescindível adotar um conjunto de medidas de segurança, maior vigilância, e por sua vez promover o desenvolvimento de uma formação especializada, em que o tempo e a qualidade da atuação são necessários para melhorar a qualidade do atendimento à pessoa em situação crítica e respetiva família.

Segundo Ian Greaves et al. (2022), a atuação do extra-hospitalar através dos protocolos como o *Advanced Trauma Life Support (ATLS)* na pessoa vítima de trauma major, tem vindo a melhorar o que leva a um aumento da taxa de sobrevivência. Consequentemente mais doentes têm vindo a ser admitidos nos SU e em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Naturalmente, chegamos à conclusão de que intervenções oportunas e adequadas no SU podem reduzir igualmente as taxas de mortalidade e morbilidade adjacentes e potencialmente compensar alguns dos enormes custos inerentes ao trauma. Para o sucesso do tratamento é necessária ainda uma adequada articulação entre os múltiplos serviços envolvidos, nomeadamente a sala de emergência ou trauma, unidade de cuidados intensivos, bloco operatório e serviços de reabilitação para que os recursos sejam otimizados (Pereira & Melo, 2019). Isto, vai ao encontro de que é na UCI, que se dá continuidade à fase de ressuscitação, controlo de sépsis, planeamento cirúrgico e reabilitação (Bento, Germano, Cavaco, Cardoso & Dias, 2023).

No que diz respeito à realização da *Scoping Review*, foi utilizado um instrumento que agrupou detalhes específicos sobre a população, o conceito, o contexto e os métodos de investigação relevantes para a questão e o objetivo anteriormente mencionado. De forma a valorizar a evidência científica mais atual foi estabelecido um limite temporal entre 2006 e 2023.

Após a análise cuidada dos artigos reunidos e para conseguir sistematizar as intervenções recolhidas, optou-se por subdividi-las em duas categorias: intervenções autónomas e intervenções interdependentes. De acordo com o próprio Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro as intervenções de enfermagem subdividem-se em autónomas e interdependentes. Segundo o REPE “consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade” e “consideram-se interdependentes as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum” (Decreto-Lei nº161/96, 1996, p.4). Posteriormente foram estabelecidas quatro subcategorias, para uma maior clareza na apresentação dos dados. Estas subcategorias representam a abordagem à pessoa vítima de trauma no SU, sendo elas: triagem, avaliação primária, avaliação secundária e cuidados gerais, tendo por base a seguinte norma. A norma da DGS (Direção Geral de Saúde) Via Verde do Trauma no Adulto (2022) compreende cinco pressupostos: critérios de ativação da Equipa de Trauma (triagem); existência de equipa de trauma organizada, com coordenador definido; registos; avaliação primária e avaliação secundária. Segundo Moore, Hanley, Turgeon e Lavoie (2010), um sistema de trauma ou via verde trauma consiste numa rede organizada, que visa melhorar a eficácia e a eficiência dos cuidados às pessoas vítimas de trauma, sendo assim essencial segundo a DGS, que este sistema seja aplicado a todas as unidades de saúde com SU.

Intervenções Autónomas

O termo triagem deriva do verbo francês *trier*, que significa escolher ou selecionar (Funderburke, 2008). Este consiste num método que permite a gestão do risco clínico de forma, a organizar e ordenar, com segurança, o fluxo de pessoas que dão entrada no SU. Ao selecionarmos uma prioridade clínica, conseguimos diferenciar as pessoas que necessitam de tratamento imediato, dos que podem aguardar (Soler et al, 2010). De acordo com o Grupo Português de Triagem (2011) “é importante reter a noção que a

triagem não pretende fazer diagnósticos, mas apenas identificar problemas...e prioridades. “(p.7).

Assim sendo, no contexto dos cuidados de saúde à pessoa vítima de trauma, o momento da triagem assume-se particularmente desafiante, uma vez que se caracteriza pela necessidade de uma tomada de decisão célere e com informação limitada. 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.

De seguida, o enfermeiro triador procede à avaliação da pessoa vítima de trauma na triagem, onde terá de considerar a avaliação dos sinais vitais (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).

Posteriormente é necessário perceber o mecanismo de lesão do trauma através da colheita de informação obtida pelos meios de emergência extra-hospitalar, pessoa e família presentes no local do incidente e por consequência procurar possíveis lesões traumáticas ocultas (Laskowski-Jones, 2006).

Por último, no que diz respeito especificamente ao trauma vertebro-medular é imprescindível que o enfermeiro avalie a necessidade da implementação ou manutenção dos equipamentos de restrição de movimentos (Maschmann et al., 2019). Contudo, de acordo com o mesmo autor, no caso do trauma penetrante isolado, não existe indicação para estabilização vertebro-medular.

A avaliação inicial da pessoa vítima de trauma divide-se em dois momentos: primária e secundária.

A avaliação primária caracteriza-se pela conhecida mnemónica ABCDE do ATLS (2018), programa formativo de abordagem à pessoa vítima de trauma da *American College of Surgeons*. Esta abordagem foi atualizada para CABCADE, onde tem lugar o controlo da hemorragia exsanguinante (*Catastrophic hemorrhage*) e o controlo da coluna vertebral (*C-spine control*) (C), a avaliação da via aérea (A), respiração (B), circulação (C), avaliação neurológica (D) e exposição corporal (E). Desta forma, é possível identificar e corrigir as lesões/disfunções que se encontram presentes.

Em toda a avaliação da pessoa vítima de trauma deve ser mantido o alinhamento da coluna cervical, até exclusão de lesões da mesma. Relativamente ao controlo da hemorragia

exsanguinante, este apresenta prioridade sobre a sequência supramencionada, sendo considerada uma condição de risco imediato de vida. Assim sendo, em caso, de hemorragia exsanguinante, preconiza-se a realização de compressão manual direta, e em caso de ineficácia, procede-se à aplicação de um garrote em posição proximal à lesão, e por último, a aplicação de pressão na artéria proximal à lesão e elevação do membro (Picetti et al., 2019).

Na avaliação da via aérea (A), pretende-se assegurar a permeabilidade da mesma, ao avaliar a presença de corpo estranho na via aérea superior, líquido ou sólido, procedendo à sua remoção através da aspiração ou por exemplo com o auxílio de uma pinça de Magill (Laskowski-Jones, 2006). Após esta abordagem, poderá ser ainda necessária a utilização de adjuvantes da via aérea como é o caso do tubo orofaríngeo ou nasofaríngeo (contraindicado no trauma facial/crânioencefálico), em situações de alteração do estado de consciência com obstrução da via aérea (Laskowski-Jones, 2006; Zhang et al., 2019). Ainda neste tipo de situações de alteração do estado de consciência e na presença de náuseas e vômitos, deverá ser colocada uma sonda nasogástrica ou na existência de trauma facial/crânioencefálico uma sonda orogástrica (Laskowski-Jones, 2006).

Segundo o autor referido anteriormente e Zhang et al., (2019), na avaliação da respiração (B) deverá ser avaliado o padrão respiratório, como a frequência, regularidade, amplitude, simetria e o nível de saturação periférica de oxigênio. Posteriormente, avaliar a presença de queixas álgicas à palpação/movimentos ventilatórios e a presença de crepitação ou enfisema subcutâneo, de forma a excluir a presença de pneumotórax.

No que diz respeito à avaliação da circulação (C), é identificada e controlada a hemorragia externa e avaliada a presença de hemorragia interna (Laskowski-Jones, 2006). Desta forma, é necessário avaliar a presença e qualidade dos pulsos periféricos, tendo em conta a amplitude, frequência e ritmo, bem como a coloração da pele (Laskowski-Jones, 2006). De seguida, procede-se à avaliação e monitorização dos parâmetros vitais, tais como a tensão arterial e frequência cardíaca, a cada 5-15 minutos e consoante necessidade (Laskowski-Jones, 2006; Polovitch et al., 2019; Zhang et al., 2019). O enfermeiro encarrega-se de puncionar dois acessos venosos periféricos preferencialmente calibre 14 ou 16 e na impossibilidade, equaciona-se a colocação de um acesso intraósseo. (Laskowski-Jones, 2006; Polovitch et al., 2019; Zhang et al., 2019). Por fim, é administrada fluidoterapia previamente aquecida, prevenindo a hipotermia e respetivas consequências associadas a esta (Laskowski-Jones, 2006).

Na avaliação neurológica (D), deverá ser avaliado o estado de consciência, através da Escala de Coma de Glasgow (Laskowski-Jones, 2006; Picetti et al., 2019), bem como as características pupilares e défices sensitivo-motores (Laskowski-Jones, 2006; Picetti et al., 2019).

Na avaliação da exposição (E), procede-se à avaliação da presença de outras lesões corporais e/ou de objetos estranhos, assegurando sempre a privacidade da pessoa (Laskowski-Jones, 2006). Deve-se ainda ter em conta o controlo da temperatura, mais uma vez, para prevenir a hipotermia, sendo a temperatura da sala um fator importante a ter em consideração (Eichinger et al., 2021; Fryman & Murray, 2007; Laskowski-Jones, 2006).

Após o início da abordagem das lesões e disfunções identificadas na avaliação primária e a estabilização da pessoa, segue-se a avaliação secundária, com uma abordagem sistemática céfalo-caudal (Zhang et al., 2019). O objetivo desta abordagem centra-se na obtenção da história clínica da pessoa, que pode ser obtida através da pessoa, familiares e/ou técnicos do extra-hospitalar e na utilização de exames complementares de diagnóstico, de maneira a auxiliar a identificação de todas as lesões e não apenas aquelas que resultam em risco imediato de vida (Laskowski-Jones, 2006).

É de ressaltar que durante a avaliação, a dor deve ser avaliada de forma frequente através do uso de escalas próprias, nunca sendo desvalorizada (Laskowski-Jones, 2006; Wolf, 2009; Zhang et al., 2019).

No que concerne à segurança, esta engloba o enfermeiro e a pessoa vítima de trauma. Relativamente ao enfermeiro, este deve garantir a proteção contra a exposição de sangue ou outros fluidos corporais (Laskowski-Jones, 2006), através da utilização de equipamentos de proteção individual. No caso da pessoa vítima de trauma, preconiza-se a elevação da cabeceira 30-40°, de forma a proteger a via aérea, melhorar a ventilação e a diminuir a pressão intracraniana. Só existe contraindicação em caso hipotensão e na presença ou suspeita de lesão cervical (Fryman & Murray, 2007).

Contudo, as intervenções de enfermagem não passam apenas pela gestão e controlo de sintomas, mas também pelo cuidar da pessoa vítima de trauma atendendo à pessoa como um todo, com medos e receios que vivencia uma situação de complexidade e de imprevisibilidade. A promoção do conforto da pessoa, surge aliada a outras intervenções autónomas de enfermagem, quer ainda na promoção da autoimagem, onde se deve assegurar sempre que possível, o contacto entre a pessoa e família antes da realização da

intervenção cirúrgica (Martin et al., 2009). Adicionalmente a comunicação é também essencial para facilitar o processo de saúde-doença entre a pessoa e família, podendo ser usada para esclarecer questões e preocupações. Contudo, a comunicação entre os diversos elementos da equipa multidisciplinar também se torna importante (Martin et al., 2009; Zhang et al., 2019), sendo necessária uma comunicação em circuito fechado, numa linguagem uniforme e clara.

Intervenções interdependentes

De seguida irão ser abordadas as intervenções interdependentes seguindo a ordem anteriormente executada: triagem, avaliação primária, avaliação secundária e cuidados gerais.

Segundo o Grupo Português de Triagem (2011), as intituladas Vias Verdes são circuitos de encaminhamento pós-triagem, com componentes extra e intra-hospitalares, que visam a criação de protocolos que estabelecem procedimentos, e que requerem a intervenção da equipa multidisciplinar. De acordo com Wacht et al. (2018), trata-se de um exemplo disso a abordagem às pessoas vítimas de traumatismo crânioencefálico sob anticoagulação ou antiagregação plaquetária. Segundos os mesmos autores, a ativação deste protocolo cabe ao enfermeiro triador, com a alocação da respetiva equipa de trauma, colheita imediata de análises de sangue e encaminhamento da pessoa para realização de tomografia computadorizada crânioencefálica. Caso se verifique a presença de hemorragia intracraniana, poderá ser equacionada a administração de fármacos/hemoderivados reversores da anticoagulação ou antiagregação plaquetária.

Regressando novamente à avaliação primária, com a mnemónica CABCADE e após controlo da hemorragia exsanguinante, passamos para a abordagem da via aérea, através da implementação de medidas avançadas que protejam a mesma. Nesta situação procede-se à entubação traqueal ou à colocação de um dispositivo supraglótico, como é o caso da máscara laríngea (Laskowski-Jones, 2006).

No que diz respeito à respiração (B), após a avaliação da respiração e da SaO₂, anteriormente realizadas no subcapítulo anterior, recomenda-se a realização de avaliação gasimétrica, em que se pretende valores alvo de PaO₂ entre 60-100mmHg e PaCO₂ entre 35-45mmHg, à exceção de pessoas com patologia respiratória prévia (Picetti et al., 2019). Posteriormente, após a confirmação de pneumotórax ou hemotórax, pode ser necessária a colocação de um dreno torácico que vise a drenagem do conteúdo, bem como a prevenção de complicações associadas aos mesmos (Stewart, 2014).

No que concerne a avaliação da circulação (C), sugere-se a realização de um eletrocardiograma de doze derivações, de maneira a excluir alterações sugestivas, por exemplo, de contusão cardíaca (Stewart, 2014). No momento da punção venosa, podemos considerar ainda a colheita de sangue para estudo analítico com hemograma completo, tipagem de grupo sanguíneo, coagulação, biomarcadores cardíacos e outro tipo de análises tendo em conta a condição específica da pessoa (Laskowski-Jones, 2006; Stewart, 2014). Após a avaliação da pressão arterial, esperam-se valores que garantam a adequada perfusão dos órgãos nobres, mesmo apesar da hipotensão permissiva. Desta forma, recomenda-se a administração de soros, hemoderivados ou fármacos vasopressores (Fryman & Murray, 2007; Laskowski-Jones, 2006; Polovitch et al., 2019; Zhang et al., 2019), à exceção das pessoas vítimas de traumatismo crânioencefálico, em que se preconiza uma pressão arterial sistólica superior a 100mmHg ou pressão arterial média superior 80mmHg (Picetti et al., 2019).

Relativamente à avaliação da disfunção neurológica (D), com enfoque nas pessoas vítimas de traumatismo crânioencefálico recomenda-se a avaliação frequente dos sinais e sintomas associados ao aumento da pressão intracraniana, a manutenção dos valores da pressão de perfusão cerebral ≥ 60 mmHg, e por último a monitorização da pressão intracraniana, em doentes com potencial risco de hipertensão intracraniana (Picetti et al., 2019).

Quanto à avaliação da exposição (E), não foram identificadas intervenções interdependentes neste âmbito nos artigos analisados.

De seguida passamos para a avaliação secundária, sendo essencial a gestão da dor. De acordo com Laskowski-Jones (2006) sugere-se a avaliação da dor antes e após a administração da terapêutica analgésica, através da utilização de escalas.

Tendo em conta que a pessoa vítima de trauma está exposta a diferentes microrganismos e sujeita a diferentes lesões, preconiza-se a administração da vacina do tétano, de forma profilática, em caso de incerteza da data da última administração ou se a mesma foi administrada há mais de 5 anos (Laskowski-Jones, 2006).

Por último, encaminha-se a pessoa para a realização de exames complementares de diagnóstico (Laskowski-Jones, 2006; Picetti et al., 2019; Zhang et al., 2019). Contudo, é ainda de ressaltar, que durante a permanência da pessoa no SU, é essencial o apoio psicológico quer à pessoa vítima de trauma, quer à família, de forma a contribuir para esta transição de saúde-doença (Zhang et al., 2019).

A Pessoa Idosa Vítima de Trauma

Após a análise dos artigos recolhidos foi possível detetar a presença de um maior risco de desenvolvimento de complicações no trauma associado à população idosa. Desta forma, foi englobado este subcapítulo, que irei expor de seguida.

De acordo com Eichinger et al. (2021), a população idosa caracteriza-se por apresentar quedas prolongadas, hipotermia acidental e um aumento da morbilidade e mortalidade, quer seja pela idade, diminuição da reserva fisiológica ou comorbilidades associadas, pelo aumento da fragilidade inerente a estas pessoas.

Desta forma, torna-se essencial para o enfermeiro ter atenção às especificidades deste grupo populacional, no sentido de prever e agir precocemente perante as complicações associadas. Segundo os autores Wiles et al. (2016), sugere-se a implementação de um protocolo de prioridade clínica para pessoas com idade superior a 65 anos, sob anticoagulação ou antiagregação, tendo em conta posteriormente alterações do estado de consciência, mecanismo de lesão, comorbilidades associadas e utilização de anticoagulação.

Considerando a suscetibilidade de complicações e a maior incidência de mortalidade, cabe ao enfermeiro colmatar estes riscos e reduzir as complicações através da prevenção e dos cuidados que visem a recuperação dos seus níveis prévios de independência (Wiles et al., 2016).

Sumariamente, a abordagem à pessoa vítima de trauma no SU caracteriza-se pela sua complexidade e singularidade. Sendo o enfermeiro um elemento essencial no processo de cuidar, garantindo cuidados de excelência, integrados na equipa multidisciplinar e humanizados à pessoa vítima de trauma, este intervém quer na prevenção de complicações, quer na resolução de lesões e/ou disfunções e atua como agente facilitador do processo saúde-doença.

Concluindo o capítulo do Enquadramento, segue-se o capítulo referente ao Desenvolvimento de Competências.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo visa, em primeiro lugar, apresentar o enquadramento do estágio final, que foi subdividido em vários contextos clínicos. Os mesmos, não serão apresentados por ordem cronológica, mas sim tendo por base o percurso da pessoa em situação crítica, passando pelo contexto extra-hospitalar, serviço de urgência geral, UCI e por último um SU num centro de referência de trauma em Londres.

Por sua vez, pretende-se analisar de forma crítica e reflexiva as experiências vivenciadas, as intervenções executadas e os projetos de intervenção desenvolvidos nas várias instituições de saúde, onde decorreram os estágios. Esta análise, culmina na aquisição e desenvolvimento de competências específicas no cuidado especializado à Pessoa em Situação Crítica, zelando assim, pela qualidade destes mesmos cuidados.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021), “a mudança de paradigma de ensino superior, espelhada na mais recente versão do Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de Março, assenta no desenvolvimento de competências, genéricas e específicas, pelos alunos, contribuindo para uma maior aproximação entre os processos formativos, o alargamento das áreas de intervenção em Enfermagem e o aumento da exigência e complexificação da prestação de cuidados.” (p.1).

2.1 CUIDADO COM A PESSOA EM CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR

A expressão “da rua para o hospital” começou em Portugal, com a criação do número nacional de socorro 115, atualmente conhecido por 112, que prestava assistência às pessoas vítimas de acidentes na via pública, na cidade de Lisboa. Esta assistência era composta por uma ambulância tripulada por elementos da Polícia de Segurança Pública (PSP), que prestavam primeiros socorros e efetivavam o transporte para o hospital mais próximo (Mateus, 2007). Mais tarde, em 1971, foi criado o Serviço Nacional de Ambulâncias. Este serviço era constituído por ambulâncias medicalizadas da responsabilidade da PSP e das corporações de Bombeiros.

Entretanto, em agosto do presente ano, o reconhecido Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) celebra 43 anos de história, após ter sido criado em 1981. Este Instituto detém a responsabilidade de cumprir a missão de estabelecer e dirigir um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), que visa de forma organizada prestar “cuidados de emergência médica pré-hospitalar a todas as pessoas vítimas de acidente ou doença súbita” (INEM, 2022). Segundo o Regulamento n.º 226/2018 do Diário da República a

emergência extra-hospitalar caracteriza-se por “toda a situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe experienciada por pessoa, grupo ou comunidade, que exige uma avaliação e intervenção imediatas, no momento e local, garantindo um atendimento de qualidade, integral e oportuno” (p.10759). O SIEM é constituído até aos dias de hoje, por um conjunto de entidades com um único propósito, anteriormente referido, sendo estas: a PSP, a Guarda Nacional Republicana, o INEM, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, os Centros Hospitalares e os Centros de Saúde (Mateus, 2007).

