



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

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

Daniela Filipa Pereira de Almeida

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AVANÇADAS À
PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA GRAVE NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

Intervenções de Enfermagem Avançadas à Pessoa Vítima de Trauma Grave no Serviço de Urgência

Relatório Final de Estágio

Daniela Filipa Pereira de Almeida

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação da Professora Doutora Fernanda Príncipe.

Oliveira de Azeméis | 2025

"Quanto mais aumenta o nosso conhecimento, mais evidente fica a nossa ignorância"

(John F. Kennedy)

AGRADECIMENTOS

Terminado este percurso não poderia deixar de agradecer a todos os que permitiram que este projeto fosse realizado.

Aos meus pais por todas as palavras de conforto, compreensão pela minha ausência neste período e também por nunca me deixarem desistir.

Ao meu namorado por estar sempre ao meu lado, independentemente do rumo escolhido.

À minha avó, a minha estrelinha, que apesar de não me acompanhar nesta caminhada tenho a certeza que me iluminou o caminho.

À minha orientadora Professora Doutora Fernanda Príncipe por toda a disponibilidade dispensada e contributo que considero fundamental na realização deste projeto, fazendo-me ultrapassar as minhas dificuldades.

Aos meus orientadores de estágios pela compreensão, partilha de conhecimentos determinantes para o sucesso desta etapa, assim como, me terem feito sentir parte integrante da equipa.

À minha colega de especialidade Cátia, por me ouvir nos dias menos bons e por todo o incentivo e força que me deu. Sem dúvida que não teria conseguido sem a sua ajuda.

Aos meus colegas do serviço de Ortopedia B pela disponibilidade para as trocas que precisei para a realização dos estágios.

Por último, mas não menos importante, ao meu filho, que chegou no meio deste percurso e que me motivou sempre a ser e dar o melhor de mim.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCDE (A – Airway; B – Breathing; C – Circulation; D – Disability; E – Exposure)

ACS- American College of Surgeons

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

CODU- Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CT- Centros de Trauma

DGS- Direção Geral de Saúde

EE- Enfermeiro Especialista

EEEMC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMCPSC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EEH- Emergência Extra-Hospitalar

ESSnorteCVP- Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR- Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation

LASA- Look-Alike Sound-Alike

MEMCPSC- Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

NAS- Nursing Activities Score

NOTIFICA- Sistema Nacional de Notificação de Incidentes

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PBCI- Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PEE- Plano de Emergência Externa

PEI- Plano de Emergência Interna

PNSD- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA- Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos

PSC- Pessoa em Situação Crítica

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RMA- Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos

SAV- Suporte Avançado de Vida

SIEM- Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV- Suporte Imediato de Vida

SMI- Serviço de Medicina Intensiva

START- Simple Triage And Rapid Treatment

SU- Serviço de Urgência

SUP- Serviço de Urgência Polivalente

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VVT- Via Verde Trauma

RESUMO

O desempenho dos enfermeiros na abordagem à vítima de trauma grave, em contexto de serviço de urgência, é determinante para a sobrevivência e recuperação da pessoa em situação crítica. A complexidade destas situações exige uma resposta célere, estruturada e baseada na evidência científica, na qual o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica assume um papel central na avaliação inicial, estabilização e coordenação da equipa multidisciplinar.

O presente percurso académico teve como principal finalidade o desenvolvimento de competências especializadas que permitissem uma intervenção segura, eficaz e humanizada à pessoa em situação crítica. As escolhas dos contextos de estágio, o Serviço de Medicina Intensiva e o contexto de emergência extra-hospitalar, foram orientadas pela necessidade de consolidar conhecimentos e práticas em ambientes de elevada complexidade clínica, promovendo o raciocínio crítico e a tomada de decisão fundamentada.

A componente de investigação teve como objetivo compreender a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica acerca dos fatores inibidores e facilitadores da implementação da Via Verde Trauma no serviço de urgência. Foi realizado um estudo qualitativo, de carácter exploratório e descritivo, recorrendo à técnica de *focus group* com sete participantes, cuja análise seguiu a metodologia proposta por Bardin (2016).

Dos resultados emergiram quatro categorias principais: fatores influenciadores, fatores condicionantes, estratégias da equipa de Enfermagem e formação. Estes elementos revelam-se cruciais para a ativação eficaz da via verde trauma e para a prestação de cuidados seguros, céleres e humanizados à pessoa vítima de trauma grave.

Conclui-se que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desempenha um papel fundamental na gestão e implementação da resposta à vítima de trauma grave, assumindo-se como elemento impulsionador da qualidade, da segurança e da excelência dos cuidados em contexto de urgência.

ABSTRACT

The performance of nurses in the management of severely injured trauma victims within the emergency department context is crucial for the survival and recovery of individuals in critical condition. The complexity of these situations demands a swift, structured, and evidence-based response, in which the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, with a specialization in Nursing Care to the Person in Critical Condition, plays a central role in initial assessment, stabilization, and coordination of the multidisciplinary team.

This academic journey aimed primarily at developing specialized competencies that enable safe, effective, and humanized intervention for individuals in critical condition. The selection of internship settings—namely the Intensive Care Unit and the pre-hospital emergency context—was guided by the need to consolidate knowledge and practices in environments of high clinical complexity, fostering critical thinking and informed decision-making.

The research component sought to understand the perceptions of Specialist Nurses in Medical-Surgical Nursing regarding the inhibiting and facilitating factors in the implementation of the Trauma Fast-Track Pathway (Via Verde Trauma) within the emergency department. A qualitative, exploratory, and descriptive study was conducted using the focus group technique with seven participants, and the analysis followed the methodology proposed by Bardin (2016).

Four main categories emerged from the results: influencing factors, constraining factors, nursing team strategies, and training. These elements are crucial for the effective activation of the trauma fast-track pathway and for delivering safe, timely, and humanized care to victims of severe trauma.

It is concluded that the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing plays a fundamental role in managing and implementing the response to severely injured trauma victims, acting as a driving force for quality, safety, and excellence in care within the emergency setting.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Fatores influenciadores	75
Tabela 2: Fatores Condicionantes	79
Tabela 3: Estratégias da equipa de Enfermagem	82
Tabela 4- Formação.....	85

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	19
1.Enquadramento dos contextos de estágio	21
1.1. Estágio em contexto de cuidados intensivos	21
1.2. Estágio em contexto de emergência extra-hospitalar	24
2.Competências comuns do enfermeiro especialista	27
2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	27
2.2. Domínio da melhoria da qualidade.....	30
2.3. Domínio da gestão de cuidados	36
2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	39
3.Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.....	41
3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	41
3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	47
3.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	49
4.Considerações finais.....	53
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....	55
1.Resumo	57
2.Abstract.....	59
3.Fundamentação/enquadramento teórico	61
4.Finalidade e objetivos.....	69
5.Metodologia.....	71
5.1. Desenho do estudo	71
5.2. Considerações éticas	73