Por sua vez, em 1987, foi criado em Lisboa, o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Compete ao CODU até à atualidade, atender e avaliar através de uma triagem telefónica, com a maior celeridade possível, as situações de urgência e de emergência e selecionar e ativar os “meios de socorro necessários (motas, ambulâncias, viaturas médicas e helicópteros)” (INEM, 2017). Após a receção da chamada 112, o CODU através do sistema de triagem *TETRICOSY (Telephonic Triage and Counseling)* permite que seja realizada uma triagem menos aleatória, mais assertiva e, conseqüentemente, um acionamento mais rápido (Campos, 2014), do meio necessário para a ocorrência. Os meios são acionados consoante a situação clínica da pessoa, a proximidade e acessibilidade ao local da ocorrência (INEM, 2017).

Posteriormente, em 2011, decidiu-se iniciar um processo de integração dos meios de emergência extra-hospitalar nos SU de forma a “potenciar sinergias, possibilitando a gestão otimizada dos recursos, contribuindo, inequivocamente, para a sustentabilidade desta importante rede de meios de emergência médica” (INEM, 2022, p.18). Nos termos do Despacho n.º 14898/201, os meios selecionados foram as Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e as Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV). Entre os meios de socorro disponíveis, os enfermeiros integram as equipas das ambulâncias SIV, da VMER, das ambulâncias de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP) e do Serviço de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM) (INEM, 2022).

A VMER “integra uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro, concebida para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente/sinistrado, tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida (SAV)” (Despacho n.º 5561/2014; Despacho n.º 10109/2014 de 06 de Agosto). O Regulamento

nº7743/2019 sugere ainda “que nos diversos meios em contexto de emergência extra-hospitalar, como é o caso da VMER, deve integrar um enfermeiro com competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar” (OE, 2021, p.4). Este pressuposto vai ao encontro do Regulamento n.º 226/2018, em que o enfermeiro de emergência extra-hospitalar define-se assim, como “enfermeiro detentor de um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, nos domínios da disciplina, da profissão e da emergência extra-hospitalar, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área que, num contexto de atuação multiprofissional, é responsável pelo processo de cuidado de enfermagem, à pessoa, grupo ou comunidade, no momento e no local em que se encontram a experienciar numa situação de urgência, emergência, crise ou catástrofe, até ao momento da sua transição para a unidade de saúde destinatária” (p.10759).

De acordo com Benner et al. (1999), citado pela OE (2021), “o perito é aquele que compreende rapidamente o problema e devido ao extenso historial de experiência demonstra uma compreensão intuitiva de situações complexas” (p.4). A experiência aliada ao conhecimento de um “enfermeiro de emergência” permite que este se torne consciente de um evento clínico iminente antes que o mesmo ocorra.

É de salientar pelo mesmo autor (2021) que “tendo em conta as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, considera-se esta a área de especialidade preferencial para o exercício profissional no pré-hospitalar, tanto na prestação de cuidados como na gestão” (p.4). Por este motivo foi solicitado o estágio de observação neste contexto clínico, de forma a contribuir para a análise e reflexão da abordagem à pessoa em situação crítica, mais especificamente à pessoa vítima de trauma, num local extra-hospitalar, seguido do transporte assistido para o hospital indicado.

O presente estágio decorreu entre 5 e 25 de Fevereiro de 2024, tendo sido realizadas um total de 40 horas, divididas por 5 turnos em VMER, sediada num hospital central, pertencente à área metropolitana de Lisboa.

A primeira viatura médica iniciou funções, pela primeira vez, na Sede do INEM, em 1989. Apelidada de Viatura Médica de Intervenção Rápida (VMIR) veio a dar origem à presente designação VMER (INEM, 2017). Portugal atualmente dispõe de 44 viaturas que se encontram integradas nos Serviços de Urgência Polivalente (SUP). As VMER atuam 24 horas por dia, todos os dias do ano, o que equivale a uma disponibilidade diária superior a 1.000 horas a nível nacional (INEM, 2017). Para integrar a equipa de enfermagem neste

meio, é mandatório a realização de um curso com um total de 80 horas de formação na área da Emergência Médica Extra-Hospitalar que se divide em cinco módulos, sendo eles: módulo de Suporte Avançado de Vida (16h), módulo de Emergências Médicas (17h), módulo de Trauma (17h), módulo de Emergências Pediátricas e Obstétricas (14h) e o módulo de Transporte de Doente Crítico e Situações de Exceção (16h) (INEM, 2019). Contudo, é ainda imprescindível a realização de um Curso de Condução Defensiva com um total de 42 horas de sessões teóricas e práticas, uma vez que acresce ao enfermeiro a responsabilidade de conduzir a viatura.

Numa fase inicial deste estágio e dado o número limitado de horas de observação comecei por obter uma maior compreensão no que diz respeito à estrutura física e organizacional deste meio, em particular do INEM, bem como conhecer melhor o seu contexto de funcionamento e dinâmicas, uma vez que, compete ao enfermeiro especialista a seguinte competência: **“adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”** (OE, 2019, p.4745).

Através da plataforma *iTEAMS*, procedi à extração dos dados relativos à VMER em questão, entre o ano 2021 e 2023, de modo a obter uma perceção da casuística encontrada. Neste período, foram realizados 8 022 acionamentos, em que em 68% dos casos foi realizado o transporte para o hospital recomendado, mas só 48% dos acionamentos foram com acompanhamento durante o transporte. Por outro lado, apenas 6% das ativações consistem em ativações de via verde, tendo por base o Despacho n. °10319/2014, onde foram definidas Redes de Referenciação específicas para as quatro Vias Verdes, sendo elas: Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC), Via Verde Coronária, Via Verde Sépsis e Via Verde Trauma. O número de ocorrências por género teve maior expressão no sexo masculino e relativamente ao escalão etário, a maioria das ativações ocorreram em pessoas com idade superior a 65 anos.

Esta equipa extra-hospitalar é composta por 18 enfermeiros, que exercem maioritariamente funções no SU e alguns na UCI, existindo ainda um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que exerce funções num SU pediátrico e no serviço de ambulâncias TIP do INEM. Contudo, não foi possível averiguar quantos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica fazem parte da equipa da VMER.

Relativamente aos turnos, existe um turno de manhã (8h), de tarde (7h) e de noite (10h), sendo que a grande maioria, quase 50% dos acionamentos ocorrem durante o turno da manhã, tendo por base a informação extraída da base de dados.

A viatura médica caracteriza-se por apresentar um conjunto de equipamentos adequados e preparados para dar resposta às variadas situações de urgência e emergência, sendo constituída essencialmente por um monitor/desfibrilhador manual com capacidade de realização de eletrocardiograma de doze derivações, ventilador com capacidade de ventilação não invasiva e invasiva, aspirador, garrafa de oxigénio, material de abordagem à via aérea, material de punção venosa e de acesso intraósseo, conjunto de fármacos recomendados e material de penso e imobilização de fraturas. Para além deste material existe ainda uma mala direcionada à especificidade da área pediátrica. Regularmente, são realizadas *check-list* de verificação e controlo do material.

Infelizmente, durante o período de estágio não presenciei nenhuma ocorrência relacionada com trauma. Deste modo, não pude observar de forma sistemática a resposta da equipa durante uma Via Verde Trauma.

De acordo com o *iTEAMS*, a grande maioria das ativações caracterizam-se por ser do foro médico sendo a paragem cardiorrespiratória (PCR), a alteração do estado de consciência e a dor torácica, as mais frequentes.

Contudo, tive a oportunidade de experienciar de perto uma situação de PCR, com indicação para *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), com tradução para português oxigenação por membrana extracorpórea, tendo sido realizado o transporte para um centro de referência da área de ECMO.

O acrónimo inglês eCPR (*Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation*) refere-se à ressuscitação cardiopulmonar extracorporeal, processo resultante da aplicação da ECMO como adjuvante das manobras de SAV (Bento, Germano & Cavaco, 2021). A aplicabilidade desta opção terapêutica surge em pessoas em PCR, quando as manobras de SAV convencional, não permitem alcançar o ROSC (*Return of Spontaneous Circulation*). De acordo com as *guidelines* de SAV do *European Resuscitation Council* [ERC] (2021) existe um benefício de iniciar o procedimento de eCPR em doentes instáveis quer pré ou pós-PCR. Este procedimento apresenta como objetivos garantir a circulação e as trocas gasosas, perfundindo os órgãos vitais durante o tempo necessário à realização de intervenções dirigidas à causa da PCR, como é o caso da angioplastia coronária (Bento, Germano & Cavaco, 2021). À semelhança das vias verdes estabelecidas, referidas

anteriormente, a eCPR carece de circuitos bem definidos e agilizados, sendo uma intervenção de alta complexidade, com limite temporal e que requer equipas, estruturas e meios técnicos disponíveis rapidamente. Uma vez que, em Portugal, a coordenação da emergência médica extra-hospitalar é da responsabilidade do INEM, cabe a este a resposta às vítimas de PCR fora do meio hospitalar, bem como a formação e o estabelecimento de protocolos e a interligação entre os respetivos centros de ECMO nacionais.

Por outro lado, a esta temática acresce uma maior exigência para a equipa extra-hospitalar, quer pelos recursos limitados de profissionais e materiais no local, quer pelas características do próprio local da ocorrência.

A situação experienciada, ocorreu após ativação por meio do número de emergência 112 para o CODU tendo sido ativado logo de imediato, uma ambulância e a VMER como apoio diferenciado. Fomos acionados para uma PCR numa vítima do sexo masculino de 50 anos. Frequentemente, situações de PCR exigem que os profissionais de saúde executem simultaneamente uma série de intervenções. Desta forma, é essencial serem previamente atribuídas, logo de início, a cada elemento funções específicas, de maneira a proporcionar um trabalho em equipa eficaz. De acordo com o curso de SAV da *American Heart Association* (2021), ao atuar como elemento ou líder da equipa de ressuscitação é necessário compreender a sua função e as funções dos outros elementos da equipa, de forma a contribuir para o melhor desempenho possível e conseqüentemente, melhor desfecho possível para a vítima. Posto isto, enquanto nos encontrávamos a caminho do local, foram distribuídas as respetivas funções. A pessoa entrou em PCR na via pública, o que para quem se encontra treinado para atuar, apenas ao nível intra-hospitalar, como é o meu caso, poderá ser um fator de maior exigência e stress. As próprias características do local nem sempre são facilitadoras, neste caso a pessoa já se encontrava no chão na via pública, tendo sido necessário, antes de mais, verificar se existiam condições de segurança, mas o facto de a mesma se encontrar na rua facilitou depois a sua extração para a ambulância. Durante o transporte foi salvaguardada a segurança da vítima e que todos os equipamentos se encontravam num correto funcionamento e junto da mesma, sendo eles o ventilador, garrafa de oxigénio e o compressor torácico mecânico conhecido por *LUCAS* ®. Quando chegamos ao centro de ECMO já existia toda uma equipa preparada para dar início ao procedimento. A passagem dos dados foi realizada tendo por base a conhecida sigla ISBAR. Segundo a DGS, dentro das principais causas de eventos adversos na saúde, encontra-se a comunicação. Desta forma, de acordo com a mesma,

preconiza-se a técnica ISBAR (mnemónica para Identificação, Situação Atual, *Background* para antecedentes, Avaliação e Recomendações) na transferência de informação entre equipas prestadoras de cuidados, em todos os níveis de prestação de cuidados, garantindo a clareza da informação passada.

No final da ocorrência, foi realizado um *debriefing*, de forma a analisar, refletir e discutir sobre o desempenho da equipa. Segundo Benner et al. (2011), através deste é possível rever todo o trabalho da equipa, e ainda, gerir emoções negativas que possam resultar da prestação de cuidados, culminando assim num momento de aprendizagem.

Por último, apesar de não ter tido um acionamento para uma pessoa vítima de trauma, foi discutida e refletida com a equipa a utilização de escalas de trauma no ambiente extra-hospitalar. Consta em termos de registos no “verbete nacional de socorro” a escala de trauma RTS (*Revised Trauma Score*), de modo a facilitar a possível referenciação para um centro de trauma. De acordo com esta escala uma pontuação igual ou acima de dez, requer que a vítima seja encaminhada para um centro de referência de trauma (DGS, 2022). Contudo, após diálogo com a equipa percebeu-se que a escala não é muito utilizada, uma vez que, a VMER em questão, encontra-se sediada num hospital de referência ao trauma.

Em jeito de conclusão, apesar de ter sido um estágio observacional, penso que através das situações anteriormente descritas foi possível refletir e/ou validar as seguintes competências: **“presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”** (OE, 2018, p.19363); **“cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe”** (OE, 2018, p.19363) e **“gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe”** mais concretamente nos critérios de avaliação: **“lidera a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa”** e **“avalia em contínuo a articulação e eficiência da equipa”** (OE, 2018, p.19364).

Finalizo com a importância do serviço extra-hospitalar, uma vez que contribui com ganhos para a saúde, no sentido em que através dos variados e competentes meios existentes é possível realizar uma abordagem à pessoa, seguida da sua estabilização e devido transporte em situação de urgência ou emergência, assegurando a qualidade e segurança dos cuidados até à unidade hospitalar.

2.2 CUIDADO COM A PESSOA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O estágio correspondente à unidade curricular “Vigilância e decisão Clínica”, de acordo com o plano de estudos do curso foi creditado, ao abrigo do Decreto-Lei nº 27/2021, de 16 de abril, modificado do artigo 45º do Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março, autenticando as competências que adquiri no âmbito dos cinco anos do meu exercício profissional no Serviço de Urgência Geral de um hospital na periferia de Lisboa.

O hospital onde exerço funções iniciou a sua atividade em 1991, tendo vindo a ser substituído pelo antigo hospital distrital, por já não conseguir dar resposta à população da área. Doze anos depois o hospital veio a ser classificado como Hospital Central, como consequência do seu desenvolvimento e grau de diferenciação adquirido. Neste momento, este é considerado uma referência a sul da especialidade de Neurocirurgia, sendo detentor de um serviço pioneiro de Hospitalização Domiciliária, de uma Unidade de Cardiologia de Intervenção e de três valências na área de urgência: Urgência Pediátrica, Urgência Ginecológica/Obstétrica e Urgência Geral Polivalente.

Em dados extraídos referentes a 2020, o hospital em questão, servia até a essa data cerca de 350 mil habitantes, através de uma variedade de especialidades, dispondo de uma lotação de 590 camas de internamento. Atualmente, sabe-se que a lotação já não se encontra atualizada. Por consequência da infeção por SARS-CoV-2, o hospital foi forçado a criar mais camas, no sentido de dar resposta a esta pandemia.

Relativamente ao serviço onde exerço funções, caracteriza-se por ser a linha da frente do hospital, sendo o único serviço aberto 24 sob 24h. Este facto torna essencial a existência de equipas devidamente treinadas e capacitadas para prestar cuidados a um elevado número de pessoas, em contexto de urgência ou emergência. Para tal, é frequentemente necessário priorizar as diversas situações recebidas, sendo o stress e a ansiedade importantes fatores associados.

Este serviço caracteriza-se por ser um Serviço de Urgência Polivalente (SUP), o que vai ao encontro do Despacho n.º 18 459/2006 modificado pelo Despacho n.º 10319/2014: “O SUP é o nível mais diferenciado de resposta à situação de Urgência e Emergência” (p.20674). De acordo com o despacho anterior, o SU caracteriza-se por possuir uma gestão integrada da VMER, “em que a equipa para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico no Serviço de Urgência da Unidade de Saúde” (Ministério da Saúde, 2014, p.20674).

Adicionalmente, e no que diz respeito à temática em estudo, este SU não se caracteriza por ser um Centro de Trauma. Compete a estes centros “a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave” (Ministério da Saúde, 2014, p. 20674). Apesar da nossa considerável casuística em trauma, de possuímos um heliporto e as valências obrigatórias para um SUP, não apresentamos a especialidade de Cirurgia Cardiotorácica.

Relativamente à estrutura física e no que concerne o atendimento à pessoa em situação crítica, esta caracteriza-se por apresentar salas de triagem, de emergência, de enfermagem, área com gabinetes de atendimento médico e cirúrgico (Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Traumatologia, Neurocirurgia e Urologia), sala de pequena-cirurgia, área dedicada à valência de Psiquiatria com sala de espera, sala de enfermagem e gabinetes médicos independentes da equipa do SU e ainda uma área de internamento médico-cirúrgico de nível intermédio, com capacidade para 24 camas de internamento, das quais 17 camas com capacidade de monitorização de sinais vitais da pessoa em tempo real.

Tendo em conta o principal foco dos cuidados de enfermagem, a pessoa e a família, existe um gabinete de informação e acolhimento destinado para a pessoa e família. Este gabinete é composto por um enfermeiro e dois técnicos auxiliares de saúde. O objetivo deste é apoiar a pessoa e família e certificar que ambas se encontram devidamente informadas e esclarecidas, o que vai ao encontro da melhoria dos cuidados prestados. Adicionalmente o enfermeiro ajuda a pessoa/família na gestão da ansiedade e do medo vividos, pela pessoa em situação crítica. Por outro lado, o enfermeiro que se encontra neste gabinete apresenta-se como elo de ligação e de referenciação entre a pessoa/família e a assistente social, no sentido de facilitar o processo de resolução do âmbito social, que se encontra muitas vezes inerente ao SU. Ao exercer funções e cuidados à pessoa e sua família neste posto de trabalho essencial, perceciono que são mobilizadas diariamente, as seguintes competências: **“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”** (OE, 2018, p. 19363), bem como **“assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”** (OE, 2018, p. 19363).

Neste serviço a equipa de enfermagem é composta por 80 enfermeiros, constituída pelo enfermeiro gestor, três enfermeiros de coordenação (em horário fixo) e cinco equipas de

enfermeiros na prestação direta de cuidados à pessoa em situação crítica, sendo quatro equipas em horário rotativo e uma equipa (em horário fixo).

Destes três enfermeiros, um é responsável pela Coordenação da VMER e supervisão da sala de emergência e triagem, sendo o segundo elemento no organograma do serviço, complementa diretamente o enfermeiro gestor em todas as áreas de gestão; a uma foi atribuída a função de supervisão da área da sala de enfermagem e gabinetes médicos e por último, uma enfermeira é responsável pela supervisão da área de internamento. É de ressaltar que todos os enfermeiros da coordenação são detetores do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Por sua vez em cada equipa em horário rotativo existe um chefe de equipa e mais 2 enfermeiros com capacidade de chefia de equipa que se substituem sucessivamente na ausência do primeiro, ou do segundo elemento, caracterizando-se por serem os elos entre o enfermeiro gestor e as respetivas equipas.

O método de trabalho preconizado em cada posto é o método de trabalho individual. Os registos de enfermagem são realizados num sistema informático denominado de *ALERT*® e especificamente na área de internamento é utilizado o sistema designado de *SClinic*®.

No âmbito do sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública (SIADAP), tendo em conta o Objetivo Partilhado do serviço, frequentemente são realizadas auditorias, tendo por base, a norma de identificação do utente e a sinalização de alergias com as respetivas pulseiras. Assim, ao integrar a equipa responsável pela elaboração da norma e auditoria supramencionada, posso concluir que é possível validar as seguintes competências **“Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”** (OE, 2019. 4747), no sentido em que **“Avalia a qualidade das práticas clínicas”** (OE, 2019. 4747) e **“Planeia programas de melhoria contínua”** (OE, 2019. 4747).

De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 preconiza-se que o posto de triagem de cada tipologia de urgência seja assegurado por um enfermeiro com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades. Neste serviço, os enfermeiros após obterem uma experiência profissional no mínimo de três anos e após demonstrarem capacidade para tal, são submetidos ao curso de Triagem de Prioridades de Manchester. Remetendo ainda para o facto, de que perante o regulamento supramencionado “no caso da triagem de prioridades nas urgências de adultos, recomenda-se que este posto seja assegurado,

preferencialmente, por enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica” (OE, 2019, p.144).

No âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, a todos os enfermeiros do SU é dada a possibilidade de realização do curso de SAV, de forma a integrarem a equipa que presta cuidados mais especificamente, na sala de emergência. De acordo com o Regulamento n.º 743/2019 recomenda-se que 50% dos enfermeiros do SU sejam enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, mais especificamente na vertente da Pessoa em Situação Crítica e que sejam detentores de formação em SAV. Preconiza-se que a atualização do curso seja realizada de três em três anos, sendo a despesa da inscrição da inteira responsabilidade do hospital. Assim, a própria unidade de saúde e respetivo serviço contribuem para a formação contínua e atualizada dos seus enfermeiros.

O facto de ter realizado o curso de triagem, o curso de SAV e o curso de Urgência e Emergência com uma duração de 53 horas de formação, permitiu-me enquanto enfermeira que exerce funções num SU desenvolver a seguinte competência: **“baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p.4749).**

Adicionalmente, após realização do curso de SAV e de apresentar algum tempo de experiência na sala de emergência, o enfermeiro do SU é integrado na Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI), sendo a equipa composta por elementos do SU e UCI. De acordo com a DGS através da Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO de 22 de junho de 2010, as equipas são compostas por um médico e um enfermeiro com competências avançadas na abordagem à pessoa em situação crítica. Quando acionada esta equipa, esta visa responder de forma rápida, a situações de PCR, bem como a situações de deterioração fisiológica aguda. O Conselho de Enfermagem expõe na Nota Informativa n.º 2/2017 que os objetivos destas equipas visam reduzir a mortalidade, reduzir o tempo de internamento, bem como reduzir as consequências de uma PCR. Com isto, concluo com o Parecer n.º 09/2017 da OE em que “o profissional com melhor formação para integrar Equipas de transportes de doentes críticos ou Equipas de Emergência Intra-Hospitalar é preferencialmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica” (OE, 2017, p.2).

Pelo facto de prestar cuidados na sala de emergência, de pertencer à equipa de EEMI e dada a imprevisibilidade característica deste serviço, são asseguradas diariamente as

seguintes competências: **“presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”** (OE, 2018, p.19363), **“garante a administração de protocolos terapêuticos complexos”** (OE, 2018, p.19363), no que diz respeito por exemplo, à Via Verde AVC procedendo à trombólise através do protocolo de administração de alteplase.

Contudo, importa ressaltar que maioritariamente os cuidados à pessoa, em contexto de sala de emergência caracterizam-se por cuidados mais técnicos e pouco expressivos no que diz respeito à relação terapêutica. Para a pessoa em situação crítica trata-se de um momento gerador de um conjunto de sinais e sintomas, bem como de medos, ansiedades e de grandes preocupações. Assim sendo e tendo como base a teoria de médio alcance de Jean Watson, procuro que a minha prática clínica seja integrada num processo de cuidados mais holísticos e humanizados e não somente em cuidados “tecnicistas”. Como resultado, é estabelecida a competência **“garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”** (OE, 2019, p.4746).

Por sua vez, durante o meu percurso profissional tenho tido a possibilidade de orientar estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, bem como já contribuí para a integração de novos profissionais. Perante o descrito, foi possível desenvolver a competência **“responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho”** (OE, 2019, p.4749).

De modo a concluir, considero que os anos de experiência que obtive neste Serviço de Urgência, repleto de oportunidades complexas e inesperadas, permitiu-me inequivocamente, desenvolver conhecimentos e competências no cuidado à pessoa em situação crítica.

2.3 CUIDADO COM A PESSOA EM CUIDADOS INTENSIVOS

O intitulado “Terramoto de Lisboa” ocorreu no dia 1 de novembro de 1755, resultando num elevado número de fatalidades, bem como na destruição de grande parte da cidade de Lisboa.

Após este célebre episódio, o hospital inicialmente inaugurado por D. Manuel I em 1505, terá sido transferido para o antigo Convento de Santo Antão, detentor da antiga sacristia e atual capela do hospital.

O hospital em questão, atualmente pertencente a um Centro Hospitalar Universitário é uma unidade de saúde dotada de um riquíssimo património cultural, constituída por seis hospitais localizados na cidade de Lisboa.

Porém, em Julho de 2022, foi assinado o despacho de adjudicação de um novo hospital, com o intuito de substituir as seis unidades, anteriormente descritas, que se encontram dispersas fisicamente pela cidade de Lisboa, agregando assim, todas as especialidades numa só unidade física.

A unidade de cuidados intensivos da instituição, anteriormente descrita, onde decorreu o estágio, é conhecida como uma das primeiras UCI a surgir em Portugal.

Entende-se como UCI, um serviço detentor de uma abordagem multidisciplinar e interprofissional dedicada à gestão abrangente de pessoas com ou em risco de desenvolvimento agudo, de disfunção orgânica, através do acesso a tecnologias, que fornecem suporte aos órgãos nobres (Marshall et al., 2017). Este serviço é aquele que alcança a capacidade para receber pessoas que requerem monitorização cuidada e uma otimização da vigilância. Por sua vez, remete-se o conceito de otimização da vigilância que remonta a 1850 com a criação, por Florence Nightingale, de espaços dedicados à vigilância dos soldados britânicos vítimas da guerra da Crimeia.

Recentemente a unidade foi reconhecida em 2017 pelo Ministério da Saúde, como centro de referência de ECMO, sofreu uma alteração, tendo sido reorganizada em dois serviços distintos. Atualmente, existe uma unidade polivalente e outra unidade distinguida como sendo um centro de referência para pessoas com necessidade de ECMO, denominado de CRECMO.

Por outro lado, esta UCI é composta por enfermeiros que enaltecem o facto de existir uma forte e rápida articulação entre a unidade de urgência médica, tal como o nome indica e o SUP, sendo extremamente beneficiador para a pessoa em situação crítica.

Na atualidade, o serviço possui uma capacidade de 18 vagas de cuidados intensivos nível III, existindo 2 salas de pressão negativa com capacidade de 4 vagas, destinadas maioritariamente, a pessoas com necessidade de isolamento respiratório. Contudo, em caso de necessidade de vaga de cuidados intermédios nível II, podem ser utilizadas vagas para este efeito.

Nesta unidade, a equipa de enfermagem é composta por 81 enfermeiros, constituída pelo enfermeiro gestor, cinco enfermeiros de coordenação, em horário fixo, e cinco equipas de enfermeiros na prestação direta de cuidados à pessoa em situação crítica.

Destes cinco enfermeiros, dois são responsáveis pela gestão, um responsável pela sala de hemodiálise e sala de técnicas de apoio ao SU, como é o caso do procedimento de colocação de um pacemaker. A existência destas salas torna-se essencial, no sentido de responder com prontidão a situações de urgência do SU que necessitem de técnicas dialíticas e técnicas do foro de cardiologia, ou até mesmo de pessoas que se encontram internadas e necessitem de cuidados periódicos, neste sentido.

Numa perspetiva de gestão de recursos humanos e económicos, a existência destas salas veio colmatar os constrangimentos que eram causados pelo facto de o Serviço de Hemodiálise e a Unidade de Cardiologia de Intervenção se encontrarem sediados noutras unidades hospitalares, pertencentes ao centro hospitalar.

Por sua vez, dado o reconhecimento da unidade e o facto de integrar um Centro Universitário, faz com que anualmente o serviço receba frequentemente estudantes. Desta forma, o enfermeiro anteriormente referido, é ainda responsável pelas orientações dos estudantes do Mestrado de Enfermagem com especialização em Médico Cirúrgica, e por último outro enfermeiro que coordena a área da reabilitação e é responsável igualmente pelas orientações dos estudantes do Mestrado em Enfermagem com especialização em Reabilitação.

Estes cinco elementos coordenam em conjunto as auditorias e grupos de qualidade, sendo que as temáticas são definidas em dois sentidos: pela necessidade do próprio serviço e pela necessidade dos próprios profissionais de saúde. Os grupos de qualidade são os seguintes: Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA); Protocolo de Sedoanalgesia; Protocolo de Prevenção do *Dellirium*; Protocolo para Glicemia alvo e Temperatura alvo e por último Consulta de *Follow-up*. É de ressaltar ainda, que o serviço aposta frequentemente na formação, possibilitando aos enfermeiros uma prestação de cuidados continuamente atualizada. Assim é possível aferir o desenvolvimento da competência **“baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”** (OE, 2019, p.4749).

Na prestação direta de cuidados à pessoa em situação crítica existem cinco equipas em horário rotativo, constituídas por cerca de 14/15 enfermeiros. Em cada turno existe um chefe de equipa, um segundo e um terceiro elemento. O primeiro tem como função a

gestão do serviço, gestão de vagas e consequente distribuição da equipa. O segundo e terceiro elemento têm como funções orientar, supervisionar e colaborar na prestação de cuidados de enfermagem, bem como na integração de novos profissionais. A integração neste serviço, no que concerne à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica tem habitualmente uma duração de seis meses.

O método de trabalho é o individual, que consiste na atribuição de doentes no rácio de 1:2, que vai ao encontro do descrito no Regulamento n.º 743/2019 da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Por outro lado, são ainda utilizados os seguintes índices de avaliação da carga de trabalho em Enfermagem em UCI, sendo eles: o *Nursing Activities Score* (NAS) e o *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28). Estes índices caracterizam-se por serem instrumentos válidos na classificação dos doentes em relação às suas necessidades de saúde, bem como ajudam a quantificar o tempo gasto pela equipa de enfermagem na prestação de cuidados (Ferreira, Machado, Martins & Sampaio, 2017).

A informação criada pelos registos de enfermagem e a apresentação de forma clara pelas plataformas dos sistemas de informação são fundamentais para a comunicação e o trabalho de equipa. A unidade apresenta uma parametrização de conteúdos que reflete as informações mais pertinentes, ou mais frequentes, tendo em conta as necessidades das pessoas, os objetivos dos cuidados, as intervenções e a vigilância contínua. Os registos de enfermagem são indexados num sistema informático denominado por *PaTIENT.CARE* da *B-SIMPLE*®, que fornece aos profissionais de saúde uma monitorização e avaliação permanente dos doentes, tendo a capacidade de transcrever automaticamente a monitorização do doente em tempo real.

Os registos são realizados junto à unidade da pessoa, de maneira que o enfermeiro responsável consiga uma vigilância mais atenta da pessoa em situação crítica. A proximidade e a visualização direta da mesma por parte do enfermeiro, possibilitam a identificação e a correção rápida de situações que ameaçam a vida desta, sendo assim, uma vantagem que se sobrepõe à desvantagem da privacidade limitada da pessoa.

Dado o interesse pessoal na pessoa em situação crítica, mais concretamente na área de trauma e a experiência profissional prévia em Serviço de Urgência Polivalente, optei por realizar o estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, pelo forte investimento formativo que este acarreta. Adicionalmente, esta UCI é reconhecida por dar resposta ao Centro de Trauma da Unidade Hospitalar, o que também contribuiu

fortemente para a seleção deste estágio. A seguinte preferência teve como objetivo alargar a minha esfera de ação, através do desenvolvimento de competências de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, com a finalidade de assegurar uma continuidade de cuidados diferenciados e essenciais à pessoa que foi previamente admitida no Serviço de Urgência/Centro de Trauma e posteriormente encaminhada para uma UCI.

O período de estágio decorreu entre 24 de outubro de 2023 e 16 de dezembro de 2023, num total de 180h de contacto, 10h de orientação tutorial e 10h de seminário e as restantes para trabalho individual. Contudo, foi realizada uma continuação do estágio no período de 30 de janeiro de 2024 e 27 de fevereiro de 2024, num total de 100h de contacto, horas estas que foram divididas com o estágio na VMER da unidade hospitalar.

Numa fase inicial do estágio foi elaborado um projeto individual, onde foi delineado o objetivo geral e respetivos objetivos específicos contemplados pelo plano de estudos do curso e que mais uma vez pretende integrar as competências a desenvolver. Como objetivo geral foi definido:

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

Posteriormente, tendo por base os interesses, motivações pessoais e necessidades de aprendizagem, que coadunam com a aquisição de competências especializadas procurei estabelecer os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família em contexto de UCI Polivalente.

- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica vítima de trauma.

Por conseguinte, irei proceder à descrição e análise das atividades desenvolvidas, de maneira a alcançar os objetivos inicialmente definidos.

Concomitantemente com o parecer n.º 15/2018 nominado Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na UCI preconiza-se que a procura da formação contínua e especializada é fundamentada pela crescente evolução tecnológica e de técnicas/procedimentos realizados neste serviço, o que leva a um aumento da exigência para com os enfermeiros.

Ao estagiar numa UCI fez com que numa fase inicial tivesse de sair da minha zona de conforto e enveredar por uma área geradora de múltiplos desafios aliada à motivação constante na aquisição de novos saberes.

Desta forma, tendo por base o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, no que diz respeito às competências **“desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”** (OE, 2019, p.4749), bem como **“baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica”** (OE, 2019, p.4749) procurei adquirir mais conhecimentos sobre a área da pessoa em situação crítica numa perspetiva de UCI, tendo consciência do eu, enquanto enfermeira e estudante da especialidade e das minhas limitações associadas a esse segundo papel.

Neste âmbito procurei adquirir novos saberes acerca da pessoa em situação crítica com falência orgânica/multiorgânica. Mais concretamente, conhecimentos no que concerne à insuficiência respiratória grave e aos diferentes focos terapêuticos como é o caso da oxigenoterapia nasal de alto fluxo; da ventilação mecânica invasiva, tendo em conta a importância da gestão da sedoanalgesia, sendo crucial para o enfermeiro avaliar e promover o conforto da pessoa e minimizar os riscos associados a esta e a colocação da pessoa em decúbito ventral; e por último da utilização do ECMO, mais precisamente o ECMO VV, neste tipo de situações. No que diz respeito à pessoa em choque e à sua abordagem nos diferentes tipos, conseguindo interligar a abordagem da pessoa com sinais de choque no SU e os respetivos cuidados na UCI. E por último à pessoa com necessidade de técnicas de substituição da função renal. A utilização do “rim artificial” ao contrário do humano, é indicada em complicações metabólicas em pessoas com lesão renal aguda ou com doença renal crónica a requerer correção urgente.

Segundo Benner et al. (2011), a sabedoria clínica permite ao enfermeiro especialista refletir ativamente as suas práticas e assim prestar cuidados de excelência. Aliando a teoria à prática após proceder previamente à procura de conhecimento científico, procurei prestar cuidados especializados à pessoa em situação crítica na UCI em questão.

Por outro lado, de acordo com a Teoria do Cuidar de Jean Watson, a capacidade da pessoa crescer e modificar-se é um processo constante no desenvolvimento do ser humano. Este processo, por sua vez, pode ser afetado pela consciência da pessoa enquanto ser cuidado, bem como do cuidador, no plano de cuidados. Segundo Vianna & Crossetii (2004), no momento do cuidado, através da intencionalidade e da presença, segue-se um elo de

ligação entre quem cuida e quem é cuidado, no sentido de desenvolver um cuidado efetivo que inclua a pessoa como um todo.

Posto isto, ao longo dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, fomentei um cuidado direcionado ao conforto, ao contacto e à comunicação com a pessoa e respetiva família. O envolvimento da família é continuamente assegurado pelos enfermeiros da unidade. Para facilitar este processo foi criada uma sala de acolhimento à família da pessoa e, no sentido de estabelecer o primeiro contacto com a família, salvaguardando a disponibilidade e a atenção despendida do enfermeiro para este momento. Assim, posto o acima referido e dada a importância da pessoa como um todo e da família como foco dos cuidados, foi possível consolidar as seguintes competências, **“gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”** (OE, 2018, p.19363), **“gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”** (OE, 2018, p.19363) e **“assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”** (OE, 2018, p.19363)

Mais uma vez durante os cuidados prestados neste local de estágio baseei a minha prática clínica nas necessidades da pessoa, tendo por base um dos dez fatores de cuidado de Watson. Assim, utilizei os protocolos implementados na unidade, como é o caso do protocolo de sedoanalgesia; o protocolo de prevenção do *Dellirium*, utilizando a escala de *Confusion Assessment Method for The Intensive Care Unit* (CAM-ICU); o protocolo para glicemia alvo e temperatura alvo, no sentido de proporcionar um cuidado de conforto, procurando antecipar e resolver complicações. Deste modo, posso assumir o desenvolvimento das seguintes competências: **“presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”** (OE, 2018, p.19363) e **“garante a administração de protocolos terapêuticos complexos”** (OE, 2018, p.19363).

Segundo o Regulamento n.º 429/2018 do Diário da República, “considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (p.19364), o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica “responde eficazmente na

prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos” (p.19364). Uma vez, que o enfermeiro orientador pertence à equipa de coordenação do serviço, foi possível assistir a uma reunião do grupo pertencente ao Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), que constitui um dos programas prioritários de saúde, sob tutela da DGS.

Neste âmbito, procedi à realização de três momentos de auditoria. Um momento relativamente à prevenção da pneumonia associada à intubação, tendo sido posteriormente atualizada a norma do serviço, tendo por base a Norma Clínica da DGS: 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 17/11/2022. O segundo e terceiro momento no que diz respeito à prevenção de infeção no cateter venoso central e cateter venoso periférico, tendo sido posteriormente atualizada a norma do serviço, tendo por base a Norma Clínica da DGS: 022/2015 atualizada a 29/08/2022.

As normas clínicas atualizadas por mim no contexto de estágio encontram-se apresentadas nos Apêndices IV, V e VI. De forma, a salvaguardar o anonimato da instituição e do próprio local de estágio, foram omitidos, de forma intencional os respetivos logótipos.

Deste modo, posso concluir o desenvolvimento da competência **“maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”** (OE, 2018, p.19364).

Por último, foi-me proposto logo desde início pelo enfermeiro orientador prestar cuidados especializados à pessoa em situação crítica vítima de trauma, com a finalidade de assegurar uma continuidade de cuidados diferenciados e essenciais ao doente com este tipo de especificidade e de grande complexidade.

Por sua vez, tendo em conta a responsabilidade e a necessidade crescente dos cuidados à pessoa em situação crítica em especial numa UCI, quer pela mortalidade e morbilidade e pelos custos inerentes, é pretendido que as avaliações de qualidade sejam particularmente relevantes.

Para a avaliação da qualidade de uma UCI é fundamental ter registos válidos e que permitam proceder a uma avaliação correta do desempenho de uma unidade com um intervalo temporal, bem como medir os reais resultados das medidas de melhoria da qualidade aplicadas (Bento, Germano, Cavaco, Cardoso & Dias, 2023).

Com base nestas premissas surge a importância de um registo de trauma adequado, bem como na informação obtida através da observação direta dos registos realizados pelos enfermeiros. Após o momento de reflexão com o enfermeiro orientador foi realizada uma análise dos dados estatísticos do local de estágio identificados nos registos de enfermagem no sistema *PaTIENT CARE* da *B-Simple*®, dando maior ênfase à temática da pessoa vítima de trauma. Esta teve como objetivo perceber melhor a contextualização do serviço na temática supracitada e conseqüentemente o cruzamento de dados que poderiam, segundo as recomendações existentes constar nos registos de trauma, com os registos efetivamente realizados no serviço.

De seguida irei a apresentar a análise de dados supramencionada e tendo por base a contextualização das escalas de trauma utilizadas, concluo com a sua possível utilidade.

A recolha dos dados teve lugar na sala de enfermagem do serviço, no dia 7 de Novembro de 2023 e foi selecionado o intervalo temporal de 1 de Janeiro de 2023 até ao próprio dia da recolha de dados.

Neste intervalo percebi que a unidade recebeu até ao momento 834 doentes, dos quais 328 do sexo feminino e 506 do sexo masculino.

O intervalo de idades decorreu entre os 18 e os 100 anos, sendo que existiram 2 doentes com idade inferior a 18 anos admitidos na sala de eCPR. Contudo, a prevalência de idades de utentes neste serviço decorre maioritariamente no intervalo compreendido entre os 50 e os 80 anos de idade.

Segundo a PORDATA (2023), Portugal apresentou em 2021 uma esperança média de vida com idade total média de 81 anos, sendo que o sexo feminino apresentou uma idade média de 83 anos e o sexo masculino uma idade média de 78 anos.

Relativamente ao trauma encontra-se descrito na literatura que a maioria dos indivíduos vítimas de trauma são jovens e encontram-se em idade ativa, o que vem agravar o impacto social do mesmo. Segundo o *Trauma Care Manual* (2022) as lesões traumáticas continuam a ser a principal causa de morte para pessoas com idade entre os 15 e os 44 anos de idade. A mortalidade e a morbilidade são ainda mais elevadas nos idosos.

Através dos dados recolhidos consegui perceber ainda que o tempo médio estimado de internamento na unidade é de aproximadamente 7 dias. Contudo, os doentes vítimas de trauma devido à sua complexidade e recuperação prolongada necessitam em média mais do que 7 dias de internamento na unidade.

Relativamente à etiologia de doentes percebi que 44.12% são do foro médico, 37.17% são admitidos em contexto de pós-operatório, 15.23% são vítimas de trauma, 2.52% são neurocríticos e 0.96% têm patologia coronária, sendo que existe ainda assim alguma expressão substancial de pessoas vítimas de trauma (127 doentes). Contudo, é importante ressaltar que existem pessoas que sofreram um trauma *major* que são encaminhados diretamente do SU para o Bloco Operatório, o que faz com que possam entrar para a percentagem de pessoas em contexto pós-operatório.