6.Resultados e Discussão.....	75
7.Conclusão.....	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS.....	105
ANEXO I: ESQUEMA DAS RESPONSABILIDADES DO ENFERMEIRO COORDENADOR DE TURNO.....	107
ANEXO II: APRESENTAÇÃO VIA POWERPOINT ELABORADA NO ESTÁGIO DO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA.....	109
ANEXO III: APRESENTAÇÃO VIA POWERPOINT ELABORADA NO ESTÁGIO DO EXTRA- HOSPITALAR.....	113
ANEXO IV: ARTIGOS PARA JORNAL LOCAL.....	117
ANEXO V: <i>FOCUS GROUP</i> -GUIÃO DA REUNIÃO	121
ANEXO VI: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA	123
ANEXO VII: CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO.....	125
ANEXO VIII: DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA RECOLHA DE IMAGEM E ÁUDIO ...	129

INTRODUÇÃO

A exposição contínua a situações de instabilidade clínica e elevada exigência técnica despertou o interesse por aprofundar competências especializadas que sustentem uma prática segura, eficaz e humanizada. Este percurso formativo, inserido no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEMCPSC), teve como principal finalidade o desenvolvimento de competências especializadas que permitissem uma intervenção segura, eficaz e humanizada à pessoa em situação crítica (PSC).

O trauma grave representa uma preocupação crescente em saúde pública, com impacto significativo nos domínios clínico, social e económico. A Organização Mundial de Saúde estima que o trauma seja responsável por cerca de 5,8 milhões de mortes anuais, sendo a principal causa de morte em pessoas com menos de 44 anos (Mendes, 2022). Neste contexto, o papel do Enfermeiro é determinante na abordagem inicial à vítima, sendo responsável pela avaliação clínica, priorização de intervenções e articulação com equipas multidisciplinares. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho (2018) da Ordem dos Enfermeiros (OE), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC) deve demonstrar competências clínicas avançadas, nomeadamente na tomada de decisão em situações complexas, na aplicação de raciocínio clínico e na antecipação de complicações, o que exige pensamento crítico e julgamento profissional fundamentado.

A Via Verde Trauma (VVT) constitui uma estratégia estruturada que visa otimizar a referência e o tratamento da pessoa vítima de trauma, desde o pré-hospitalar até ao contexto intra-hospitalar. A sua implementação eficaz depende da atuação coordenada de profissionais altamente qualificados, sendo o EEMCPSC um elemento central na operacionalização desta via, com responsabilidade na identificação precoce de sinais de instabilidade, priorização de intervenções e comunicação interprofissional (Norma nº 012/2022 de 12 de Novembro, 2022).

O presente relatório final de estágio, com componente de investigação, é um trabalho original alicerçado em objetivos de nível avançado e em cuidados altamente qualificados à pessoa que vivencia processos de transição saúde/doença complexos. A Teoria das Transições, de Afaf Meleis, serviu como referencial teórico orientador. Esta teoria, centrada

nos processos de adaptação e nas respostas humanas face a mudanças significativas no estado de saúde, permite compreender a complexidade da vivência de transição que ocorre quando um indivíduo passa de um estado de estabilidade para uma situação de vulnerabilidade extrema (Meleis, 2010). Neste contexto, o papel do Enfermeiro adquire especial relevância, uma vez que a sua intervenção visa facilitar uma transição saudável, promovendo a estabilidade, a segurança e o equilíbrio da pessoa em situação crítica e da sua família.

A escolha dos contextos de estágio: Serviço de Medicina Intensiva e emergência extra-hospitalar, foi orientada pela necessidade de consolidar conhecimentos e práticas em ambientes de elevada complexidade clínica, promovendo o raciocínio crítico e a tomada de decisão fundamentada. Estes ambientes permitiram o desenvolvimento de raciocínio clínico, capacidade de antecipação e atuação em tempo útil, competências essenciais à prática especializada e alinhadas com o perfil definido pela OE para a área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Estruturalmente, o relatório encontra-se dividido em duas partes complementares. A primeira parte corresponde à componente de estágio, desenvolvida com base numa metodologia crítico-reflexiva, onde se apresenta o enquadramento dos contextos clínicos e se analisa, à luz das competências do EEEMCPSC, os momentos mais significativos da prática. A segunda parte refere-se à componente de investigação, centrada no estudo *“Intervenções de Enfermagem avançadas à pessoa vítima de trauma grave no serviço de urgência (SU)”*. Esta secção inclui a fundamentação teórica, os objetivos, o desenho metodológico, as considerações éticas, a análise dos dados obtidos através de um *focus group* e a discussão dos resultados com base na evidência científica. Por fim, são apresentadas as implicações para a prática clínica e propostas para o desenvolvimento futuro da intervenção especializada em trauma grave.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

Serviço de Medicina Intensiva e Extra-Hospitalar

1. Enquadramento dos contextos de estágio

O estágio não contribui apenas para a integração da teoria com a prática, mas também para a capacitação em desenvolver competências e adotar posturas profissionais essenciais ao exercício da profissão. Adicionalmente, possibilita a aquisição de competências para lidar com situações não previstas, como intercorrências durante a prestação de cuidados à PSC, assim como, proporciona também a oportunidade de exploração e especialização em áreas que sejam de maior interesse do estagiário (Pascoal & Souza, 2022).

O curso de MEMCPSC contempla no seu plano curricular a realização de dois estágios inseridos na unidade curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II. De maneira a dar resposta aos pressupostos de nível avançado delineados pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), foram selecionados para realização de estágio o Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e numa instituição de emergência extra-hospitalar, ambos localizados na zona centro do país.

Em seguida, será feita uma breve descrição dos locais de estágio, incluindo uma análise crítico-reflexiva sobre as competências comuns e específicas do EEEMCPSC. Além disso, será apresentada uma contextualização da estrutura dos locais de estágio, evidenciando as dinâmicas existentes, as oportunidades de contacto com práticas especializadas e o processo de integração vivido.

1.1. Estágio em contexto de cuidados intensivos

O primeiro momento de estágio decorreu no período de 02 de Outubro a 08 de Dezembro de 2023 no SMI de uma instituição de saúde da zona centro. A escolha deste local de estágio foi fundamentada na especificidade do serviço, que recebe pessoas vítimas em situações clínicas críticas, exigindo cuidados altamente diferenciados e complexos. Trata-se de um contexto que permite o contacto direto com intervenções avançadas em suporte orgânico, monitorização invasiva e terapias intensivas, características que se alinham com os objetivos formativos do mestrado. A seleção deste local reflete também a motivação pessoal e profissional enquanto Enfermeira em processo de desenvolvimento de competências avançadas na área da PSC, procurando consolidar conhecimentos teóricos e práticos num ambiente exigente e tecnicamente especializado.

Tendo por base a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, os SMI podem ser classificados em 3 níveis de acordo com as técnicas utilizadas, assim como, as valências disponíveis na unidade hospitalar (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2003).