Tendo em conta estes dados consegui constatar que 8 pessoas foram classificadas como nível II intermédios e 119 nível III intensivos, refletindo assim uma grande expressão de pessoas que necessitam de suporte respiratório avançado (ventilação mecânica invasiva) acompanhado de falência multiorgânica.

Destas pessoas admitidas na UCI, 33 estariam a utilizar colar cervical, 12 teriam fixadores externos, 4 teriam trações esqueléticas e 2 teriam trações cutâneas.

Por sua vez, o serviço em questão utiliza um sistema de score denominado de APACHE II Score (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*) que determina índices de gravidade de um doente internado. Nestas pessoas vítimas de trauma admitidas na UCI leva-nos a uma média de 26,36 de score de APACHE.

Apesar da melhoria dos sistemas de saúde no tratamento da pessoa vítima de trauma, o desenvolvimento de complicações, tais como SIRS (*Systemic Inflammatory Response Syndrome*), ARDS (*Acute Respiratory Distress Syndrome*) e MOF (*Multiple Organ Failure*) é frequente (Cherry, King, Carney, Bryant & Cooney, 2007). A prevenção destas complicações vai depender de meios que identifiquem as pessoas de risco. Desta forma, surge a necessidade de desenvolver métodos auxiliares mais eficazes na predição do prognóstico dos mesmos.

Em 2011 foi realizado um estudo no Hospital de São João no Porto com o objetivo de avaliar a gravidade das vítimas na sala de trauma do mesmo hospital, através dos scores *Injury Severity Score* (ISS), *Revised Trauma Score* (RTS) e *Trauma Injury Severity Score* (TRISS) para permitir definir variáveis associadas a mau prognóstico, ou seja, admissão em UCI, desenvolvimento de complicações como ARDS, MODS (*Multiple Organ Dysfunction Syndrome*) e morte.

Posto isto, durante o estágio realizei uma abordagem dos scores de trauma existentes atualmente para a prática clínica, tendo em conta as suas limitações e a forma como estes

poderiam a vir a tornar-se úteis no serviço em questão, seguida de uma discussão com o enfermeiro orientador.

Em Portugal as escalas utilizadas são o *Abbreviated Injury Scale* (AIS), o *Injury Severity Score* (ISS) utilizado para definir inclusive trauma *major* segundo a DGS, o *Revised Trauma Score* (RTS) e o *Trauma Injury Severity Score* (TRISS).

Contudo, segundo a Norma da DGS “Via verde do Trauma no Adulto” (2022) esta preconiza a utilização da metodologia *Trauma Injury Severity Score* para a caracterização adequada da gravidade da vítima e das respetivas lesões.

Em mútuo acordo com o enfermeiro orientador concluiu-se que as escalas que poderiam vir a ser úteis na prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma seriam o ISS e o TRISS, pelo que o mesmo iria proceder à implementação das mesmas no próprio serviço.

Ainda sobre a temática investigada e de maneira a finalizar as intervenções realizadas no âmbito do segundo e último objetivo delineado, foi realizada uma análise dos dados através da plataforma de registos supramencionada, relativamente à presença de úlceras por pressão associadas à imobilização com colar cervical. Esta tomada de decisão decorreu após a prestação de cuidados a uma pessoa vítima de trauma, quando a mesma se encontrava hospitalizada apenas há 3 dias e já apresentava uma úlcera por pressão derivada deste dispositivo de limitação de movimentos corporais.

Segundo o INEM (2023), o colar cervical rígido foi recomendado durante anos apesar da ausência de suporte à sua utilização. Atualmente, “as recomendações dividem-se entre a manutenção do colar cervical rígido apenas em algumas circunstâncias específicas, ou a sua abolição completa mantendo apenas a estabilização cervical manual até colocação em maca de vácuo” (p.4).

De acordo com o mesmo autor e o referido anteriormente existem recomendações específicas à utilização deste dispositivo sendo elas:

- “Não deve ser colocado por rotina”;
- “Não deve atrasar ou prejudicar a abordagem ABC do doente”;
- “Não está recomendado em vítimas de TCE com sinais de hipertensão intracraniana:
 - “Descida de GCS \geq 2 pontos;
 - Alterações pupilares de novo;

- Hemiparesia

-Tríade de Cushing (hipertensão, bradicardia, respiração irregular)”

- “Não está recomendado durante a abordagem da via aérea” (INEM, 2023, p.4)

De maneira a relembrar o conceito de úlcera por pressão de acordo com o *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (2019), esta caracteriza-se por uma “lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente envolvendo a proeminência óssea em resultado de pressão ou combinação desta com outras forças” (p.13).

Das 144 pessoas vítimas de trauma 38 pessoas utilizaram o colar cervical. Tendo em conta o último número referido, 12 pessoas desenvolveram úlcera por pressão associada ao dispositivo, o que corresponde a uma percentagem de 31,6%.

Por sua vez, foi averiguado o tempo médio de utilização do colar cervical, nas pessoas que não desenvolveram úlcera, o que correspondeu a um tempo médio bastante baixo de 2 dias (número arredondado de 1,74 dias). Posteriormente foi apurado o tempo médio mínimo e tempo médio máximo de pessoas que desenvolveram úlcera, o que correspondeu a um tempo médio mínimo de 3 dias (número arredondado de 2,94 dias) e a um tempo médio máximo de 31 dias (número arredondado de 30,91).

Relativamente às zonas corporais com presença de úlcera, nos dados que analisei, percebi que a zona mais afetada é a zona occipital, em relação à mentoniana. Adicionalmente foi analisado se existiria alguma relação com a escala de *Braden* utilizada na unidade. Contudo, percebi que a mesma não é válida para estas pessoas, uma vez que não apresenta sensibilidade para apresentar o risco específico neste tipo de situação.

Por outro lado, procedi à possível relação com o tipo de ventilação e escala de *Glasgow Coma Scale* (GCS). Das 12 pessoas que desenvolveram úlcera, 10 estariam sob ventilação mecânica invasiva, o que corresponde a uma percentagem de 83,3%. Relativamente ao estado de consciência, das 12 pessoas que desenvolveram úlcera, 8 pessoas teriam um GCS de 8. Assim, pude concluir que a utilização da ventilação mecânica invasiva e scores baixos relacionados com a GCS, são fatores de risco no que se refere à presença de úlcera por pressão associada à utilização de colares cervicais.

De acordo com Lima et al. (2017), as comorbilidades com maior relação com o aparecimento de úlcera são a diabetes mellitus, a doença vascular e a doença renal crónica. No entanto, relativamente ao género, os dados eram pouco expressivos, uma vez

que a amostra era reduzida, porque no sexo feminino existia uma incidência de 100%, dado ter havido apenas um caso de desenvolvimento de úlcera.

No que se refere aos fatores clínicos e terapêuticos, de acordo com Morais (2015) a hemoglobina, a saturação periférica de oxigênio, a temperatura corporal, o score de APACHE II, nº de dias de internamento, o score da escala de Coma de Glasgow, o score da escala de RASS (*Richmond Agitation Sedation Scale*), a administração de vasopressores e o estado nutricional da pessoa, são fatores que influenciam o desenvolvimento da complicação supramencionada, tendo sido alguns fatores confirmados com a extração e análise dos dados que realizei.

Terminada esta análise procedi à realização para posterior implementação de uma norma para o serviço, que vise de uma forma organizada e sistematizada minimizar a incidência desta complicação, que se encontra no Apêndice III. Adicionalmente, foi realizada uma sessão de formação em formato *powerpoint* que se encontra apresentada no Apêndice II.

Seguida da extração dos dados da unidade sobre as temáticas e finalizando na respetiva análise reflexiva, concluí desta forma, que não só cumpri o segundo e último objetivo específico que delineei no início do estágio, bem como desenvolvi as seguintes competências: **“baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”** (OE, 2019, p.4749) e na questão do domínio da melhoria contínua da qualidade **“garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”** (OE, 2019, p.4747), bem como **“desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”** (OE, 2019, p.4747) e por último **“garante um ambiente terapêutico e seguro”** (OE, 2019, p.4747).

2.4 CUIDADO COM A PESSOA NUM CENTRO DE TRAUMA EM LONDRES

De forma a finalizar o enquadramento dos locais de estágio, no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, foi realizado um estágio observacional, num contexto internacional, num SU de um reconhecido e prestigiante Centro de Trauma na capital de Inglaterra. O presente estágio decorreu no período compreendido entre 4 e 24 de janeiro do presente ano, num total de 80 horas.

Em 1740 foi estabelecido o hospital que se caracteriza pela excelsa diferenciação técnica e humana. Este hospital académico, integra um conjunto de cinco hospitais localizados na cidade de Londres. Em dados referentes ao ano de 2023, o agrupamento de hospitais

caracteriza-se por dar resposta a uma população de 2,5 milhões de habitantes. A instituição hospitalar, em questão, apresenta uma lotação de 845 camas, agrupadas em 34 enfermarias. Por dia são tratados cerca de 6 200 utentes em contexto de consultas, hospitais de dia e nos respetivos serviços de urgência.

Dada a sua virtude académica, a presente instituição caracteriza-se por assumir a investigação como uma das suas primordiais linhas de atividade, o que contribui ativamente para um desenvolvimento de conhecimento na área das ciências da saúde, através da publicação de múltiplos artigos com destaque a nível mundial, sendo exemplo disso o “*Study of Whole Blood in Frontline Trauma*”. Assim a atualização de conhecimentos frequente e a prática clínica baseada na melhor evidência científica disponível, características essenciais ao enfermeiro especialista, permitiram o desenvolvimento da competência **“baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”** (OE, 2019, p.4749).

Distinguido como o centro de trauma com mais afluência do Reino Unido, este Hospital integra o sistema de trauma *major* da capital. Interligando com o Sistema Nacional de Saúde português e de acordo com a Norma da DGS 012/2022 Via Verde do Trauma no Adulto, define-se como trauma *major*, uma pessoa com um *Injury Severity Score* (ISS) igual ou superior a 16 (DGS, 2022). Este sistema é constituído por: quatro centros de trauma *major*, onde o hospital em questão, se encontra incluído, e trinta e cinco unidades de trauma. Os Centros de Trauma têm a capacidade de prestar cuidados a pessoas vítimas de trauma em situação crítica. Dados relativos ao ano anterior, concluíram que são tratadas, diariamente, mais de 1200 vítimas de trauma nestes quatro hospitais.

Relativamente ao serviço em questão, este subdivide-se em duas áreas caracterizadas pelo escalão etário, uma área de urgência pediátrica e uma área de urgência de adultos. Contudo, dado o enfoque da especialidade de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa adulta, optei por contextualizar apenas essa área.

Existem dois turnos de 12 horas, designado por turno da manhã das 8h às 20h e o turno da noite das 20h às 8h. Em cada turno existem cerca de 23 enfermeiros e um chefe de equipa de turno. Cada posto de trabalho é salvaguardado por um enfermeiro, habitualmente *senior*, que não assume formalmente utentes e que fica responsável pela gestão e supervisão dos cuidados prestados no posto, em questão, assumindo um papel “*hands off*”. Percecionar de perto o trabalho assegurado pelo enfermeiro responsável permitiu-me ter uma visão global sobre os processos de gestão e liderança da equipa de

enfermagem, inclusive numa situação de emergência. Este deve ser detentor da responsabilidade de apontar soluções e ter iniciativa na tomada de decisões. Como resultado, é estabelecida a competência **“gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe”** (OE, 2018, p.19364). De forma, a compensar o período de maior influência no SU, foi estabelecido um turno num período intermédio das 14h às 2h, composto por dois enfermeiros.

No que concerne o espaço físico do serviço, o mesmo é constituído por três salas de triagem; uma área dedicada a pessoas independentes, com doença ligeira que necessitem de realizar meios complementares de diagnóstico e terapêutica; duas áreas com quartos individuais para utentes que requerem de uma maior vigilância, nomeadamente com necessidade de monitorização de sinais vitais; uma área com oito quartos individuais de pressão negativa destinada preferencialmente a pessoas com patologia respiratória e um quarto de isolamento ambiental para pessoas com patologia mental. Existe ainda, uma área designada de *Clinical Decision Unit* (CDU) destinada a pessoas independentes, idealmente, por um período máximo de 24h, sem risco acrescido de infeção e com plano terapêutico definido.

Em cada área do serviço, existem *checklists* acedidas por *QR Code*, de maneira a assegurar de forma sistematizada as etapas da desinfeção dos locais, que devem ser preenchidas e assinadas de forma periódica. Acredito que esta estratégia assume um papel importante no controlo de infeção, contribuindo para o desenvolvimento da competência **“maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”** (OE, 2018, p.19264).

Após realização da triagem, os utentes independentes com doença ligeira, que não careçam *à priori* de meios complementares de diagnóstico, são encaminhados para o *Urgent Treatment Centre* (UTC), onde são atendidos por médicos de Medicina Geral e Familiar e enfermeiros com formação específica.

A sala de emergência, distribuída em oito unidades (seis unidades de adulto e duas unidades pediátricas), é assegurada por quatro enfermeiros, sendo salvaguardada a sala por um enfermeiro responsável pela gestão da mesma. Os utentes admitidos são predominantemente referenciados do serviço extra-hospitalar e da triagem. Previamente à sua chegada, a equipa é informada telefonicamente sobre a queixa do utente, estado de

consciência, estabilidade hemodinâmica e tempo até entrada na sala. Assim, à luz do mencionado, o enfermeiro responsável assegura a preparação da sala e respetiva unidade do utente, a preparação do material e ativa a equipa multidisciplinar para o atendimento especializado na sala de emergência, de acordo com as necessidades. Desta forma, o enfermeiro responsável implementa intervenções planeadas no sentido de antecipar e prevenir eventuais complicações decorrentes da gestão dos recursos materiais ou escassez de recursos humanos previamente à chegada do utente. Assim, no momento da chegada do mesmo, todos os profissionais encontram-se no local, com o material testado e fármacos planeados devidamente identificados e preparados, o que contribuiu para o refletir das seguintes competências **“implementa as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda”** (OE, 2018, p.19361) e **“presta cuidados à pessoa em situação emergente e antecipa critérios de instabilidade e risco de falência orgânica”** (OE, 2018, p.19363). À chegada da mesma, existe um *briefing*, onde é realizada a identificação e distribuição dos papéis e funções de cada um dos elementos da equipa. Na receção da vítima é realizado o momento do *handover*, tendo por base a mnemónica ISBAR, anteriormente referida neste documento. O elemento responsável pelo *handover* garante que a informação é transmitida de forma clara, calma e com tom de voz adequado. Adicionalmente, existe ainda um elemento da equipa responsável por toda a anotação da informação partilhada. Posto isto, 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”** (OE, 2019, p.4748).

De modo a uniformizar os cuidados e a garantir uma abordagem estruturada, assente na evidência científica mais recente, o serviço em questão, nomeadamente na sala de emergência, apresenta diversos protocolos terapêuticos complexos. O protocolo de administração de ácido tranexâmico e o protocolo de infusão rápida no *Code Red Trauma* são exemplos de protocolos utilizados na vítima de trauma. O primeiro caracteriza-se pela administração de 2g deste fármaco, sendo a primeira dose 1 gr administrada até 1h após o trauma, tendo em conta a sintomatologia da pessoa vítima de trauma e cinemática do trauma. O protocolo de infusão rápida, usualmente utilizado no *Code Red Trauma*, no choque hemorrágico, em vítimas que necessitam da administração de um grande e rápido volume de hemoderivados, sendo estes ajustados de acordo com os resultados disponibilizados através do *Rotational Thrombelastometry* (ROTEM). A infusão rápida é realizada através do dispositivo - *Belmont*® que possibilita a infusão de hemoderivados

a um ritmo máximo de 750ml/min. Dada a especificidade deste dispositivo é necessária a presença de um enfermeiro somente para a operacionalização do dispositivo. Este centro de trauma apresenta ainda como especificidade um armazenamento de unidades de concentrado eritrocitário (ORH+ e ORH-) dentro da própria sala de trauma. Concomitantemente existe um telefone, especificamente para o *Code Red Trauma*, que entra diretamente em contacto com o Serviço de Medicina Transfusional para a disponibilização de outros hemoderivados necessários. Tendo por base as situações descritas anteriormente foi possível validar a competência **“garante a administração de protocolos terapêuticos complexos”** (OE, 2018, p.19363).

A importância da presença dos familiares, como fator promotor da recuperação e alívio do stress é assegurada imprescindivelmente em todos os cuidados. De maneira a garantir esta necessidade foi criada uma sala junto à sala de reanimação, denominada de *“relatives room”* que visa garantir a existência de um local onde os familiares pudessem aguardar e onde são transmitidas informações de cariz privado e que careçam de um ambiente mais acolhedor, o que vai encontro do desenvolvimento da competência **“gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica”** (OE, 2018, p.19363). Após estabilização do estado clínico do utente, a presença dos familiares também é igualmente permitida na sala de emergência, o que constitui um fator de tranquilidade para o utente e família, bem como um elo de ligação entre utente/profissional de saúde. Posto isto, é possível comprovar o desenvolvimento da 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”** (OE, 2018, p.19363). É ainda de ressaltar, que previamente à transmissão de más notícias existe um momento de *briefing* entre a equipa multidisciplinar, que visa o desenvolvimento de objetivos comuns e estratégias de comunicação que vai ao encontro das necessidades da família. O momento de transmissão é realizado na sala anteriormente descrita. Assim, percebendo a necessidade deste momento e de espaço próprio, foi possível assegurar a competência **“assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”** (OE, 2018, p.19363).

Existe ainda outro departamento, designado de *Same Day Emergency Care* (SDEC). Neste, os utentes são observados por diferentes especialidades, no horário de segunda a sexta-feira das 8h às 20h. Este departamento é assegurado por quatro enfermeiros, recebe utentes independentes, encaminhados pelo *Urgent Treatment Centre* (UTC) e triagem

após discussão prévia com a equipa médica. Nesta área podem ser admitidos utentes com indicação para a realização de pequenos procedimentos cirúrgicos, como por exemplo drenagem de abscessos, que necessitem de *follow up*, antibioterapia endovenosa ou hemoderivados.

Um critério importante neste serviço, é que o mesmo preconiza que todos os utentes sejam observados pela equipa médica e tenham uma decisão clínica até 4h, sendo afixado diariamente o desempenho da equipa obtido no dia anterior.

Em todo o SU encontram-se expostas informações pertinentes para o utente e família, disponibilizadas via televisão, como por exemplo, o percurso expectável do utente no serviço, tempo de espera de resultados de análises e exames, bem como outras questões frequentes, apresentadas em brochuras de acordo com cada situação. O que contribui para que os utentes e familiares sejam devidamente informados, procurando assim potenciar o empoderamento sobre a sua situação de saúde, bem como gerir expectativas sobre os cuidados de saúde prestados.

A localização geográfica do hospital em questão é conhecida por apresentar uma considerável comunidade de emigrantes, existindo assim uma pluralidade de religiões e culturas em redor. Deste modo, foi importante garantir o respeito pelos valores, costumes e as crenças espirituais dos indivíduos e respetivos grupos.

Posto o acima referido, foi possível refletir sobre a competência **“garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”** (OE, 2019, p. 4746).

Tendo em consideração a sua capacidade de resposta, localização geográfica e alto nível de diferenciação técnica e humana, o hospital em questão, integra a sede da denominada “ambulância aérea”. Fundado em 1988, este serviço dá resposta a vítimas de trauma que requerem uma rápida atuação e abordagem emergente, transportando os utentes críticos diretamente para o SU. Através deste meio é possível dar resposta a uma área populacional de cerca de 10 milhões de pessoas. Em dados referentes ao ano de 2023, concluiu-se que desde a sua fundação foram tratadas 45 183 pessoas. Só em 2022, foram tratados 1 977 utentes, o que perfaz uma admissão diária de aproximadamente cinco pessoas em situação crítica.

Concomitantemente a este serviço, surgiu um serviço pioneiro, de emergência médica na comunidade, denominado de *Physician Response Unit* (PRU). Este tem como propósito prestar cuidados individualizados, seguros e eficazes em contexto de urgência, no

Nordeste de Londres. A equipa é composta por um médico, um paramédico e um enfermeiro.

O enfoque do PRU é disponibilizar um 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. Este serviço, tem por base um modelo de tomada de decisão partilhado, que visa o empoderamento e a participação ativa do utente nos seus próprios cuidados, facilitando a identificação do tratamento certo, no local certo, na hora certa, para cada indivíduo em concreto.

Dada a sua natureza abrangente, o PRU caracteriza-se por dar resposta às diferentes valências de urgências médicas que diariamente tendem a procurar o SU, nomeadamente pessoas em situação de fim de vida, pessoas imunodeprimidas com sinais de infeção, pessoas com doença mental e pessoas com elevado grau de dependência e incapacidade para se dirigir ao SU. Posto isto, torna-se incontestável o impacto deste serviço no *overcrowding* no SU e na melhoria significativa dos cuidados prestados, sendo assegurados cuidados mais individualizados e humanizados.

A ativação deste meio encontra-se dependente de uma referenciação prévia por um profissional de saúde, nomeadamente através da linha *National Health Service* (NHS) (111), linha de emergência médica (999), médicos assistentes e equipas do extra-hospitalar (paramédicos).

Durante o período de estágio, foi ainda concebida a oportunidade de vivenciar um turno neste serviço. O turno teve uma duração total de 10 horas, tendo ocorrido quatro acionamentos. Uma das ativações ocorreu após referenciação prévia por parte de um paramédico, no seguimento de uma utente em situação de fim de vida. A utente e o filho, principal cuidador, expressaram o direito de não quererem que a mesma fosse encaminhada para o hospital, só mesmo em última instância. Neste sentido, a utente que se encontrava com queixas de tosse e febre, foi observada pelo PRU, tendo-se procedido à realização de um exame físico, à avaliação de sinais vitais e à realização de uma análise gasimétrica. Posteriormente, após a avaliação do estado clínico da utente, a mesma foi medicada com a primeira toma de antibioterapia via endovenosa e restante terapêutica para alívio sintomático. Adicionalmente, após discussão entre a equipa, foi de mútuo acordo, que a mesma permanecesse no conforto do seu lar. Desta forma, foi realizada a referenciação para o enfermeiro e médico da comunidade, no sentido de a mesma ser reavaliada no dia seguinte e dar seguimento ao plano de cuidados, no domicílio da utente.

Assim, perante o descrito anteriormente foi possível refletir sobre as seguintes competências: **“gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica”** (OE, 2018, p.19363.); **“identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.”** (OE, 2018, p.19360); **“garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”** (OE, 2019, p.4745) e **“gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”** (OE, 2019, p.4745).

Outro acionamento teve por base, um utente imunodeprimido com febre associada, com elevado risco de desenvolver inúmeras complicações, ao deslocar-se ao SU. Desta forma, o PRU dirigiu-se ao domicílio do utente, tendo procedido à avaliação da situação clínica do mesmo. Após a realização do exame físico e da avaliação dos sinais vitais foi realizado um doseamento do lactato sérico. De seguida, procedeu-se à colheita de análises de sangue/urina e hemoculturas/urocultura precedida da administração da primeira toma de antibiótico. Por sua vez, de maneira a não submeter o utente a um risco de exposição desnecessário, as análises de sangue/urina e respetivas hemoculturas e uroculturas foram enviadas para a unidade hospitalar, para serem processadas. Após o resultado das mesmas, a unidade hospitalar que dispõe de um gabinete de reavaliação clínica constituído por médico e enfermeiro, ficou responsável de notificar o utente da necessidade ou não de recorrer ao SU, tendo por base os valores analíticos e todos os fatores inerentes.

Como resultado desta situação, penso que foram estabelecidas/refletidas as seguintes competências: **“gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”** (OE, 2019, p.4745), **“implementa as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção avançados”** (OE, 2018, p.19360), **“gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação”** (OE, 2018, p.19362).

Em forma de conclusão e tendo em conta as duas situações descritas anteriormente, é possível percecionar a diferença que este serviço faz na vida das pessoas. Isto, fez-me refletir enquanto enfermeira, sobre a prestação de cuidados mais individualizados e

humanizados, refletindo ainda, sobre a necessidade deste serviço e a eventual implementação, um dia, destes cuidados, onde exerço funções, mostrando- se assim como um possível projeto futuro.

Após a conclusão do estágio, em questão, foi realizada uma reunião com o Enfermeiro Gestor, do serviço onde exerço funções, onde foi realizada uma breve contextualização do serviço, seguida da apresentação de um conjunto de sugestões que possam ser implementadas no SU, de maneira a potenciar uma melhoria dos cuidados de saúde prestados. Esta apresentação foi realizada através de um documento em formato *PowerPoint*, que se encontra apresentado no apêndice VII. De forma a salvaguardar o anonimato da instituição, foram alterados ou omitidos, de forma intencional, alguns diapositivos e referências bibliográficas. Pelo exposto, considero ter garantido **“um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”** (OE, 2019, p.4745).

CONCLUSÃO

As crescentes exigências e desafios no Serviço Nacional de Saúde, criado em 1979, fizeram com que este evoluísse significativamente nos últimos anos. Os avanços tecnológicos e clínicos, aliados à criação de mais Unidades Locais de Saúde pretendem garantir que os utentes possam receber cuidados de qualidade, que assegurem a satisfação das suas necessidades de saúde.

Juntamente com a evolução da saúde e dos respetivos serviços, a profissão de enfermagem também evoluiu, no que se refere à capacidade de melhorar os cuidados prestados, bem como no que diz respeito ao enriquecimento da própria profissão de enfermagem, através da Prática Baseada em Evidência.

A aquisição de saberes é um dos compromissos que o enfermeiro deve fazer para consigo mesmo, desde o início da sua atividade profissional. Tendo por base, o acima referido torna-se nossa obrigação diária, munirmo-nos de conhecimentos que façam questionar permanentemente os cuidados que prestamos.

Ao preocupar-se e ao questionar-se o enfermeiro especialista reconhece a importância máxima no cuidar da pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, tendo em conta a imprevisibilidade adjacente a estes. De forma, a colmatar a complexidade destes cuidados é necessário promover um conhecer contínuo da situação da pessoa alvo de cuidados, através da implementação célere de intervenções individualizadas, precisas, eficazes e eficientes.

Neste sentido, ao aliar as bases teóricas criadas por Patrícia Benner e Jean Watson, com a investigação realizada e a prática clínica adquirida ao longo dos estágios, posso concluir que foi salvaguardado o propósito do desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina, profissão e ciência. Assim, espero ter tornado evidente ao longo deste documento, que o desígnio desta aliança é uma das razões pelas quais não se exige simplesmente o conhecimento, mas sim a sabedoria no cuidado humano.

Levando em consideração os aspetos referidos nos capítulos anteriores, relativamente à unidade curricular “Estágio Final e Relatório” depreendo que foi possível retirar experiências significativas, enquanto estudante, que contribuíram, de forma desmedida, para a aprendizagem e desenvolvimento de competências enquanto futura Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem.

Segundo Benner (2001, p.32), “a teoria é um excelente instrumento para explicar e prever”, todavia a aplicação dos conhecimentos científicos às situações reais exige outro tipo de saber e prática que se adquire de forma gradual e através de múltiplas experiências.

O aumento do corpo de conhecimento, no que concerne o trauma, adquirido por consequência da investigação realizada, penso que tenha sido favorável à obtenção de melhores resultados clínicos nos locais de estágio, bem como irá ser certamente benéfico na minha prática clínica diária, enquanto enfermeira num Serviço de Urgência.

Contudo, é de ressaltar que o investimento pessoal realizado ao longo deste percurso, com fim próximo, não se coaduna com um processo de desenvolvimento profissional estanque. De agora em diante, é necessária a manutenção da atualização permanente.

Por fim, do mesmo modo que o Processo de Enfermagem segue um padrão dinâmico, interativo e holístico, serve também para os próprios enfermeiros adotarem este padrão na procura da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

“Without changing our patterns of thought, we will not be able to solve the problems we created with our current patterns of thought.”

Albert Einstein

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M. R. & Tomey, A.M. (2004) *Introdução à teoria de enfermagem: história, terminologia e análise*. In Alligood, M.R., & Tomey, A.M. (5 ed), *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: modelos e teorias de enfermagem* (pp 3-13). Loures: Lusociência.
- American College of Surgeons. (2018). *Advanced Trauma Life Support* (10 ed) Committee on Trauma. Chicago.
- American Heart Association. (2021). *Suporte Avançado de Vida Cardiovascular: Manual do profissional*. AHA. USA. ISBN: 978 61669 919 2.
- Arksey, H., O'Malley, L. (2005). *Scoping review: towards a methodological framework*. *Int J Soc Res Methodology*.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1364557032000119616?scroll=top&needAccess=true>
- Assembleia da República. (1996). Decreto Lei n.º 161/96 - *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. Diário da República, I Série (N.º 205 de 04-09-1996).
<https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Assembleia da República. (2018). Decreto Lei n.º 135 - *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 crónica*. Diário da República, II Série (N.º 135 de 16-07-2018), 19359-19370. ELI:
<https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Assembleia da República. (2019). Decreto Lei n.º 26 - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, II Série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: 0474404750.pdf (diariodarepublica.pt)
- Assembleia da República. (2019). Regulamento n.º 743/2019: *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (2 Edição). Coimbra, Portugal: Quarteto Editora
- Bento, L., Germano, N & Cavaco, R. (2021). *Técnicas extracorporais de suporte de órgão em Medicina Intensiva: uma abordagem focada no doente*. Ad Médic. Loures. ISBN: 978 989 53489 5 4.
- Bento, L., Germano, N & Cavaco, R., Cardoso, S., Dias, S. (2023). *Objetivos para o doente crítico*. Ad Médic. Loures. ISBN: 978 989 53489 0 9.
- Chávez, A., Backett-Milburn, K., Parry, O., Platt, S. (2005). *Understanding and researching wellbeing: it's usage in different disciplines and potential for health research and health promotion*. Health Educ J; 64:70-87. <https://eric.ed.gov/?id=EJ807794>
- Crilly, T., Jashapara, A., Ferlie, E. (2010). *Research utilization and knowledge mobilization: a scoping review of the literature*. London: Department of Management, King's College London. https://www.researchgate.net/publication/228679565_Research_Utilisation_Knowledge_Mobilisation_A_Scoping_Review_of_the_Literature
- 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>
- Decaria, J., Sharp, C., Petrella, R. (2012). *Scoping review report: obesity in older adults*. *Int J Obesity*; 36(9): 1141-50. <https://doi.org/10.1038/ijo.2012.29>.
- Direção Geral da Saúde (2022). “*Feixe de Intervenções*” para a Prevenção da *Pneumonia associada à intubação*. Lisboa: DGS https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- Direção Geral da Saúde (2022). *Via Verde do Trauma no Adulto*. Lisboa: DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf
- 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>
- Funderburke, P. (2008). *Exploring best practice for triage*. *Emergency Nursing*. Vol.34, nº2, p.180-182.
- Grupo Português de Triagem (2011). *O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes – Princípios aplicáveis, integração e compatibilização de metodologias de trabalho*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). *Centro de Orientação de Doentes Urgentes*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.inem.pt/2017/05/25/centro-de-orientacao-de-doentes-urgentes/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). *SIEM: Sistema Integrado de Emergência Médica*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emergencia-Medica.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). *Relatório Anual: Integração VMER & SIV 2017*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2018/04/Relatório-Integrações-VMER-e-SIV-2017.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *INEM conclui mais um Curso de VMER para Enfermeiros*. <https://www.inem.pt/2019/11/21/inem-conclui-mais-um-curso-de-vm-er-para-enfermeiros/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2022). *INEM: 41 anos de história*. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.inem.pt/2022/08/03/inem-41-anos-de-historia/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2022). *Relatório de Atividade dos meios de emergência médica 2022*. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/07/Relatorio-Meios-de-Emergencia-Medica-2022_VFF_17072023.pdf
- Instituto Nacional de Estatística Portugal (2022). *Estatísticas da Saúde - 2022*. ISBN 978 989 25 0685 2
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Esperança de vida à nascença: total e por sexo*. PORDATA Estatísticas Sobre Portugal e Europa. Fundação Manuel dos Santos. [https://www.pordata.pt/portugal/esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo+\(base+trienio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/portugal/esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo+(base+trienio+a+partir+de+2001)-418)

- Keck, J. F. (1997). *Terminologia del desarrollo de la teoria*. In: Tomey, A.M; Alligood, M. (org). Modelos y teorías en enfermería (3 ed.) (p.17-25). Madrid: Harcourt/Brace.
- Kéroouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (1996). *La pensée infirmière*. Conceptions et strategies. Québec: Maloine
- Kyriakakis, P. et al (2011) – *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking in action Approach*. Elsevier Health Sciences.
- 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>
- Mateus, B. (2007). *Emergência Médica Pré-hospitalar – que realidade*. Loures, Lusociência. ISBN: 978 972 8930 332
- McEwen, M. & Wills, E., (2016). *Bases Teóricas de Enfermagem*. (4 ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Ministério da Saúde (2014). Despacho n.º 5561/2014, de 23 de abril. Diário da República: II série, n.º 79. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/08/05-Despacho-5561-2014-de-23-de-abril.pdf
- Ministério da Saúde (2014). Despacho. n.º 10319/2014, de 11 de agosto. Diário da República: II série, n.º 153. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://files.dre.pt/2s/2014/08/15300000/2067320678.pdf

- Moore, L., Hanley, J., Turgeon, A., Lavoie, A. (2010). *Evaluation of the Long-Term Trend in Mortality from injury in a Mature Inclusive Trauma System*. World Journal of Surgery. Volume 34, Issue 9. <https://doi.org/10.1007/s00268-010-0588-z>
- Nunes, L. (2010). *Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem*. Revista Percursos, nº17. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9215>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer n.º 09/2017: Transporte da Pessoa em Situação Crítica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho - 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 crónica*. Diário da República: série II, n.º 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (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 crónica*. Assembleia do colégio da Especialidade de enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5966/8regulamento_comptcespecfmedicocirurgica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro - Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República: II série, n.º 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendacoes-para-estagio-e->

[relatório-da-componente-clínica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf](#)

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Parecer do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica N. °05/2021 – Assunto: Dotações das equipas de VMER*. 3-5 https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23615/parecer-nº-05_ce-e-mceemc-vm-er-anonimizado.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

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. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017004007>

Pereira, R., Cardoso, M., Martins, M. (2012). *Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário*. *Revista de Enfermagem*. 3(7), pp.55-62. <https://scielo.pt/pdf/ref/vserIIIn7/serIIIn7a06.pdf>

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: 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>

- Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos*. (5 ed.) Loures: Lusociência. ISBN: 9789728930240
- Roach, Simone. (1993). *The human art of caring: a blueprint for the health professionals*. Ottawa: Canadian Hospital Association. ISBN: 9780919100640
- Silva, A., (2007). *Enfermagem Avançada: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina*. *Servir*. 55(1-2), pp.15.
- Soler, W. et al (2010). *El triaje: herramienta fundamental em urgências y emergencia*. *Anales del Sistema Sanitário de Navarra*. Vol.33, p. 55-68. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008
- 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>
- Vieira, Margarida. (2008). *Ser Enfermeiro: Da compaixão à Proficiência*. 2 ed. Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN: 9789725401958
- 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.00000000000000353>
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. University Press of Colorado. ISBN: 9780870818981
- 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.00000000000000215>

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 – *Scoping Review* – “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 Rôlo¹, Melissa Matos², Nuno Gonçalves³ e Isabel Rabiais⁴

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 autónomas 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 autónomas 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, autónomas 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 perceber qual a melhor forma de os mapear, revela-se importante o uso da estratégia PCC (Populao, 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] p181). 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, p181).

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, prolongam 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 *JBI Evidence 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*. Não foi incluída literatura cinzenta.

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
"Adult Trauma Patient" (3266) OR "Adult Trauma Population" (853);	AND	"Trauma Nursing" (90)	AND	"Emergency Service" (774)
		"Nursing Team" (215)		"Trauma Centers" (56)
		"Nursing" (3565)		"Resuscitation Room" (22)
		"Nurse's Role" (50)		"Emergency Department" (2465)
		"Nurses" (712)		
		"Nursing Assessment" (1027)		
		"Nursing Specialities" (185)		
		"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	<i>AND</i>	12 583 artigos	<i>AND</i>	2608 artigos

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

População		Conceito		Contexto
245 artigos	<i>AND</i>	875 artigos	<i>AND</i>	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

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
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;

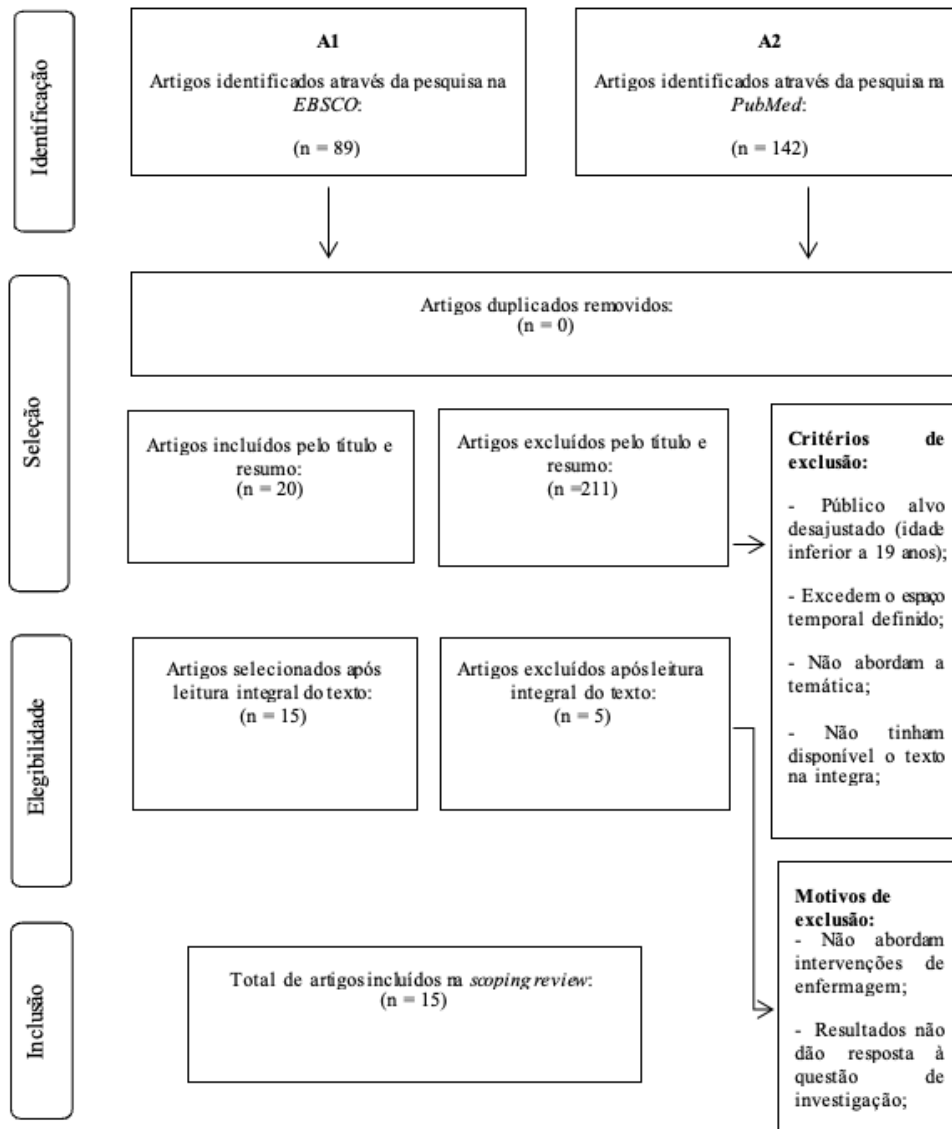
Seleção de evidência científica

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

Detalhes da <i>Scoping Review</i>	
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?
CrITÉRIOS de Inclusão	
Participantes	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.
Detalhes e Características dos Estudos	
Título do artigo	
Revista (volume, edição, páginas)	
Ano de publicação	
Autor(es)	
País	
Contexto	
Participantes	
Metodologia utilizada para a colheita e análise de dados	
Resultados encontrados	
Recomendações/Sugestões de Investigação	
Referências bibliográficas relevantes	

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

Tabela 6 – Artigos selecionados para análise

Códigos de Identificação	Base de Dados	Título	Autores e Ano
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>	Wolf, L., (2009)
5	EBSCO	<i>Multicenter prospective validation of use of the Canadian C-Spine Rule by triage nurses in the emergency department</i>	Stiell, I., Clement, C., O'Connor, A., Davies, B., Leclair, C., & Sheehan, Pamela., (2010)
6	EBSCO	<i>Blunt Chest Trauma</i>	Stewart, D., (2014)
7	EBSCO	<i>Nursing Intuition as an Assessment Tool in Predicting Severity of Injury in Trauma Patients</i>	Cork, L., (2014)
8	EBSCO	<i>Delta Alerts: Changing Outcomes in Geriatric Trauma</i>	Wiles, L., Day, M., & Harris, L., (2016)
9	EBSCO	<i>Heads Up: Describing and Implementing a Time-Saving Head Strike Protocol at a Level II Trauma Center</i>	Wacht, S., Salottolo, K., Atnip, A., Hooks, M., Bailie, M., & Carrick, M., (2018)
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>	Zhang, M., He, Q., Wang, Y., Pang, S., & Wang, W., (2019)
11	PubMed	<i>New clinical guidelines on the spinal</i>	Maschmann, C., Jeppesen, E., Rubin, M., & Barfod, C., (2019)

<i>stabilisation of adult trauma patients – consensus and evidence based</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., & 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 & Bala, M. (2019)</i>
14	PubMed	<i>Challenges in the prehospital emergency management of geriatric trauma patients</i>	<i>Eichinger, M., Robb, H., Scurr, C., Tucker, H., Heschl, S., & Peck, G. (2023)</i>
15	PubMed	<i>Epidemiological analysis and emergency nursing care of oral and craniomaxillofacial trauma: a narrative review</i>	<i>Pan, Y., Zhu, H., & Hou, L., (2022)</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, consequentemente, 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 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 oxigênio (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 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). Se necessária 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 CABABCDE, 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 PaO₂ entre 60-100mmHg e PaCO₂ entre 35-45mmHg (PaCO₂ 35-40mmHg no caso de pessoas vítimas de traumatismo crânioencefalico), ressaltando-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 inclui, 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 crânioencefalico 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 ≥ 60 mmHg 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 à pessoa vítima de trauma no Serviço de Urgência, assume-se complexa e diversificada, garantindo cuidados face a múltiplas necessidades e a diferentes níveis de gravidade ao longo das várias fases do processo de cuidar. 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 múltiplas 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, sendo determinante a prevenção e a 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.