O serviço onde decorreu o estágio é considerado um serviço polivalente com camas de nível III. Nesta tipologia, as camas devem ser destinadas a pessoas que apresentem pelo menos duas disfunções agudas de órgãos vitais, consideradas potencialmente ameaçadoras à vida, e, conseqüentemente, necessitem de pelo menos duas ou mais formas de suporte orgânico (Paiva et al., 2017).

Neste, existem 35 camas de nível III, distribuídas pelas 3 unidades do hospital (pisos -3; -1 e +1), tendo sido o estágio realizado na sua totalidade do piso 1 e é neste em que nos vamos focar neste momento.

Em termos de localização, o SMI encontra-se perto do bloco operatório. Além disso, mantém uma comunicação eficaz com o serviço de radiologia, sendo que os profissionais deslocam-se ao SMI, quando necessário, para a realização de exames. Sempre que existem outro tipo de exames, como Tomografia Computorizada, é necessário a deslocação da PSC até ao serviço de imagiologia que se localiza no piso -1, o que não representa uma localização próxima, no entanto, de maneira a colmatar esta situação, é contactado um funcionário que tem uma chave do elevador e permite o seu bloqueio para um transporte mais célere. Isto vai de encontro às recomendações da ACSS (2024).

O SMI tem disponível 12 unidades de cuidados. Destas, 2 unidades são quartos individuais, estando um deles geralmente reservado para situações de dador de coração parado.

O serviço encontra-se disposto em *open space*. Esta configuração embora permita uma observação direta sobre a maioria dos utentes presentes no serviço, não se enquadra com o preconizado pela ACSS (2024), uma vez que é recomendado que as unidades tenham divisórias laterais transparentes com a possibilidade de se tornarem opacas para manter salvaguardada a privacidade da PSC.

Na área central encontra-se uma bancada com computadores destinados à consulta de processos e ao registo clínico. Na mesma bancada, numa zona mais central, situa-se o local de trabalho da equipa de Enfermagem, onde estão disponíveis medicamentos e algum material de consumo clínico. É também neste espaço que toda a terapêutica é preparada antes da administração. No entanto, esta prática não está de acordo com o recomendado pela ACSS (2024), uma vez que o posto de trabalho de Enfermagem deverá ser separado da

zona de registo e dispor de uma pia hospitalar de apoio, o que não se verifica. Esta configuração pode comprometer a segurança dos cuidados, ao aumentar o risco de contaminação e erros na administração da medicação, afetando diretamente a qualidade da prática de Enfermagem.

O serviço dispõe de dois carros com material de apoio e de um carro de emergência. Conta ainda com dois lavatórios, número que não cumpre as recomendações da ACSS (2024), que preconiza um lavatório por cada três unidades. No entanto, a sua localização estratégica assegura proximidade a todas as unidades de internamento.

As unidades encontram-se equipadas com uma cama, 2 colunas e uma mesa de cabeceira com algum material de apoio. No lado direito do utente, encontram-se dispostas bombas e seringas infusoras, assim como um computador que permite a realização de registos ou consulta do processo clínico e uma gaveta com material. Do lado esquerdo, encontram-se outros aparelhos como o monitor, ventilador, rampas de oxigénio, ar comprimido e aspiração, assim como duas gavetas com material de apoio à ventilação. Estas unidades permitem ainda a realização de outras formas de monitorização (incluindo a monitorização do índice bis-espectral e monitorização da pressão intracraniana), instituição de outras terapêuticas ou a execução de terapias de substituição renal, quando justificadas pela situação clínica.

Em todos os pisos, encontram-se espaços não clínicos destinados ao armazenamento de equipamentos, assim como, material médico e hoteleiro. Além disso, estão disponíveis várias salas de apoio com diferentes funções, como o gabinete do enfermeiro-gestor, consultórios médicos, sala para o Enfermeiros de emergência interna e o gabinete do secretariado.

O acolhimento da PSC no SMI implica seguir vários procedimentos. A PSC é transportada do serviço de origem até à entrada do SMI, onde já se encontra a cama da unidade que irá ser ocupada, sempre acompanhada por um médico, um Enfermeiro e um assistente operacional.

Para garantir a continuidade e qualidade dos cuidados prestados à PSC, o serviço dispõe de uma equipa de Enfermagem constituída por 125 Enfermeiros que asseguram cuidados 24 horas por dia. Destes, 59 Enfermeiros (47,2%) detêm um título de especialidade atribuído pela OE, no entanto apenas 39 Enfermeiros (30,4%) são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC). O método de trabalho utilizado no SMI é o método de trabalho individual. Este método consiste na atribuição a cada enfermeiro de um

número limitada de utentes, definido de acordo com o grau dependência, de maneira a priorizar a atenção individualizada e abrangente durante o turno de trabalho. Esta abordagem proporciona maior satisfação profissional, ao permitir a individualização dos cuidados, resultando em planos mais específicos. Aumenta também a satisfação do utente ao sentir mais confiança com um Enfermeiro responsável por todos os seus cuidados (Parreira et al., 2021).

Os registos de Enfermagem são realizados com recurso ao programa informático *B-Simple*. Esta aplicação surgiu para dar resposta às necessidades específicas dos SMI e permite a integração de diversos sistemas, reunindo em tempo real a informação de dispositivos conectados ao utente, como monitor e ventilador, além de permitir uma consulta intuitiva de análises e exames.

Este serviço mostrou-se extremamente enriquecedor devido à sua diversidade de patologias, requerendo uma busca constante da bibliografia mais recente de maneira a garantir cuidados de excelência. Destaca-se como aspeto fundamental o ambiente de aprendizagem proporcionado pela equipa, que facilitou a troca de conhecimentos e experiências e permitiu uma melhor integração ao serviço, uma vez que, esta era uma realidade com a qual ainda não tinha havido contacto. Estes fatores contribuíram significativamente para o desenvolvimento de competências enquanto Enfermeira Especialista (EE).

1.2. Estágio em contexto de emergência extra-hospitalar

O segundo momento de estágio decorreu no período de 05 de Julho a 19 de Setembro de 2025 numa instituição de emergência extra-hospitalar da zona centro. A escolha deste local de estágio prende-se não só pela sua relevância na prestação de cuidados de emergência, como também no interesse pessoal por esta área específica, proporcionando uma oportunidade valiosa na aquisição de experiência prática em resposta a situações de emergência extra-hospitalar.

Tendo por base o Regulamento n.º 226/2018 da OE (2018), considera-se que a Emergência Extra-Hospitalar (EEH) pode abranger qualquer cenário de doença súbita, traumatismo, crise ou desastre enfrentado por um indivíduo, grupo ou comunidade. Esta, exige avaliação e intervenção imediatas no local, visando garantir uma prestação de cuidados abrangente, de qualidade e oportuno. No mesmo documento é afirmado que o Enfermeiro de EEH deverá ser um profissional com conhecimento em áreas como a disciplina, profissão e EEH,

atuando desde o local do incidente até à sua transferência para a unidade de saúde apropriada.