Referências Bibliográficas

- American College of Surgeons (2008). *Advanced Trauma Life Support* (8^{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
- 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. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017004007>
- 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., Berardino, M., Biffl, 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 I – Tabela intervenções autônomas e interdependentes

Resultados:	Intervenções autônomas	Intervenções Interdependentes
Triagem	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar sinais vitais e exame neurológico sumário (Zhang et.al., 2019); Perceber o mecanismo de lesão do trauma/ lesões traumáticas ocultas (Laskowski-Jones, 2006); Avaliar a necessidade de estabilização vertebro-medular (Stiell et.al., 2010); Ter em conta as características específicas da população idosa (Eichinger et.al., 2021); Características chave: experiência, raciocínio rápido e intuição (Wolf, 2009); 	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer protocolos de prioridade para pessoas idosas vítimas de trauma ou pessoas vítimas de traumatismo crânioencefálico sob terapêutica anticoagulante/ antiagregante (Wacht et.al., 2018);
Avaliação Primária	<p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> Permeabilizar via aérea, salvaguardando o risco de lesão vertebro-medular (Zhang et.al., 2019); Se presença de corpo estranho: retirar/aspirar (Laskowski-Jones, 2006); Colocar sonda nasogástrica/ orogástrica (se trauma facial/crânioencefálico) (Laskowski-Jones, 2006); 	<ul style="list-style-type: none"> Equacionar medidas avançadas de permeabilização da via aérea (Laskowski-Jones, 2006);
	<ul style="list-style-type: none"> Prevenir a hipotermia (aquecimento corporal; remover roupa molhada, aumentar temperatura da sala - 23.9°C a 26.7°C) (Eichinger et al., 2021; Fryman & Murray, 2007; Laskowski-Jones, 2006); 	
Avaliação secundária	<ul style="list-style-type: none"> Obter história clínica da pessoa (Laskowski-Jones, 2006; Zhang et al., 2019); Realizar exame físico objetivo (Laskowski-Jones, 2006); Avaliar a dor (Laskowski-Jones, 2006; Wolf, 2009; Zhang et al., 2019); 	<ul style="list-style-type: none"> Administrar opioides para gestão da dor (Laskowski-Jones, 2006); 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);
	<p>B</p> <ul style="list-style-type: none"> Avaliar padrão respiratório e queixas álgicas à palpação/ movimentos ventilatórios (Laskowski-Jones, 2006); Pesquisar crepitação ou enfisema pulmonar (excluir pneumotórax) (Laskowski-Jones, 2006); 	<ul style="list-style-type: none"> Colocar dreno torácico se pneumotórax ou hemotórax (Stewart, 2014); Colocar oxigênio, se adequado (Laskowski-Jones, 2006);
	<p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar/ intervir na hemorragia (equacionar hemorragia interna) (Laskowski-Jones, 2006); Avaliar pulsos periféricos (Laskowski-Jones, 2006); Avaliar tensão arterial e frequência cardíaca a cada 5-15 min (Polovitch et al., 2019); Puncionar 2 acessos venosos periféricos (14/ 16G), se indisponível, equacionar acesso intraósseo (Polovitch et al., 2019); Aquecer fluidoterapia a administrar (Laskowski-Jones, 2006); 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar eletrocardiograma 12 derivações e colheita de sangue com biomarcadores cardíacos após trauma com contusão cardíaca (Stewart, 2014); Administrar hemoderivados e fluidos aquecidos (Laskowski-Jones, 2006); Administrar fármacos que revertem a anticoagulação, em pessoas vítimas de traumatismo crânioencefálico (Wacht et.al., 2018); Equacionar a administração de fármacos vasopressores (Fryman & Murray, 2007; Polovitch et al., 2019);
	<p>D</p> <ul style="list-style-type: none"> Avaliar estado de consciência, características pupilares e défices sensitivo-motores (Laskowski-Jones, 2006; Picetti et al., 2019); 	
	<p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> Avaliar a presença de lesões corporais (Laskowski-Jones, 2006); 	

APÊNDICE II – Sessão de formação – “Prevenção de úlceras por pressão associadas a dispositivos (colar cervical) na Pessoa em Situação Crítica”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE



INEM, 2017

Prevenção de úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos (colar cervical) na Pessoa em Situação Crítica

Estudante: Beatriz Rôlo

Enfermeiro Orientador:

Docente Orientador:

Prof. Doutora Isabel Rabiais

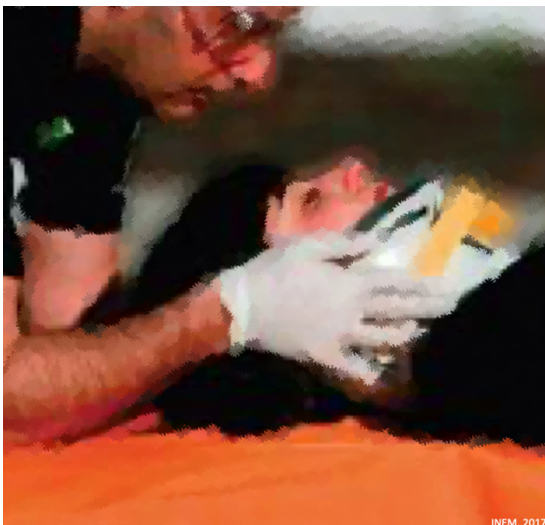
Fevereiro 2024

Através da investigação em enfermagem consegue-se alcançar ganhos para o doente e para o profissional

O conhecimento gerado através da investigação é utilizado para o desenvolvimento de uma PBE documentando a eficácia dos cuidados de enfermagem, e por sua vez promove a melhoria da sua qualidade e dos seus resultados.



SNS, 2021



INEM, 2017

Objetivos

Objetivo geral:

- Prevenir úlceras por pressão associadas à imobilização com colar cervical;

Objetivos específicos:

- Contextualizar os sistemas de trauma e a utilização do colar cervical rígido segundo OT do INEM 2023;
- Apresentar dados recolhidos da plataforma Patient Care na unidade e refletir sobre a incidência em UCI;
- Relembrar conceito de úlcera por pressão e diferentes graus;
- Reconhecer fatores de risco;
- Identificar medidas preventivas baseada na evidência atual;

Trauma

“O trauma é considerado a primeira causa de incapacidade entre a população mais ativa nos países desenvolvidos e é a segunda causa de morte em ambos os gêneros.”

Kord, Alimohammadi & Jafari, 2020



ELEVADAS

Taxas de Mortalidade

Taxas de Morbilidade



INEM, 2023

Sistemas de Trauma

“(…) reorganização dos sistemas de assistência e a existência de equipas especializadas com formação específica em trauma (habitualmente designados por sistemas de trauma), são também fundamentais,(…) estando a implementação de sistemas de trauma eficazes fortemente associada à diminuição da mortalidade.”

Siman, Radomislensky, Peleg, 2013



1ª Fase: Pré-hospitalar

INEM, 2023

2ª Fase: Hospitalar

VISÃO, 2023

SPEDC, 2023

Sistemas de Trauma



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



INEM, 2021

OT.028-01.DEM
Orientação Técnica

Restrição de movimentos de coluna na vítima com suspeita de traumatismo vertebro-medular

17/07/2023

Elaborado por: João Lourenço,
João Melo Alves, José Magalhães,
Pedro Vasconcelos, Simão Rodeia
Revisão: Filipa Barros
Validado por: GQ
Aprovado por: Fátima Rato

3.2 Dispositivos e técnicas de limitação de movimentos corporais

3.2.1 Colar cervical rígido

INEM, 2023



INEM, 2023

3.2 Dispositivos e técnicas de limitação de movimentos corporais

3.2.1 Colar cervical rígido

O colar cervical rígido foi recomendado durante anos apesar da ausência de suporte à sua utilização. Atualmente, as recomendações dividem-se entre a manutenção do colar cervical rígido apenas em algumas circunstâncias específicas, ou a sua abolição completa mantendo apenas a estabilização cervical manual até colocação em maca de vácuo.



INEM, 2023

3.2 Dispositivos e técnicas de limitação de movimentos corporais

3.2.1 Colar cervical rígido

As recomendações à utilização do colar cervical rígido são:

- Não deve ser colocado por rotina;
- Não deve atrasar ou prejudicar a abordagem ABC do doente;
- Não está recomendado em vítimas de TCE com sinais de hipertensão intracraniana:
 - Descida de GCS \geq 2 pontos;
 - Alterações pupilares de novo;
 - Hemiparesia
 - Triade de Cushing (hipertensão, bradicardia, respiração irregular)
- Não está recomendado durante a abordagem da via aérea

INEM, 2023



3.2 Dispositivos e técnicas de limitação de movimentos corporais

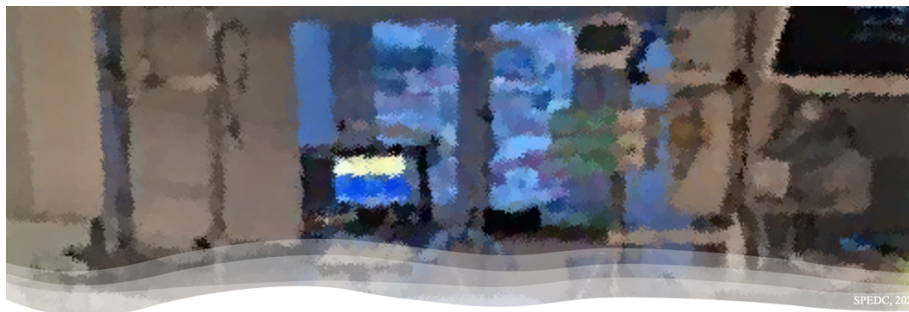
3.2.1 Colar cervical rígido

Tendo em conta a evidência conhecida, recomenda-se que nas vítimas de TCE com sinais de aumento da pressão intracraniana, se abandone o colar cervical e se privilegie apenas o alinhamento e estabilização cervical manual até à imobilização em maca de vácuo ou, na sua impossibilidade, em plano duro com apoios de cabeça e fixador frontal.

Nas vítimas com TCE o transporte deve ser realizado com elevação da cabeceira ou proclive do tabuleiro da maca a 30 graus.



INEM, 2023



“Para a avaliação da qualidade de uma UCI é fundamental ter registos válidos e que permitam proceder a uma avaliação correta do desempenho de uma unidade com um intervalo temporal, bem como medir os reais resultados das medidas de melhoria da qualidade aplicadas.”

Bento, Germano, Cavaco, Cardoso & Dias, 2023



2023



144 doentes vítimas de trauma

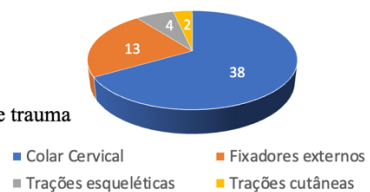


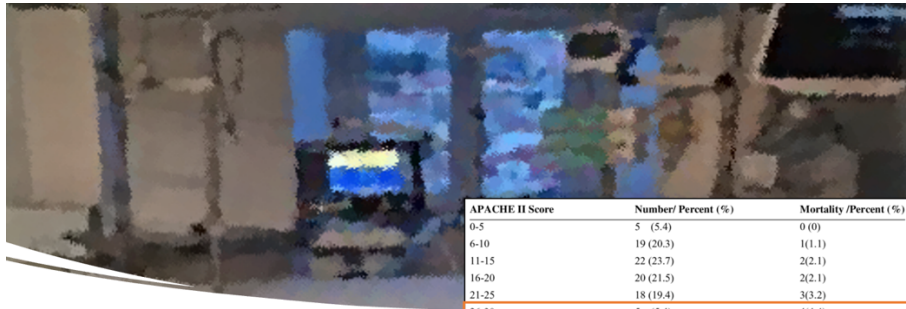
2023



144 doentes vítimas de trauma

DISPOSITIVOS MÉDICOS






APACHE II Score	Number/ Percent (%)	Mortality /Percent (%)
0-5	5 (5.4)	0 (0)
6-10	19 (20.3)	1 (1.1)
11-15	22 (23.7)	2 (2.1)
16-20	20 (21.5)	2 (2.1)
21-25	18 (19.4)	3 (3.2)
26-30	5 (5.4)	4 (4.4)
>30	4 (4.3)	6 (6.4)
Total	93 (100)	18 (19.3)

2023



144 doentes vítimas de trauma

APACHE II Score
(Acute Physiology and Chronic Health Evaluation)

26,36



Conceito de úlcera por pressão

“Lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente envolvendo a proeminência óssea em resultado de pressão ou combinação desta com outras forças.”

European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2019

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)

“Dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada”.

ICN, 2019

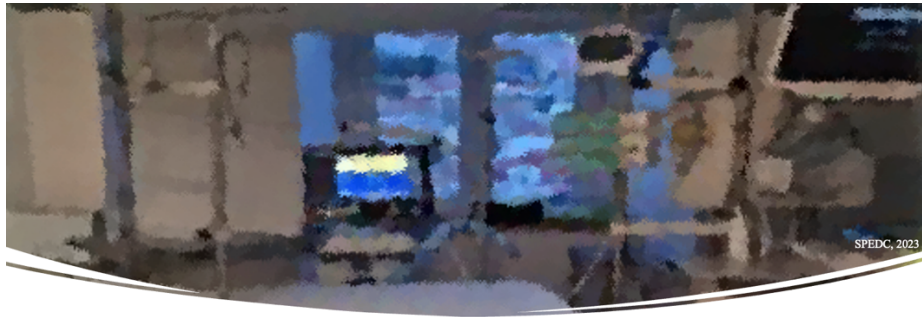


Sistema Internacional de Classificação das úlceras por pressão NPUAP/EPUAP

Não graduáveis/Inclassificáveis

Suspeita de lesão nos tecidos profundos

NPUAP/EPUAP, 2009



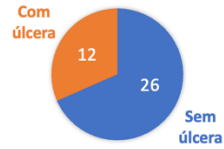
SPEDC, 2023

2023



38 doentes com colar cervical

PRESENÇA DE ÚLCERA



SPEDC, 2023

2023



38 doentes com colar cervical



12 com úlcera por pressão
26 sem úlcera por pressão

TEMPO MÉDIO DE DOENTES COM COLAR CERVICAL QUE NÃO DESENVOLVERAM ÚLCERA



1,74 dias



SPEDC, 2023

2023



38 doentes com colar cervical



12 com úlcera por pressão
26 sem úlcera por pressão

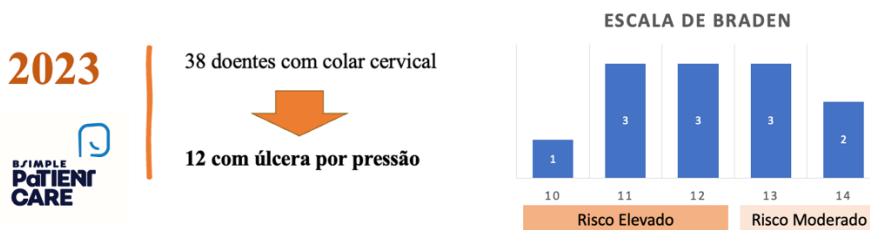
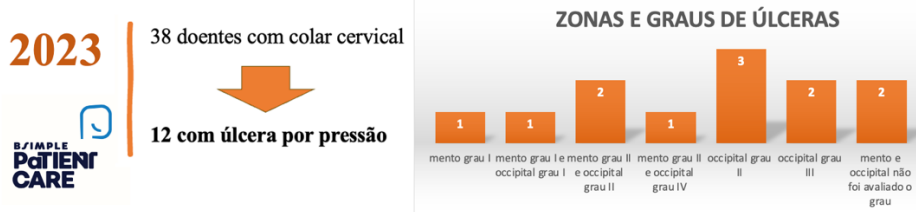
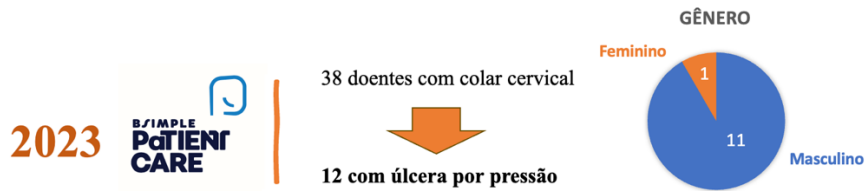
TEMPO MÉDIO DE DOENTES QUE DESENVOLVERAM ÚLCERA

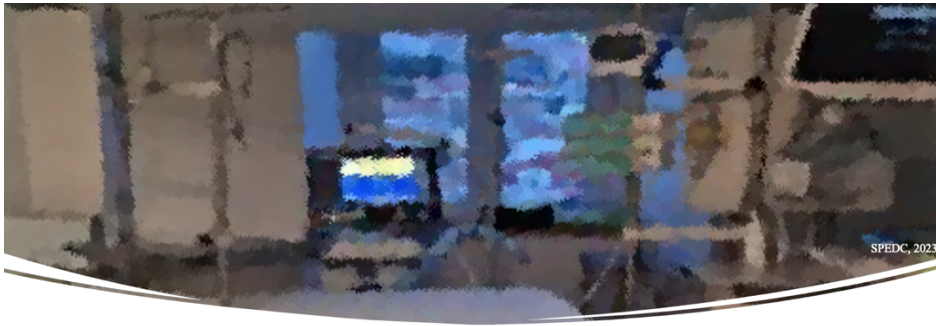
Tempo mínimo
2,94 dias



14,29 dias

Tempo máximo
30,91 dias





SPEDC, 2023

2023



38 doentes com colar cervical



12 com úlcera por pressão

TIPO DE VENTILAÇÃO



SPEDC, 2023

2023

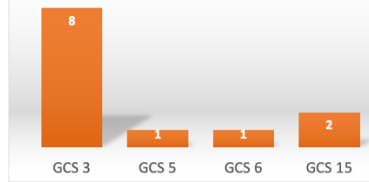


38 doentes com colar cervical



12 com úlcera por pressão

GCS à entrada



SPEDC, 2023

2023



38 doentes com colar cervical



12 com úlcera por pressão

Idade Média



47,54 anos

COLARES CERVICAIS UTILIZADOS NA UUM

Instrução de colocação segundo o fabricante *Philadelphia*®



Avisos e precauções:

- É necessário limpar regularmente o dispositivo e a pele por baixo do mesmo, bem como inspecionar a pele para detetar quaisquer sinais de irritação, a fim de reduzir o risco de úlcera.

COLARES CERVICAIS UTILIZADOS NA UUM

Instrução de colocação segundo o fabricante *Philadelphia*®



Instruções de ajuste:

Seleção do tamanho

- A determinação do tamanho adequado é essencial para conseguir um conforto e uma imobilização adequados;
- O ajuste do tamanho do dispositivo deve ser realizado **antes** de o dispositivo ser colocado no doente. Assegurar sempre a estabilização cervical correta.

COLARES CERVICAIS UTILIZADOS NA UUM

Instrução de colocação segundo o fabricante *Philadelphia*®



Instruções de ajuste:

Altura do Pescoço – Adulto			
2.25" (5,7 cm)	3.25" (8,3 cm)	4.25" (10,8 cm)	5.25" (13,3 cm)

Altura

- Medir a distância vertical entre a parte superior do ombro do doente e a ponta do queixo (a) para identificar a definição de altura do colar cervical.

NOTA: se a altura corresponder a dois tamanhos, seleccionar o mais pequeno. O dispositivo foi concebido para ser medido e fixado numa única posição **apenas uma vez**. Não deve voltar a medido.

COLARES CERVICAIS UTILIZADOS NA UUM

Instrução de colocação segundo o fabricante *Philadelphia*®



Instruções de ajuste:

Circunferência:

- Medir à volta do pescoço do doente (b). A medida corresponde à circunferência do tamanho do dispositivo.

COLARES CERVICAIS UTILIZADOS NA UUM

Instrução de colocação segundo o fabricante *Philadelphia*®

Instruções de ajuste:

Circunferência:

Circunferência do pescoço	
Tamanho	Circunferência
Adulto Pequeno	10" - 13" (25,4 - 33,0 cm)
Adulto Médio	13" - 16" (33,0 - 40,6 cm)
Adulto Grande	16" - 19" (40,6 - 48,3 cm)
Adulto Extra Grande	19" + (48,3 cm +)

COLARES CERVICAIS UTILIZADOS NA UUM

Instrução de colocação segundo o fabricante *Philadelphia*®



Colocado em decúbito dorsal:

1. Deslizar a peça traseira por trás do pescoço do doente e centrar a mesma, respeitando as setas para cima no painel.

NOTA: os cabelos compridos devem ser colocados fora da peça traseira.

COLARES CERVICAIS UTILIZADOS NA UUM

Instrução de colocação segundo o fabricante *Philadelphia*®



Colocado em decúbito dorsal:

2. Colocar a peça dianteira com o queixo fixo no intervalo e centrar a mesma para fixar o alinhamento neutro. A peça dianteira sobrepõe-se à peça traseira para assegurar uma imobilização e um conforto eletivos.

COLARES CERVICAIS UTILIZADOS NA UUM

Instrução de colocação segundo o fabricante *Philadelphia*®



Colocado em decúbito dorsal:

3. Colocar a alça em ambos os lados. Apertar as correias alternadamente até obter um comprimento igual dos dois lados. O excesso pode ser cortado.

COLARES CERVICAIS UTILIZADOS NA UUM

Instrução de colocação segundo o fabricante *Philadelphia*®



Colocado em decúbito dorsal:

4. As correias podem ser cortadas ou moldadas a quente conforme necessário, de acordo com a anatomia do doente.

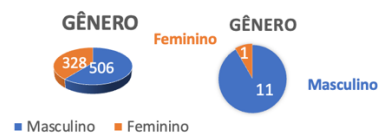
NOTA: o dispositivo tem de ficar fixo para garantir um ajuste adequado, manter o alinhamento e impedir que o queixo deslize para dentro.

COLARES CERVICAIS UTILIZADOS NA UUM

Instrução de colocação segundo o fabricante *Philadelphia*®

Cuidados e limpeza:

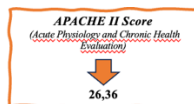
- Limpar com um pano húmido e sabão neutro;
- Secar ao ar;



FATORES DE RISCO

Fatores sociodemográficos e intrínsecos:

- Idade
- Sexo Masculino
- Comorbilidades – diabetes mellitus, doença vascular e doença renal crónica



FATORES DE RISCO

Fatores clínicos e terapêuticos:

- Hemoglobina
- Saturação Periférica de Oxigénio
- Temperatura corporal
- APACHE II
- N° dias de internamento
- Escala de Coma de Glasgow e escala de RASS
- Vasopressores
- Estado nutricional

PROTOCOLO DE INSPEÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA

A pele deve ser avaliada relativamente à:

- *Coloração*
- *Humidade*
- *Edema*
- *Firmeza*
- *Viscosidade*
- *Temperatura (fria e quente)*
- *Presença de sinais de irritação cutânea ou potencial lesão de tecido (eritema não branqueável)*
- *Presença de hematoma*
- *Pele seca e descamativa*
- *Presença de dispositivo*

(Journal Of Wound Care, 2020)

PROTOCOLO DE INSPEÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA

Segundo o Journal Of Wound Care (2020) a frequência da avaliação:

- É determinada pelo risco associado e a condição do doente;
- Doentes com elevado risco requerem uma avaliação mais frequente;

PROTOCOLO DE INSPEÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA

The screenshot shows a web-based nursing assessment form titled "Intensive care unit: nursing assessment form". It includes a "Show sessions log" button, a "New session" dropdown, and a date/time selector set to "07/09/2020 13:34". The form is divided into several sections: "Equipment & patient safety", "Neuro", "CVS", "Respiratory/ Renal", "GIT", and "Skin integrity". The "Skin integrity" section contains a "Skin integrity assessment" table with fields for "Skin temp", "Skin colour", "Skin turgor", "Skin moisture", "Skin texture", "Skin oedema", "Oral mucosa", and "Nare mucosa". A dropdown menu is open for "Skin moisture", showing options: "Normal", "Dry", "Diaphoretic", and "Oily". There is also a "Pressure injury risk assessment" section with a "Pressure injury prevention WJCG" button. At the bottom, there is a small text block: "CVS-cardiovascular system; GIT-gastrointestinal tract; WJG-work unit guideline".

Fig 6. Computer drop-down menu with options to describe colour, warmth, moisture, oedema and turgor of the skin and the presence of a skin injury

(Journal Of Wound Care, 2020)

OUTRAS SUGESTÕES ?



(Cambridge University Press, 2020)




(Nightingale Supplies, 202)



(Centro de Trauma Londres, 2021)



 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO
	RELACIONADAS COM O COLAR CERVICAL

1 – OBJECTIVO

Objetivo Geral:


- Prevenir e reduzir o risco de complicações associadas à utilização do colar cervical;

Objetivos Específicos:

- Identificar os fatores de risco de úlcera por pressão relacionados com a utilização de colar cervical;
- Uniformizar procedimentos, mantendo as boas práticas;
- Assegurar continuidade dos cuidados;

2 – ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os Enfermeiros do serviço.

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO
	RELACIONADAS COM O COLAR CERVICAL


3 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO

3.1 – Descrição:

É um procedimento de rotina que permite a vigilância da pele sob o colar cervical, a deteção precoce de fatores de risco e feixes de intervenções preventivas de úlcera por pressão relacionada com o colar cervical.

3.2– Frequência:

- Por rotina em todos os turnos.
- Substituir o colar cervical se estiver húmido ou sujo.


 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO RELACIONADAS COM O COLAR CERVICAL

3.3 – Orientações genéricas quanto à execução:

- Respeitar a individualidade e privacidade do doente
- Explicar o procedimento ao doente, se consciente


3.4 – Material:

- Luvas limpas e avental;
- Colar cervical *Philadelphia*®;
- Produtos de higiene
- Espumas de poliuretano não adesivas


 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO RELACIONADAS COM O COLAR CERVICAL

3.5 – Procedimento:

- Substituição precoce do colar cervical rígido e observação da pele sob o colar cervical;
 - Quando a pessoa em situação crítica é admitida na unidade, deve-se proceder à avaliação CABCDE.
 - Avaliar a pele sob o colar cervical, incluindo região occipital e mento (observação visual e tátil), assegurando a estabilização cervical.
 - Posteriormente após estabilização hemodinâmica da pessoa em situação crítica deve-se substituir o colar cervical rígido pelo colar cervical *Philadelphia*®, tendo em consideração o tamanho adequado.
- Avaliar a cada 8 horas a pele sob o colar cervical, mantendo a estabilização cervical da pessoa em situação crítica;

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO RELACIONADAS COM O COLAR CERVICAL

- Lavar a pele sob o colar cervical uma vez por dia (preferir produtos que não necessitem de enxaguamento) sem friccionar, secar completamente a pele sob o colar cervical e aplicar creme hidratante se a pele apresentar sinais de desidratação;
- Na presença de humidade, por exemplo transpiração, lavar a pele como indicado anteriormente, e aplicar polímero acrílico de proteção ou creme barreira. Não deve ser aplicado creme hidratante.
- Vigiar a temperatura corporal e promover a normotermia.
- Aplicar espumas de poliuretano não adesivas na região do mento e occipital. Mas estas não devem aumentar a força de fixação do colar, não devem comprometer a imobilização cervical e por último não devem contribuir para o aumento da humidade.

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE	
	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO RELACIONADAS COM O COLAR CERVICAL

- Usar almofada viscoelástica/espuma de alta densidade, permitindo uma total distribuição da pressão da cabeça e região cervical, mantendo a posição neutra e o alinhamento céfalo caudal.
- Promover precocemente o posicionamento da pessoa em situação crítica preferencialmente em semi-dorsal com inclinação a 30°, se a sua situação clínica assim permitir.
- Otimizar a nutrição da pessoa em situação crítica, com a equipa multidisciplinar, de forma a aumentar a resistência da pele às forças de pressão.

FIM




Referências

- Bento, L., Germano, N., Cavaco, R., Cardoso, S., Dias, S., (2023) Objetivos para o doente crítico. Ad Médic, Lda. ISBN 978-989-53489-5-4
- European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPPIA). 2024 *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Haesler E(ed). Cambridge Media: Perth , Australia;
- Gefen, A., Alves, P., Ciprandi, G., Cover et al. (2020). *Consensus Document – Device related pressure ulcers: Secure prevention*. J Wound Care. <https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.Sup2a.S1>
- ICN. (2019). *International Council Of Nurses*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehelthcnptm/icnp-browser>
- Jackson, D., Sarki, AM., Betteridge, R., et al. (2019). Medical device-related pressure ulcers: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.006>
- Lourenço, J., Alves, J., Magalhães, J., Vasconcelos, P., Rodeia, S., (2023). Orientação técnica – Restrição de movimentos de coluna na vítima com suspeita de traumatismo vertebro-medular. INEM https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/07/OT.028-01_DEM_Restricao-de-movimentos-de-coluna-na-vitima-com-suspeita-de-traumatismo-vertebro-medular.pdf
- Össur. 2002. *Instructions for Use PHILADELPHIA®tracheotomy collar*. Össur Iceland. WWW.OSSUR.COM. Retrieved from <https://assets.ossur.com/library/15723/Philadelphia%20Tracheotomy%20Collar%20Instructions%20for%20use.pdf>

Referências

- IMAGENS:
- <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Técnicas-de-Extração-e-Imobilização-de-Vítimas-de-Trauma.pdf>
- <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/08/12/cuidados-intensivos/>
- <https://www.inem.pt/2023/06/20/inem-organiza-webinar-sobre-processo-assistencial-de-trauma/>
- <https://visao.pt/actualidade/sociedade/2023-03-19-diretor-de-traumatologia-do-hospital-s-jose-alerta-para-risco-de-colapso-do-sns-no-verao/>
- <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/07/Manual-de-Trauma-Tecnicas.pdf>
- <https://produto.mercadolivre.com.br/MLB-1936185030-imobilizador-de-cabeca-head-block-c-base-adulto-e-infantil- JM>
- <https://www.facebook.com/InstitutoNacionaldeEmergenciaMedica/photos/a.36600837677583/3842628322448887/?type=3>
- <https://www.spedc.pt/>
- <https://www.psd.pt/pt/grupo-parlamentar/noticias/inoperacionalidade-dos-helicopteros-do-inem-compromete-meios-de-socorro>
- <https://www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine/article/abs/remaining-cervical-spine-movement-under-different-immobilization-techniques/51149475B4F99FBE09390842CBE23738>

APÊNDICE III – Instrumento de trabalho – “Prevenção *das úlceras por pressão relacionadas com o colar cervical*”

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE	
	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO RELACIONADAS COM O COLAR CERVICAL

1 – OBJECTIVO

Objetivo Geral:

- Prevenir e reduzir o risco de complicações associadas à utilização do colar cervical;

Objetivos Específicos:

- Identificar os fatores de risco de úlcera por pressão relacionados com a utilização de colar cervical;
- Uniformizar procedimentos, mantendo as boas práticas;
- Assegurar continuidade dos cuidados;

2 – ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os Enfermeiros do serviço.

3 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO


3.1 – *Descrição:*

É um procedimento de rotina que permite a vigilância da pele sob o colar cervical, a deteção precoce de fatores de risco e feixes de intervenções preventivas de úlcera por pressão relacionada com o colar cervical.

3.2– *Frequência:*

- Por rotina em todos os turnos. |
- Substituir o colar cervical se estiver húmido ou sujo.

APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		Enfª Beatriz Rêlo		1/3

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE	
	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO RELACIONADAS COM O COLAR CERVICAL

3.3 – Orientações genéricas quanto à execução:

- Respeitar a individualidade e privacidade do doente
- Explicar o procedimento ao doente, se consciente


3.4 – Material:

- Luvas limpas e avental;
- Colar cervical *Philadelphia*®;
- Produtos de higiene
- Espumas de poliuretano não adesivas

3.5 – Procedimento:

- Substituição precoce do colar cervical rígido e observação da pele sob o colar cervical;
 - Quando a pessoa em situação crítica é admitida na unidade, deve-se proceder à avaliação ABCDE.
 - Avaliar a pele sob o colar cervical, incluindo região occipital e mento (observação visual e tátil), assegurando a estabilização cervical.
 - Posteriormente após estabilização hemodinâmica da pessoa em situação crítica deve-se substituir o colar cervical rígido pelo colar cervical *Philadelphia*®, tendo em consideração o tamanho adequado.
- Avaliar a cada 8 horas a pele sob o colar cervical, mantendo a estabilização cervical da pessoa em situação crítica;
- Lavar a pele sob o colar cervical uma vez por dia (preferir produtos que não necessitem de enxaguamento) sem friccionar, secar completamente a pele sob o colar cervical e aplicar creme hidratante se a pele apresentar sinais de desidratação;

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Enfª Beatriz Rêlo		2/3

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE	
	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO RELACIONADAS COM O COLAR CERVICAL

- Na presença de humidade, por exemplo transpiração, lavar a pele como indicado anteriormente, e aplicar polímero acrílico de proteção ou creme barreira. Não deve ser aplicado creme hidratante.
- Vigiar a temperatura corporal e promover a normotermia.
- Aplicar espumas de poliuretano não adesivas na região do mento e occipital. Mas estas não devem aumentar a força de fixação do colar, não devem comprometer a imobilização cervical e por último não devem contribuir para o aumento da humidade.
- Usar almofada viscoelástica/espuma de alta densidade, permitindo uma total distribuição da pressão da cabeça e região cervical, mantendo a posição neutra e o alinhamento céfalo caudal.
- Promover precocemente o posicionamento da pessoa em situação crítica preferencialmente em semi-dorsal com inclinação a 30°, se a sua situação clínica assim permitir.
- Otimizar a nutrição da pessoa em situação crítica, com a equipa multidisciplinar, de forma a aumentar a resistência da pele às forças de pressão.

4 - REFERÊNCIAS

Ossur (2022). Philadelphia ® Tracheotomy collar – instructions for use. https://media.ossur.com/ossur-dam/image/upload/pi-documents-global/PhiladelphiaTracheotomyCollar_1378_001.pdf

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Enf ^ª Beatriz Rôlo		3/3

APÊNDICE IV – Instrumento de trabalho – “*Colocação de cateteres intravasculares*”

	ÁREA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS
	COLOCAÇÃO DE CATETERES INTRAVASCULARES
	IT

1 – DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJECTIVO

Esta Instrução de trabalho tem como referência a Norma de Procedimento multisectorial CIH 124 – Prevenção da Infecção Relacionada com Dispositivos Intravasculares no Adulto. O objetivo é prevenir infeções decorrentes da cateterização intravascular.

2 – ÂMBITO DE APLICAÇÃO

A presente Instrução de Trabalho aplica-se a todos os Médicos e Enfermeiros do serviço.

3– INSTRUÇÃO DE TRABALHO

3.1– Descrição:

É um conjunto de procedimentos para colocação de cateteres intravasculares, com o objetivo de minimizar as infeções decorrentes da cateterização intravascular.

3.2 – Material:

- Reunir todo o material necessário para o procedimento:
 - ✓ Campo Cirúrgico sem janela;
 - ✓ Bata cirúrgica;
 - ✓ Touca;
 - ✓ Mascara cirúrgica;
 - ✓ Luvas Cirúrgicas;
 - ✓ Kit Cateter Central;
 - ✓ Compressas esterilizadas;

APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	__/__/__	Enfª Beatriz Rôlo		1/5

	ÁREA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS
	COLOCAÇÃO DE CATETERES INTRAVASCULARES
	IT

- ✓ Campo cirúrgico com janela;
- ✓ Solução Cutânea alcoólica 2% de Clorohexidina em 70% de álcool;
- ✓ Catéter Vascular;
- ✓ Seda 2/0;
- ✓ Lamina cirúrgica;
- ✓ Soro Fisiológico estéril;
- ✓ Adesivo.

3.2– Procedimento:

- Lavar as mãos (Procedimento CIRA 102) higiene das mãos e antebraços pelo método de fricção com SABA ou lavagem com sabão antisséptico, cumprindo a técnica de preparação pré-cirúrgica preconizada pela OMS.
- Envergar avental, máscara cirúrgica e luvas limpas de forma a prevenir infeções cruzadas e manter a proteção do profissional.
- Executar limpeza da mesa de trabalho com solução alcoólica (álcool etílico a 70%) e esperar que seque.
- Colaborar na colocação da mesa de trabalho assegurando a manutenção da técnica asséptica cirúrgica.
- Preparação da pele com Solução Cutânea alcoólica 2% de Clorohexidina em 70% de álcool: Realizar antissepsia da pele com clorexidina a 2% em álcool: primeiro garantindo que a pele se encontra limpa antes da desinfeção e friccionar a pele com clorexidina a 2% em álcool, de acordo com instruções do fabricante e deixar secar antes da punção. **Em pele não íntegra utilizar solução aquosa, garantindo tempos de secagem de pelo menos 2 minutos.**
- Sempre que necessário mudar o local de punção após múltiplas tentativas deve ser reiniciado todo o processo.
- Escolha do cateter venoso central (CVC): com o mínimo de lúmens essenciais para o tratamento do doente e o comprimento determinado

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	En ^{ra} Beatriz Rôlo		2/5

	ÁREA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS
	COLOCAÇÃO DE CATETERES INTRAVASCULARES
	IT

pela profundidade de inserção em relação aos pontos de referência anatómicos do doente.

- Seleção do local de inserção
 - ✓ Ter em conta os riscos e benefícios de colocação no local recomendado para minimizar as complicações infecciosas e as complicações mecânicas (pneumotórax, punção da artéria subclávia, laceração de veia/artéria, hemotórax, trombose, embolia)
 - ✓ A opção por determinada veia ou via de acesso está de acordo com a experiência de quem realiza o procedimento e as características do doente.
 - ✓ Selecionar como local de inserção a veia subclávia, em vez da veia jugular ou femoral para minimizar o risco de infeção.
 - ✓ Sempre que o risco de complicações versus benefício de prevenção de infeção o permita, deve privilegiar-se o acesso subclávio.
 - ✓ Evitar a veia femoral para acesso venoso central
 - ✓ Colocar cateteres de hemodiálise na veia jugular ou femoral para evitar estenose

Substituição do cateter por fio guia (PROCEDIMENTO COM RISCO INFECCIOSO EXCESSIVO)

- ✓ Não utilizar a substituição por fio guia em doentes com suspeita de infeção relacionada com o cateter.
- ✓ Na substituição por fio guia utilizar um novo par de luvas estéreis após remover o cateter e antes de manusear o cateter novo.

- Técnica
 - ✓ Posicionar o doente
 - ✓ Localizar o local de punção: VJID: ápice do triângulo das inserções do músculo esternocleidomastóideo ou ao nível da

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	Enª Beatriz Rôlo		3/5

	ÁREA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS
	COLOCAÇÃO DE CATETERES INTRAVASCULARES
	IT

cartilagem cricoideia, imediatamente para fora da artéria carótida interna, VSC: bordo inferior da clavícula na junção dos 2/3 internos com o 1/3 externo da mesma e VF: na porção superior da coxa, imediatamente para dentro da artéria femoral o mais afastado possível da região inguinal.