Em Portugal continental, a EEH é assegurada pelo INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica), um organismo do Ministério da Saúde, fundado em 1981, que coordena o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). O seu objetivo é garantir cuidados de saúde adequados e rápidos para as vítimas de acidentes ou doenças súbitas. As principais responsabilidades da instituição incluem a prestação de socorro no local, transporte assistido para o hospital e coordenação entre os diversos intervenientes do SIEM (INEM 2013).

A instituição tem como visão torna-se uma entidade inovadora, sustentável e de destaque na prestação de cuidados médicos de EEH, estabelecendo-se como uma referência de excelência no setor da saúde. Assume valores como ambição, humanismo, inovação, ética, competência, eficiência, responsabilidade, igualdade e transparência (INEM, 2017).

Quando existe uma situação de emergência, é através do Número Europeu de Emergência (112) que se deve solicitar ajuda. Cabe à Polícia de Segurança Pública atender essas chamadas, e, no caso de se tratar de uma situação de saúde, encaminha a chamada para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Este, consoante a situação procede ao encaminhamento das diversas entidades intervenientes no SIEM próximas do local, incluindo Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa, polícia e hospitais (INEM, 2017c).

A instituição dispõe de uma variedade de meios de emergência, incluído: Ambulância de Emergência Médica; Ambulância de Socorro; Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV); Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER); Helicóptero de Emergência Médica; Hospital de Campanha; Motas de Emergência Médica; Transporte Inter-hospitalar Pediátrico; Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência e Viatura de Intervenção em Catástrofe (INEM, 2017a).

Depois desta breve introdução, vamos focar-nos nos meios nos quais foram aprimoradas as competências ao longo das últimas semanas de estágio: a Ambulância SIV e a VMER.

As Ambulâncias SIV têm como objetivo principal fornecer cuidados de saúde especializados, incluindo manobras de reanimação e administração de fármacos, até que uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida (SAV) esteja disponível. É tripulado por um Enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-hospitalar devidamente habilitados, com o intuito de aprimorar os cuidados prestados à população em situações de emergência extra-hospitalar (INEM, 2013; INEM, 2017a).

A VMER apresenta-se como um veículo especializado em intervenção extra-hospitalar e foi projetado para permitir a rápida deslocação da equipa médica até ao local onde se encontra a emergência. É tripulada por um médico e um Enfermeiro e encontra-se equipada com material para aplicação de SAV. Permitir a estabilização no extra-hospitalar fornecendo acompanhamento médico, durante o transporte das vítimas, até à unidade hospitalar é a principal função desta viatura (INEM, 2017a).

Este estágio revelou-se uma experiência profundamente enriquecedora, tanto do ponto de vista profissional como pessoal, proporcionando uma compreensão mais aprofundada das dinâmicas e práticas inerentes ao funcionamento da emergência extra-hospitalar. Tal facto assume particular relevância, uma vez que a mestranda demonstrava, desde o início do seu percurso académico, um interesse genuíno pelo trabalho desenvolvido nesta instituição.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

Nos dias de hoje, tendo em conta o contexto dos cuidados de saúde, observa-se um aumento significativo na importância e na complexidade dos cuidados de Enfermagem. Este fenómeno é impulsionado pela crescente demanda por competências técnicas e científicas na área da saúde, onde a diferenciação e a especialização se tornaram norma para os profissionais de saúde. Assim, o EE emerge como uma figura crucial, reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana na prestação de cuidados de Enfermagem especializados em diversas áreas (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

Tendo por base o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro (2019), consideram-se competências comuns como habilidades partilhadas universalmente por todos os EE, independentemente da sua área de especialização. No mesmo documento afirma-se que estas competências englobam a capacidade de conceber, gerir e supervisionar cuidados, bem como fornecer suporte eficaz em áreas como a formação, investigação e assessoria.

Assim, neste capítulo será realizada uma descrição e análise acerca de como foram desenvolvidas as competências comuns do EEEMC ao longo da realização dos estágios.

2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Tanto para Enfermeiros generalistas, como para EE existem documentos que são considerados fundamentais para o exercício e boa prática da profissão, são estes: o Código Deontológico do Enfermeiro e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), em ambos, encontram-se espelhados os princípios éticos e deontológicos que fundamentam o exercício.

Tendo por base o Artigo 97º do Código Deontológico, relativo aos deveres profissionais em geral, é estabelecido que os membros têm o dever de exercer a profissão com competência científica e técnica, respeitando a vida, a dignidade humana e promovendo a saúde e bem-estar da população. Além disso, devem empenhar-se na implementação de medidas que visem melhorar continuamente a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem (OE, 2015).

No mesmo sentido, o REPE afirma que podemos considerar um Enfermeiro como um profissional com formação em Enfermagem, devidamente certificado por um curso reconhecido legalmente, e que é detentor de um título profissional que atesta a sua

competência científica, técnica e humana para fornecer cuidados de Enfermagem gerais a indivíduos, grupos e comunidades (OE, 2015) . O mesmo documento afirma que um EE é definido como um profissional que concluiu com sucesso um curso de especialização em Enfermagem, ao qual foi atribuído um título profissional que certifica a sua competência científica, técnica e humana para fornecer cuidados de Enfermagem especializados na sua área de especialização.

O EE executa a profissão de forma segura, profissional e ética, utilizando habilidades de tomada de decisão baseadas em princípios éticos e deontológicos. Esta competência é apoiada por um conjunto de conhecimentos ético-deontológicos na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências individuais do utente. Adicionalmente, adota uma abordagem que respeita os direitos humanos, ao analisar e interpretar situações específicas de cuidados especializados e ao lidar eficazmente com possíveis dilemas éticos envolvendo os utentes (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

No desempenho das suas funções diárias, ao cuidar da PSC, os Enfermeiros deparam-se em diversas situações limite, com questões ético-deontológicas mesmo sem se aperceberem dessa situação. O avanço tecnológico vivenciado nas últimas décadas, especialmente nos cuidados intensivos, tem trazido benefícios substanciais para as ciências da saúde, nomeadamente no aumento da expectativa de vida. No entanto, em algumas circunstâncias, a intervenção terapêutica pode resultar apenas no prolongamento do processo de morte, o que pode aumentar o sofrimento do utente, da família e dos profissionais de saúde, assim como alterar o processo de morrer com dignidade (Barreto et al., 2020). Um aspeto bastante positivo durante o estágio do SMI prende-se pelo facto de este tipo de situações não serem uma prática comum. Fazendo uma análise, considera-se que deve haver uma preocupação da equipa multidisciplinar em não prolongar tratamentos considerados fúteis, dada a situação clínica, aceitando a morte como um processo natural do ciclo da vida. Neste contexto, devem ser privilegiados os cuidados de conforto, a promoção da melhor qualidade de vida para a pessoa/família e a defesa por uma morte digna e livre de sofrimento.

Durante a realização do estágio no SMI deparamo-nos frequentemente com situações em que a PSC se encontrava sedada/curarizada, tornando-se incapaz de consentir cuidados. Nestes casos, a decisão de proceder com os cuidados era fundamentada nos Princípios da Beneficência e da Não Maleficência, exigindo uma avaliação cuidadosa da relação entre os riscos e os benefícios das intervenções a serem realizadas. Além disso, conforme estipulado pela Portaria n.º 141/2018 de 18 de maio (2018), a consulta do Registo Nacional do

Testamento Vital proporciona ao Enfermeiro a capacidade de tomar decisões alinhadas com as vontades expressas pela pessoa, revelando-se uma ferramenta essencial em situações que envolvam consentimento presumido.

No que diz respeito à salvaguarda da dignidade e privacidade do utente, conforme preconizado no artigo 107º do Código Deontológico da OE (2015), constatamos que, mesmo em situações desafiantes no SMI, a equipa demonstrava preocupação em assegurar esses princípios. Apesar da escassez de biombos nos cuidados de higiene, observamos uma gestão eficaz para alternar o seu uso, garantindo a privacidade de todos. Além disso, foram tomadas medidas para minimizar o tempo de exposição durante a realização de técnicas.

Relativamente ao local onde se realiza a passagem de turno, no SMI pode representar desafios, uma vez que se localiza numa sala em *open space*, em que dada a proximidade das camas, pode comprometer a privacidade das informações transmitidas. É importante considerar que, mesmo em coma, a PSC pode manter a audição, uma vez que é o último sentido a ser perdido (Talebi et al., 2025). Portanto, pode ser necessário avaliar uma alternativa para garantir a confidencialidade das informações durante a passagem de turno.

Em ambiente extra-hospitalar, devido ao carácter imprevisível das situações que ocorrem, torna-se um meio propício a vivências inesperadas, muitas vezes complexas, que evidenciam a necessidade de refletir e discutir os problemas éticos que emergem no quotidiano da prática dos Enfermeiros (Oliveira et al., 2025).

Durante a realização do estágio foi possível ver como diferentes equipas, nomeadamente do INEM, Bombeiros, Guarda Nacional Republicana, Cruz Vermelha Portuguesa, gerem a privacidade da vítima, assegurando simultaneamente a eficácia e a fluidez das operações no local da ocorrência.

Em ocorrências em plena via pública, tornou-se evidente a urgência em estabilizar a vítima e transferi-la para o interior da ambulância com a maior brevidade possível, minimizando perturbações no espaço público. Os profissionais envolvidos atuam de forma coordenada criando uma espécie de barreira em torno da vítima, com o intuito de preservar a intimidade face aos olhares transeuntes. Esta medida assume particular importância, dado que a presença de pessoas alheias à situação, muitas vezes sem conhecimento técnico, pode originar julgamentos precipitados sobre os procedimentos em curso, interferindo com a atuação dos profissionais de saúde.

É importante também destacar que, durante elaboração deste relatório, foram respeitados os princípios éticos, garantindo o anonimato das instituições onde se desenvolveram os estágios, bem como a confidencialidade dos envolvidos neste processo.

2.2. Domínio da melhoria da qualidade

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro (2019) as competências do EE incluem o papel dinamizador na promoção e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. Além disso, espera-se que o Enfermeiro desenvolva práticas de qualidade, participe na gestão e colabore em programas de melhoria contínua, bem como garanta um ambiente terapêutico e seguro.

A Lei de Bases da Saúde estabelece a segurança do utente como um aspeto fundamental, enfatizando também o acesso aos cuidados de saúde de forma oportuna, digna e baseada na evidência científica mais recente. No entanto, o Ministério da Saúde reconhece que a segurança do utente é um desafio constante para os sistemas de saúde e a sociedade (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados de saúde de alta qualidade são caracterizados por serem eficazes, seguros, oportunos, centrados nas pessoas, equitativos, eficientes e integrados. Isso significa que os serviços de saúde devem fornecer cuidados baseados em evidências científicas, garantindo a segurança do utente e respeitando as suas preferências e necessidades. Eles também devem ser prestados de forma oportuna, sem discriminação e de maneira coordenada entre diferentes prestadores e serviços de saúde. Além disso, é essencial maximizar o uso eficaz dos recursos disponíveis, evitando desperdício (OMS, 2021).

Neste contexto, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 visa aprimorar e fortalecer a segurança na prestação de cuidados de saúde como um indicador de qualidade (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021). Também a OE em 2017 realça essa importância ao afirmar que tanto a qualidade como a segurança em saúde são prioridades e obrigações, evidenciando o papel de destaque dos Enfermeiros nos processos de melhoria contínua para a qualidade dos cuidados de saúde (OE, 2017a).

Em 2001 com o objetivo de esclarecer os aspetos essenciais da prática de Enfermagem no âmbito social e de promover a excelência dos cuidados, a OE definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Em 2017 de maneira a nortear a prática especializada, o Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica elaborou os

Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados, definindo quatro áreas distintas, salientando-se aqui a área de Enfermagem à PSC (OE, 2017a).

Relativamente à legislação, o PNSD 2021-2026 estabelece cinco pilares que dão suporte a catorze objetivos estratégicos: cultura de segurança, licença e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021).

Na instituição de saúde onde decorreu o estágio, verificou-se também uma preocupação como a segurança e com a qualidade, promovidas através da implementação de políticas de qualidade e segurança do utente. Esta, apresenta uma Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, onde está inserido o Gabinete de Qualidade que pretende implementar uma política de qualidade e segurança, através do desenvolvimento de inquéritos, estudos, projetos, auditorias, entre outros, com recurso a indicadores de qualidade e ações de sensibilização e formação dos profissionais (Unidade Local de Saúde, 2024).

A comunicação é um dos pilares definidos no PNSD 2021-2026, sendo evidenciada em momentos como transferência de responsabilidade, transição de cuidados ou troca de informação entre os profissionais (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021). A passagem de turno representa um momento de grande importância, tendo como principal objetivo a transmissão verbal de informações que garantam a continuidade de cuidados de qualidade. Pode ainda representar um momento de reflexão sobre as práticas, com vista à segurança do utente e à continuidade de cuidados, contribuindo para a redução de eventos adversos e da mortalidade. A mesma ocorre de forma oral, complementando os registos escritos sem nunca os substituir (Frias & Paiva-Santos, 2023; OE, 2001).

No SMI a passagem de turno é dividida em dois momentos. Inicia-se com a presença de toda a equipa, no centro da unidade, e o Enfermeiro coordenador transmite uma breve informação acerca dos utentes, assim como, situações do serviço relevantes na prestação dos cuidados. Posteriormente é feita uma passagem de informação mais detalhada junto à cabeceira da PSC.

A abordagem metodológica ISBAR (*Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation*), estabelecida pela Direção Geral de Saúde (DGS) na Norma nº 001/2017 de 08 de Fevereiro (2017), visa padronizar a transmissão de informações através de um auxiliar de memória, facilitando a memorização e comunicação de dados complexos. Tanto no SMI como na instituição de emergência extra-hospitalar, e com o objetivo de assegurar

uma comunicação segura, prevenindo falhas e potenciais eventos adversos, é adotada a mnemónica ISBAR como referência para transmitir informações relevantes sobre a PSC durante a passagem de informação. Durante a realização do estágio procurou-se utilizar ao máximo esta mnemónica, recorrendo a uma linguagem científica de maneira a não omitir dados relevantes e garantir uma uniformização da informação transmitida. Para a realização dos registos de Enfermagem, e com o objetivo de assegurar a continuidade dos cuidados, foi utilizada a aplicação informática *B-Simple*® no SMI.

No contexto extra-hospitalar, a passagem de informação entre os profissionais no terreno e o CODU é efetuada através de uma plataforma digital: *ITEAMS*, completada por comunicação telefónica e estruturada também pela metodologia ISBAR, assegurando uma transferência de dados precisa, segura e eficiente, fundamental para a prestação contínua e de qualidade dos cuidados.

Relativamente ao local da passagem de turno, e tendo por base o Parecer CJ/20 – 2001, (2001) devem ser selecionados tendo em conta as particularidades de cada ambiente de trabalho, visando atender às suas finalidades específicas. O mesmo documento refere ser essencial ter em conta aspetos como o sigilo profissional, privacidade e confidencialidade do utente (OE, 2001).

A prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente constituem igualmente um pilar definido no PNSD 2021-2026, que ressalta a necessidade de identificar e relatar incidentes através do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA), uma ferramenta proposta pelo Departamento da Qualidade na Saúde para promover a qualidade organizacional. Após o registo do incidente nesta plataforma, acessível a todos os profissionais, é obrigatória a análise por parte de um gestor interno, que emite um parecer contendo medidas preventivas e/ou corretivas a serem implementadas (Norma nº 015/2014 de 25 de Setembro, 2014).

Relativamente às práticas seguras em ambientes seguros descritos no PNSD 2021-2026, refere-se que o contexto e as condições dos cuidados de saúde influenciam a sua segurança e eficácia, destacando-se a sua importância nos resultados em saúde, especialmente na qualidade e na segurança. Entre os fatores que influenciam os ambientes seguros, destacam-se pontos como os recursos existentes, a dotação das equipas, a formação dos profissionais e a organização do trabalho (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021).

Padronizar procedimentos recorrendo a normas, protocolos ou diretrizes consiste numa ferramenta amplamente estudada. Esta contribui para a melhoria da capacitação dos Enfermeiros na tomada de decisão, assim como, possibilita que todos os profissionais prestem cuidados padronizados, em conformidade com os princípios técnico-científico atuais, reduzindo erros, fomentando a inovação nos cuidados e promovendo maiores níveis de satisfação para a equipa de Enfermagem (Araújo et al., 2020). Da mesma forma, Carvalho (2020) considera que a prestação de cuidados à PSC no SMI é influenciada por fatores como o ambiente tecnológico e as diversas intervenções terapêuticas e diagnósticas que ocorrem de forma simultânea ou emergente. Assim, os SMI tornam-se o ambiente mais adequado e lógico para o desenvolvimento e a implementação de protocolos e projetos baseados em práticas baseadas na evidência (Carvalho, 2020).

Durante a realização do estágio no SMI contactou-se a existência de uma panóplia de protocolos que facilitaram bastante a integração, como por exemplo protocolo para diabéticos/não diabéticos, nutrição entérica/nutrição parentérica, diarreia/obstipação. Estes protocolos consistiam em documentos de apoio e permitiam a consulta sempre que existia uma dúvida, facilitando assim o cuidado à PSC.

Quando se trata de implementar e consolidar práticas seguras no ambiente de prestação de cuidados de saúde, torna-se importante a existência de grupos de trabalho no serviço. No SMI observou-se a existência de vários grupos de trabalho focados em diversas áreas de intervenção, tais como atualização de protocolos, controlo de infeção, auditorias, formação em serviço. Estes grupos apresentam um contributo significativo para a melhoria da segurança e qualidade de cuidados à PSC. Relativamente à composição destes grupos constatou-se a presença de diversos elementos dos três pisos do SMI, garantindo assim a presença de um elemento dinamizador em cada área temática de todas as equipas, capaz de promover e divulgar boas práticas, assim como, supervisionar e esclarecer dúvidas decorrentes da prática clínica.

No que respeita ao meio SIV, os Enfermeiros, quer sejam especialistas ou não, devem acompanhar as sucessivas atualizações dos protocolos de atuação, que são frequentemente revistos e ajustados face à evolução da evidência científica. Como apoio a este processo formativo, o INEM disponibiliza a plataforma interna: *Aprender INEM*, criada pelo Departamento de Formação em Emergência Médica. Esta ferramenta visa promover a aprendizagem contínua, reunindo conteúdos diversificados, adequados aos diferentes perfis dos operacionais da instituição (INEM, 2021).

No âmbito da VMER, os Enfermeiros que aí desempenham funções, geralmente oriundos de áreas como Urgência, Cuidados Intensivos ou Bloco Operatório, necessitam apenas de manter atualizado o curso de SAV.

Apesar disso, e independentemente dos cursos exigidos formalmente, considera-se que compete a cada profissional assegurar a sua própria atualização científica e técnica, promovendo uma prática informada e centrada na segurança e qualidade dos cuidados.

No que se refere à organização, armazenamento e preparação terapêutica com o intuito de consolidar e implementar segurança dos medicamentos, conforme estabelecido no Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro (2021) relativo ao PNSD 2021-2026, conclui-se que o SMI cumpre o referido na Norma n.º 008/2023 de 19 de Dezembro (2023). Esta norma diz respeito aos procedimentos aplicáveis a medicamentos *Look-Alike Sound-Alike* (LASA), ou seja, referente a medicamentos com nomes ortográficos, fonéticos ou aspeto semelhantes.

Durante o estágio, verificou-se a implementação de medidas destinadas a promover um ambiente terapêutico seguro, tais como, separação física da medicação e adoção de estratégias para distinguir na identificação escrita, incluindo a rotulagem, com a modificação do estilo de letra no nome através da utilização de letras maiúsculas e sinalização com cores e negrito (Norma n.º 008/2023 de 19 de Dezembro, 2023).

Relativamente ao extra-hospitalar, existem instruções de trabalho específicas referentes ao manuseamento seguro da medicação. A instrução de trabalho IT.32-5.DEM (2017)- Circuito de Medicamentos e Produtos de Saúde Termolábeis estabelece que determinados fármacos devem ser conservados entre 2°C e 8°C, detalhando todo o seu circuito desde a receção até à sua distribuição. Para garantir o cumprimento deste requisito é obrigatória a monitorização e o registo diário da temperatura em todos os turnos. Por sua vez é também utilizado a metodologia dos medicamentos *LASA*, em conformidade com a Norma n.º008/2023.

A prevenção de úlceras por pressão constitui-se igualmente como parte integrante do PNSD 2021-2026 relativamente às práticas seguras e são consideradas, segundo o Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro (2021), indicadores de qualidade dos cuidados de Enfermagem. Esta é uma questão atualmente preocupante, dado o seu impacto significativo na qualidade de vida dos utentes, estimando-se que cerca de 95% dos casos sejam evitáveis através da identificação precoce dos fatores de risco (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021; Shikama et al., 2018).

Consideram-se fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão situações como: dispositivos médicos apertados que podem provocar fricção ou má perfusão; posicionamentos pouco frequentes; calor que possa provocar aumento de humidade resultando em maceração da pele; falta de conhecimentos dos profissionais sobre o potencial de lesão dos dispositivos médicos ou sobre medidas de prevenção e falta de avaliação da pele ou do dispositivo médico (Rio, 2018). Durante a realização dos estágios, percebeu-se a existência de diferenças nesta temática entre os dois locais de estágio. No SMI realiza-se a avaliação do desenvolvimento de úlcera por pressão recorrendo à escala de Braden, sendo avaliada uma vez por dia, no turno da manhã. O EE desempenha um papel fundamental na prevenção, assim durante o estágio primou-se pela adoção de estratégias que minimizassem/evitassem a ocorrência deste tipo de lesões, tais como a avaliação das condições da pele, o posicionamento a cada duas horas, a hidratação da pele, bem como, a seleção dos tamanhos corretos dos dispositivos médicos e reposicionamento dos mesmos quando possível. De salientar que durante o período em que durou o estágio não foi identificado ninguém que tenha desenvolvido úlceras por pressão. Relativamente ao extra-hospitalar pela tipologia do serviço, em que consiste numa abordagem à PSC e transporte rápido para a unidade de saúde, não é aplicada nenhuma escala, no entanto, denota-se uma preocupação dos profissionais na avaliação da pele e aplicação de dispositivos médicos de maneira a evitar o aparecimento deste tipo de lesões mais tarde.

Conforme estabelecido no PNSD 2021-2026, relativamente à redução do risco de lesões decorrentes de quedas, está definida como meta que, até 2026, 90% das instituições adotem estratégias de prevenção de quedas (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021). Para prevenir quedas, é essencial realizar uma avaliação do risco de queda, utilizando para isso instrumentos validados, nomeadamente a escala de Morse (Norma n.º 008/2023 de 19 de Dezembro, 2023). Durante o período de estágio no SMI, lidou-se maioritariamente com utentes sedados, não sendo prática do serviço avaliar o risco de queda neste tipo de utentes. No entanto, pela pertinência da temática, esta foi discutida com as Enfermeiras tutoras, que mencionaram a aplicação da Escala de Quedas de Morse após o término da sedação, quando o utente começa a despertar, mantendo uma avaliação a cada dois dias. Apesar disso, optou-se por implementar medidas preventivas, como a elevação das grades e colocação da cama numa posição baixa.

Também em contexto extra-hospitalar, a PSC apresenta um elevado risco de queda, sendo esta uma preocupação relevante não apenas em relação à vítima, mas também aos tripulantes e aos equipamentos. A prevenção destes incidentes exige uma observação

atenta e a antecipação de potenciais acidentes, assegurando, por exemplo, a correta colocação dos cintos de segurança para proteger a vítima, o acondicionamento adequado de monitores e outros dispositivos no interior da ambulância, bem como o planeamento prévio antes de qualquer movimentação (INEM, 2021).

Posteriormente, no relatório, serão abordadas as práticas relacionadas com a redução do risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), uma vez que se encontram alinhadas como uma das competências do EEEMCPSC

Durante a realização do estágio, adotou-se uma postura de humildade, reconhecendo-se as limitações, dada a natureza específica das experiências realizadas. Existiram ocasiões desafiantes que exigiram pesquisa de evidências científicas atuais e permitiram a reflexão e troca de experiências com os Enfermeiros tutores, contribuindo para a melhoria contínua de cuidados.

2.3. Domínio da gestão de cuidados

O EE tem a responsabilidade de gerir os cuidados, ajustando os recursos às necessidades, determinando o tipo de liderança mais apropriado de maneira a garantir a qualidade e segurança dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

Conforme vamos adquirindo experiência durante o nosso percurso profissional, desenvolvemos algumas competências de forma informal e predominantemente empírica, através da colaboração com colegas com funções de gestão ou pela mera observação. Embora se reconheça a importância deste tipo de aprendizagem, é crucial complementá-la com uma reflexão e análise crítica, construtiva e baseada em conhecimentos científicos.

Durante os a realização dos dois estágios, foi possível acompanhar o Enfermeiro responsável de turno na gestão do serviço, o que se revelou uma mais valia, tendo em conta a vantagem de poder observar duas realidades tão distintas. Este tempo permitiu-nos a constatação de que este é um trabalho árduo, desgastante e que é executado muitas vezes sobre stress. É crucial garantir uma correta gestão dos recursos materiais, alocações adequadas, ao mesmo tempo que se mantém os Enfermeiros envolvidos num bom ambiente de trabalho.

No SMI, a responsável pela gestão do serviço é a Enfermeira Chefe. No entanto, existe a necessidade de delegação de algumas funções aos Enfermeiros Coordenadores pela complexidade do serviço. O que vai de encontro ao referido pela OE (2015) onde o Enfermeiro pode delegar tarefas, escolhendo a pessoa certa, sob orientação adequada nas

circunstâncias certas. No SMI, o Enfermeiro Coordenador acumula uma variedade de funções destacando-se: distribuição dos utentes pelos Enfermeiros de serviço, convocação ou desconvoação de Enfermeiros conforme disponibilidade de vagas, solicitação de medicação que não se encontra disponível no *stock* ou que exija justificação clínica, resolução de conflitos e gestão de eventos problemáticos, gestão de recursos materiais nomeadamente na decisão sobre empréstimo de equipamentos/materiais a outros serviços. Caso exista uma ausência no serviço, o Enfermeiro Coordenador pode também substituir outros Enfermeiros na prestação de cuidados. No serviço, de maneira a facilitar a organização das tarefas a realizar pelo Enfermeiro Coordenador, foi elaborado um procedimento orientador de Enfermagem onde se encontram explanadas as atividades que devem ser realizadas pelo mesmo divididas entre diárias, semanais, mensais e ocasionais (Anexo I).

Relativamente aos recursos humanos, tendo por base o Regulamento n.º 743/2019 da OE (2019) é recomendado que 50% da equipa do SMI sejam EEMCPSC, sendo o número de Enfermeiros Especialistas na equipa é inferior ao recomendado. No mesmo documento é apresentada também a recomendação sobre o rácio de Enfermeiros por utente, em que é referido que nas unidades de nível III, o nível da unidade onde foi realizado o estágio, recomenda-se um rácio de 1/1. No entanto, durante este período foi possível verificar que este rácio muitas vezes não era cumprido. Sendo que o rácio de 1/2 foi mais utilizado durante este tempo. De acordo com Bruyneel et al. (2019), já foi demonstrado em vários estudos que a dotação insegura de Enfermeiros no SMI pode trazer efeitos adversos no utente, levando a um aumento de complicações; aumento de úlceras por pressão; aumento de infeções; aumento do número de dias de internamento, e, por consequente o aumento da mortalidade assim como o aumento significativo dos custos hospitalares.

Para garantir cuidados de qualidade, que promovam a segurança da PSC e profissionais torna-se importante quantificar a carga de trabalho das equipas relativamente às necessidades dos utentes. A carga de trabalho varia consoante o grau de dependência, tipo de cuidados e número de utentes assistidos (Pinno et al., 2020). No SMI, a função de distribuição da carga de trabalho é assumida pelo Enfermeiro Coordenador, recorrendo à escala Nursing Activities Score (NAS), para garantir uma divisão equitativa de tarefas. O NAS permite avaliar 23 itens que são subdivididos em 7 categorias: cuidados básicos, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas que a PSC possa necessitar (Lorenzo et al., 2023).

A gestão dos cuidados no extra-hospitalar apresenta diferenças entre a VMER e a SIV. Relativamente à VMER é o médico que assume o papel de *Team Leader* embora haja um ambiente de cooperação e confiança mútua. No que diz respeito ao meio SIV, essa função é desempenhada pelo Enfermeiro, que deve evidenciar elevada competência organizacional, espírito dinâmico, capacidade de decisão e rapidez de resposta perante situações imprevisíveis, mantendo uma postura ética e isenta de julgamentos.

A garantia da segurança e do pleno funcionamento dos equipamentos constitui um pilar essencial para a proteção do Enfermeiro e restante equipa, refletindo-se diretamente na qualidade e segurança dos cuidados prestados (Correia et al., 2020). De maneira a garantir uma gestão eficaz e assegurando o funcionamento e prontidão de todos os equipamentos, em ambos os meios é seguida uma programação semanal de tarefas. Paralelamente, a utilização de *checklists* permite uma organização cuidada dos materiais e terapêuticas disponíveis, otimizando o tempo de atuação nas ocorrências. A verificação diária facilita a identificação de qualquer item, mesmo dos menos utilizados. A padronização dos procedimentos facilita também o trabalho dos profissionais, em diferentes equipas SIV, promovendo a uniformidade nos cuidados prestados. A reposição do material de carga de ambos os meios é realizada quando a equipa retorna à base após as ocorrências, garantindo a continuidade da atividade assistencial e prevenindo eventuais atrasos em caso de nova ativação.

Durante o período de realização do estágio, a mestranda procurou garantir um ambiente seguro e seguir rigorosamente os protocolos da instituição, assegurando assim uma atuação eficaz e em conformidade com as boas práticas. Considera-se que os dois estágios proporcionaram várias oportunidades de aprendizagem em gestão e liderança, no entanto, considera-se uma área que precisa ainda ser desenvolvida.

Nos dias de hoje, a gestão de um serviço de saúde é extremamente complexa, o que torna a competência em liderar uma ferramenta fundamental para os Enfermeiros. Liderar com eficácia implica cultivar um genuíno interesse pelas pessoas com quem colaboramos, assim como, habilidades para inspirar sentimentos positivos. O Enfermeiro necessita desenvolver esta capacidade, dada a exigência por profissionais competentes capazes de lidar com a diversidade humana, resolver problemas e promover mudanças que respondam às necessidades da PSC e da equipa (Santos et al., 2022). O que vai de encontro ao descrito no REPE que refere o papel crucial dos Enfermeiros na área de gestão, contribuindo para o desenvolvimento e melhoria da prestação de cuidados (OE, 2015).

Embora não tenha havido a possibilidade de assumir autonomamente funções que envolvam gestão e liderança durante o período de estágio, considera-se que existiu um desenvolvimento desta competência através da observação, análise e reflexão crítica.

2.4. *Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

O desenvolvimento de aprendizagens profissionais é um elemento essencial na prática de Enfermagem, especialmente no âmbito do EE. Segundo o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro (2019), o EE deve demonstrar autoconhecimento, assertividade e capacidade de integrar a melhor evidência científica na fundamentação da sua prática clínica especializada.

De acordo com o Regulamento n.º 656/2021 da OE (2021), os Enfermeiros devem investir na sua formação contínua, como forma de fortalecer a capacidade de resposta aos desafios quotidianos e assegurar uma prática profissional de excelência, sustentada e em constante evolução.

À luz do modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner descrito no Parecer nº 10/2017, as competências de excelência emergem com a perícia profissional, construída através de uma aprendizagem experimental, permitindo ao Enfermeiro identificar rapidamente o que é relevante numa situação clínica e atribuir-lhe significado (OE, 2017c). Neste enquadramento, o EE assume um papel decisivo nos cuidados especializados à PSC. Para responder adequadamente às suas necessidades, o EEMCPSC deve evidenciar competências qualificadas, sustentar a prática na evidência mais recente, liderar processos formativos, participar em projetos e contribuir para a investigação na sua área de especialização (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de Julho).

Paralelamente, a formação em Enfermagem constitui um pilar fundamental na resposta às necessidades emergentes das sociedades contemporâneas. Para além de capacitar os profissionais para uma tomada de decisão clínica eficaz, promove a transformação de atitudes, práticas e comportamentos, elementos essenciais para a consolidação da excelência na prestação de cuidados de saúde (Marques, 2021).

No âmbito do estágio realizado na SMI foi elaborada uma apresentação em PowerPoint intitulada “*CONOX-Monitorização da profundidade anestésica e nociceção*” (Anexo II), dirigida à equipa de Enfermagem, tendo como objetivo colmatar a ausência de formação e contacto prévio de vários profissionais com este equipamento novo existente no serviço.

Relativamente ao contexto extra-hospitalar foi desenvolvida uma apresentação em PowerPoint intitulada “*Imobilização de Membros: Técnicas e Cuidados Essenciais*” (Anexo III) também dirigida à equipa de Enfermagem. Não sendo possível a apresentação, o material foi disponibilizado à equipa para consulta autónoma. Adicionalmente, foram produzidos artigos para um jornal local, com o objetivo de informar a população sobre temas relevantes na área da saúde. (Anexo IV).

Ao longo dos estágios considera-se que foi registado um progresso natural e efetivo na autonomia, acompanhado por uma melhoria significativa no desempenho profissional. Contudo, existiram situações em que não nos sentimos imediatamente confiantes para realizar determinadas intervenções de forma autónoma. Destaca-se uma ocasião em que foi necessário iniciar uma Técnica de Substituição Renal Contínua no SMI, tendo sido adotada