- ✓ Colocação da máscara cirúrgica
 - ✓ Higienização das mãos
 - ✓ Colocação de bata cirúrgica
 - ✓ Desinfecção do local de punção, como anteriormente descrito
 - ✓ Campo estéril
 - ✓ Anestesia local (Lidocaína 1% 1-2 ml / Procaína 2% 1-2 ml) com uma agulha IM no local de cateterização. Procede-se á punção, que vai servir como “punção de prova” para a localização. Deve ser avaliada a possibilidade de abandoná-lo após 3 tentativas de punção sem sucesso.
 - ✓ Colocação do cateter de acordo com a técnica de Seldinger.
 - ✓ Após a colocação do cateter excluir complicações mecânicas nomeadamente pneumotórax, hemorragias, pseudoaneurismas, etc. Auscultar o doente e solicitar radiografia do tórax no caso de abordagem da veia jugular e subclávia.
- Realizar penso de acordo com a respetiva instrução de trabalho.

3.3– Considerações gerais:

- O enfermeiro deve higienizar as mãos e colocar máscara e touca antes de iniciar a instrumentação para colocação de cateter central.
- A colocação de cateteres venosos centrais não pode decorrer em simultâneo com outros procedimentos na sala, exceto em situações de emergência.
- Deve ser restringida a circulação na sala.

APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	__/__/__	Enfª Beatriz Rôlo		4/5

	ÁREA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS
	COLOCAÇÃO DE CATETERES INTRAVASCULARES
	IT

- O procedimento será auditado durante a sua execução, com recurso a “check list”, pelos chefes de equipa médico ou enfermeiro ou o enfermeiro que instrumenta o procedimento na ausência de 3º elemento.

4 - REFERÊNCIAS

- Norma nº 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 da DGS “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central
- Procedimento Multisectorial CIRA 102 – Higiene das Mãos
- Procedimento Multisectorial CIRA 124 – Prevenção da Infecção Relacionada com Dispositivos Intravasculares no Adulto

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Enfª Beatriz Rôlo		5/5

APÊNDICE V – Instrumento de Trabalho – “*Penso de cateter central*”

	ÁREA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS
	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	PENSO DE CATETER CENTRAL

1 – DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJECTIVO

Esta Instrução de trabalho tem como referência a Norma de Procedimento multisectorial CIRA 124 – Prevenção da Infecção Relacionada com Dispositivos Intravasculares no Adulto

Objetivos

- Uniformizar procedimentos, mantendo as boas práticas
- Assegurar continuidade dos cuidados;
- Prevenir reduzir o risco de infeção;

2 – ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os Enfermeiros do serviço.

3 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO

3.1 – Descrição:

É um procedimento de rotina que permite a vigilância do local de inserção dos cateteres centrais, venosos e arteriais, assim como a sua higienização, diminuindo o risco de infecção e outras possíveis complicações.

3.2– Frequência:

- Por rotina no turno da manhã, após os cuidados de higiene, mudar penso com compressa 48 h após a sua realização. Se penso transparente (penso específico para cateter), 7 dias após a sua realização (colocar a data de realização no penso).

APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		Enfª Beatriz Rôlo		1/4

	ÁREA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS
	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	PENSO DE CATETER CENTRAL

- Sempre que se verifique ruptura do isolamento do penso, por descolamento, por derramamento de líquidos externos, ou por repasse hemático ou seroso.

3.3 – Orientações genéricas quanto à execução:

- Respeitar a individualidade e privacidade do doente
- Explicar o procedimento ao doente, se consciente
- Escolher o material adequado:
 - Em locais de inserção normalmente limpos e secos, usar pensos transparentes semipermeáveis, sem gaze (mudar a cada 7 dias);
 - Em locais de inserção exsudativos de líquido seroso ou hemático, usar pensos com compressa de tecido não tecido e adesivo transparente (mudar a cada 48h).
- Cumprir rigorosamente a técnica asséptica.

3.4 – Material:

- 1 par de luvas limpas;
- 1 par de luvas esterilizadas;
- Compressas esterilizadas;
- Campo esterilizado;
- Máscara facial;
- Solução antisséptica – Clorexidina a 2% em álcool
- Penso transparente semi-permeável ou de Tecido não tecido, esterilizado (na inexistência de pensos transparentes).

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	Enª Beatriz Rôlo		2/4

	ÁREA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS
	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	PENSO DE CATETER CENTRAL

3.5 – Procedimento:

- Proceder à higienização das mãos e antebraços pelo método de fricção com SABA ou lavagem com sabão antisséptico, cumprindo a técnica de preparação pré-cirúrgica preconizada pela OMS.
- Reunir e preparar todo o material necessário para a intervenção, para minimizar as interrupções durante a técnica e minimizar a quebra da técnica asséptica.
- Utilizar os corretos EPI's: máscara cirúrgica, avental e luvas limpas de forma a prevenir infeções cruzadas e manter a proteção do profissional.
- Executar limpeza da mesa de trabalho com solução alcoólica (álcool etílico a 70%) e esperar que seque.
- Proceder novamente à higienização das mãos, anteriormente descrita.
- Colocar luvas limpas e remover o penso superficialmente. Inspeccionar o local de inserção se necessário calçar luvas esterilizadas para fazer palpação junto à inserção do cateter, e removê-las após contato. De forma, a avaliar adequadamente o local de inserção do cateter, bem como despistar sinais de infeção e prevenir/reduzir o risco de infeção.
- Proceder novamente à higienização das mãos, anteriormente descrita.
- Desinfeção com Solução Cutânea alcoólica 2% de Clorhexidina em álcool ou álcool a 70%, por fricção durante 15 segundos, e deixar secar, antes de manusear ou conectar qualquer dispositivo estéril.
- Garantir orifício de inserção limpo e sem sangue.
- Colocar penso transparente (específico de cateter).
- Remover luvas.
- Remover restante material de proteção individual EPI e proceder à higienização das mãos.
- Efetuar registos de enfermagem (procedimento realizado e incidentes/ocorrências) para assegurar a continuidade dos cuidados.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Enfª Beatriz Rôlo		3/4

	ÁREA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS
	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	PENSO DE CATETER CENTRAL

4 - REFERÊNCIAS

- Norma nº 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 da DGS “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central
- Procedimento Multisectorial CIRA 124 – Prevenção da Infecção Relacionada com Dispositivos Intravasculares no Adulto
- Procedimento Multisectorial CIRA 102 – Higiene das Mãos

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Enfª Beatriz Rôlo		4/4

APÊNDICE VI – Instrumento de Trabalho – “*Manutenção de cateteres centrais*”

	ÁREA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS
	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	MANUTENÇÃO DE CATÉTERES CENTRAIS

1 – DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJECTIVO

Esta Instrução de trabalho tem como referência a Norma de Procedimento multisectorial CIH 124 – Prevenção da Infecção Relacionada com Dispositivos Intravasculares no Adulto e a Norma emitida pela DGS (atualmente em discussão pública) nº 022/2015 de 22/08/2022. O objetivo é prevenir infeções decorrentes da cateterização central prolongada.

2 – ÂMBITO DE APLICAÇÃO

A presente Instrução de Trabalho aplica-se a todos os Médicos e Enfermeiros do serviço.

3– INSTRUÇÃO DE TRABALHO

3.1– Descrição:

É um conjunto de procedimentos de manuseamento dos cateteres centrais e dispositivos a eles conectados, com o objectivo de minimizar infeções decorrentes da cateterização central prolongada

3.2– Frequência:

- Avaliar diariamente a necessidade de manter o Cateter Venoso Central: retirar de imediato o CVC em caso de não ser necessário e documentar o motivo de manutenção do cateter.
- Por rotina substituir os sistemas de administração intravenosos, obturadores, torneiras, rampas e prolongamentos a cada 96h.

APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		Enfª Beatriz Rôlo		1 de 4

	ÁREA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS
	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	MANUTENÇÃO DE CATÉTERES CENTRAIS

- Por rotina, substituir os prolongamentos utilizados nas perfusões de fármacos a cada 96h (designadamente às 24:00) respeitando a estabilidade específica dos fármacos.
- Por rotina, substituir os sistemas utilizados na administração de emulsões lipídicas a cada 24h após iniciar a perfusão e de propofol a cada 6 a 12 horas.
- Por rotina, substituir prolongamentos e torneiras de três vias utilizadas na administração de sangue e seus derivados a cada 4h.

3.3– Orientações genéricas quanto à execução:

- A higiene das mãos (Procedimento CIRA 102) antes e após o manuseamento é fundamental.
- Não deve ser usada a câmara de microgotas para diluições de fármacos, apenas para contabilização de fluidos.
- Colocar rampa de 3 torneiras no lúmen distal (torneira mais próxima do doente para a PVC) restantes torneiras com bionector.
- Fixar a rampa de 3 vias ao suporte adequado de forma que não contacte com a cama.
- Prolongamento de 100 cm entre a rampa e o acesso do Cateter.
- Sempre que necessário, colocar bionectores no Hub do Cateter que não está a uso. Efectuar lavagem diária com 10 cc de soro fisiológico (turno da Manhã)
- Na administração de medicação, descontaminar os pontos de acesso dos bionectores com clorexidina a 2% alcoólica (Skin Prep) ou álcool a 70°, por fricção, durante 10 a 15 segundos e deixar secar, antes de conectar qualquer dispositivo estéril.
- Administrar medicação pelo bionector e posteriormente efetuar a lavagem com 5 cc de SF.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Enfª Beatriz Rôlo		2 de 4

	ÁREA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS
	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	MANUTENÇÃO DE CATÉTERES CENTRAIS

- No caso de perfusão de Aminas em 2 seringas, utilizar torneira de 3 vias e colocar prolongamento nitro entre a torneira e o acesso do cateter.
- No caso de outras perfusões que necessitem de torneira de 3 vias, colocar prolongamento de 50 cm entre a torneira e o acesso do Cateter.
- Descartar obturador sempre que se inicie uma perfusão no respectivo lúmen do dispositivo intravascular.
- As infusões de nutrição parentérica contendo lípidos só podem permanecer 24h em perfusão.
- Completar as infusões de sangue e derivados em 4h (Procedimento TRC 109).

3.4– Procedimento:

- Proceder à higienização das mãos e antebraços pelo método de fricção com SABA ou lavagem com sabão antisséptico, cumprindo a técnica de preparação pré-cirúrgica preconizada pela OMS.
- Reunir e preparar todo o material necessário para a intervenção, para minimizar as interrupções durante a técnica e minimizar a quebra da técnica asséptica.
- Utilizar os corretos EPI's: máscara cirúrgica, avental e luvas limpas de forma a prevenir infeções cruzadas e manter a proteção do profissional.
- Executar limpeza da mesa de trabalho com solução alcoólica (álcool etílico a 70%) e esperar que seque.
- Proceder novamente à higienização das mãos, anteriormente descrita.
- Descontaminar o ponto de acesso do bionector com clorexidina 2% em álcool ou álcool 70°, por fricção durante 15 segundos e deixar secar, antes de manusear ou conectar qualquer dispositivo estéril.
- Usar técnica assética antes de, qualquer conexão, infusão ou aspiração.
- Descartar as luvas.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	Enª Beatriz Rôlo		3 de 4

	ÁREA DE URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS
	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	MANUTENÇÃO DE CATÉTERES CENTRAIS

- Remover restante material de proteção individual EPI e proceder à higienização das mãos.
- Efetuar registos de enfermagem (procedimento realizado e incidentes/ocorrências) para assegurar a continuidade dos cuidados.

4 - REFERÊNCIAS

- Norma nº 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 da DGS “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central
- Procedimento Multissectorial CIRA 102 – Higiene das Mãos
- Procedimento Multissectorial CIRA 124 – Prevenção da Infecção Relacionada com Dispositivos Intravasculares no Adulto
- Procedimento TRC 109 – Aplicação de componentes sanguíneos

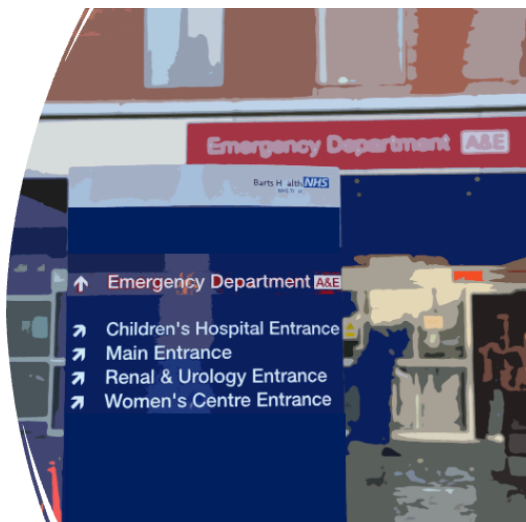
APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		Enfª Beatriz Rôlo		4 de 4

APÊNDICE VII – Sessão de formação – “*Centro de Trauma em Londres –
sugestões de melhoria*”

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

Área Pediátrica

+

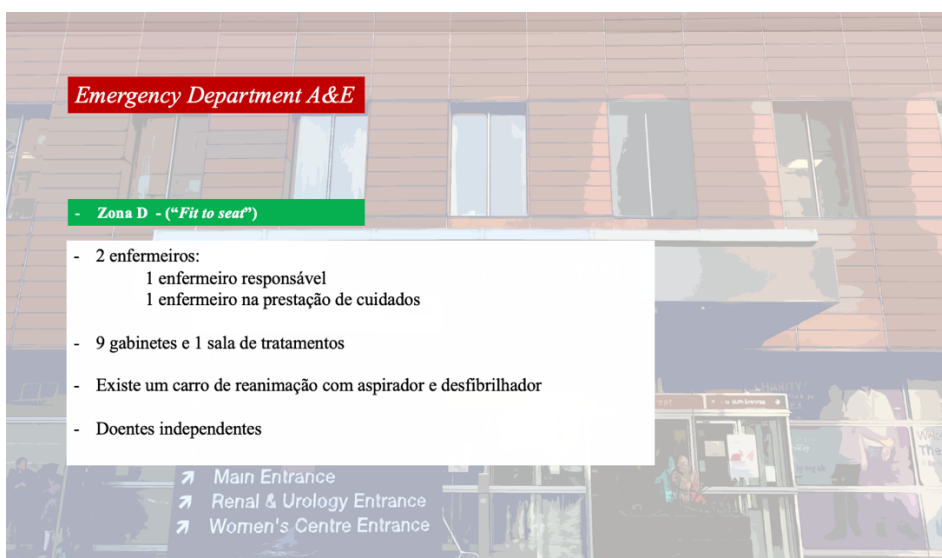
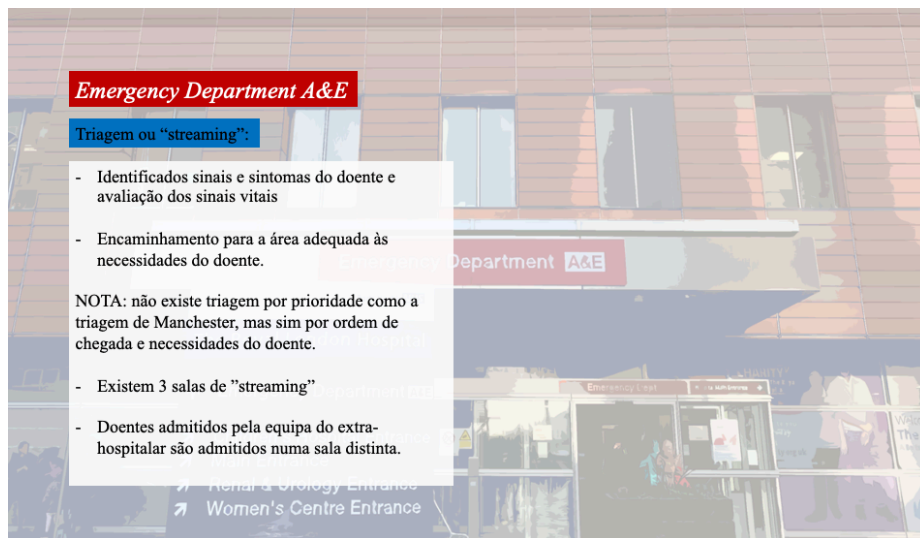
Área de Adultos

- 150 enfermeiros
- 4 equipas
- Turnos de 12 horas:
 - manhã – 8h às 20h
 - noite – 20h às 8h
- Em cada turno 25 enfermeiros:
 - 1 chefe de equipa
 - 1 enfermeiro responsável em cada posto

Emergency Department A&E

Admissão:

- Inscrição no secretariado
- Fornecida pulseira de identificação branca, ou vermelha em caso de alergia
- Encaminhamento para a sala de espera (com música ambiente para promover melhores níveis de conforto)



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 Rom (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

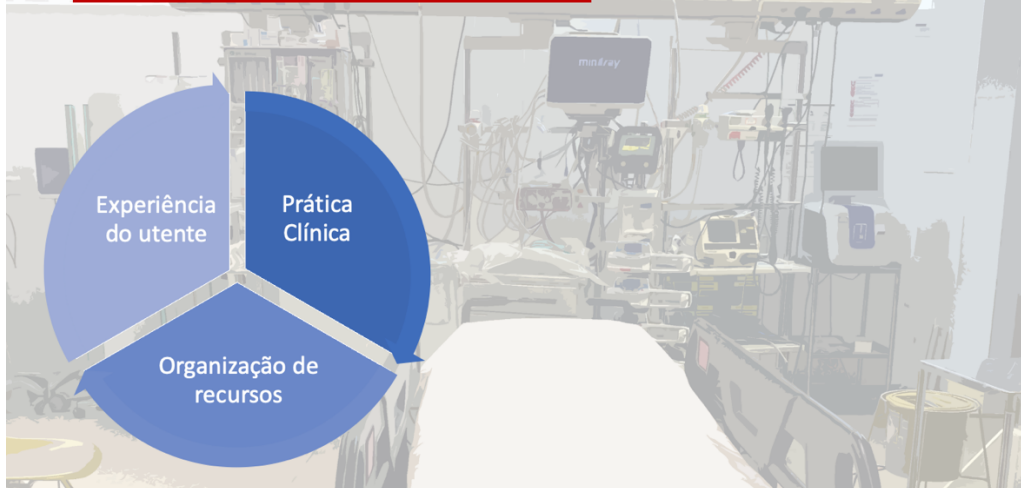
Physician Response Unit (PRU)

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

Torna-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.

ANEXOS

ANEXO I - Certificado de Participação: “ICE-2022 – *International Congress
On Emergency*”

ICE
2022



**INTERNATIONAL
CONGRESS ON
EMERGENCY**

Certifica-se que

Beatriz Mateus Matos Rolo

esteve presente no International Congress on Emergency 2022 que decorreu em Faro no dia 1 de abril, promovido pela Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência (APEMERG) e com a duração de 9 horas.

Faro, 20 de Abril de 2022

Tiago Carvalho

Tiago Carvalho

Presidente da direção da APEMERG



ANEXO II - Certificado de Participação: “Congresso Internacional
Emergência ‘23”



CONGRESSO
INTERNACIONAL
EMERGÊNCIA'23

OCEAN MEDICAL | TAGUSPARK

Certifica-se que

Beatriz Mateus Matos Rolo

esteve presente no Congresso Internacional
Emergência'23 da Ocean Medical
que decorreu nos dias 25 e 26 de maio de 2023
no Centro de Congressos do Taguspark.



CONGRESSO ACREDITADO PELA
**EUROPEAN ACCREDITATION COUNCIL
FOR CONTINUING MEDICAL EDUCATION**

A Presidente do Congresso,

Sónia Sousa

O Diretor da Ocean Medical,

Pedro Caldeira

ANEXO III - Certificado de Participação: “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) **Beatriz Mateus de Matos Rolo** - estudante n.º 192022039, 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 IV - Certificado de Comunicação Livre em formato de e-Poster:
“Intervenções de enfermagem à pessoa vítima de trauma no Serviço de
Urgência”**



CERTIFICADO

Certifica-se que **Beatriz Rolo**, apresentou o Póster n.º 38 com o tema “**Intervenções de enfermagem à pessoa vítima de trauma no Serviço de Urgência**”, em coautoria com Melissa Matos, Nuno Gonçalves e Isabel Rabiais no **VI Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, realizado 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 V - Certificado de Participação: “VIII Jornadas Técnicas de
Medicina Intensiva”**



VIII JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA



RESSUSCITAÇÃO

Objetivos terapêuticos
para o doente crítico

CERTIFICADO

Certificamos que,

Beatriz Mateus de Matos Rôlo

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 Luís Bento
Presidente das Jornadas

Patrocínio Científico



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL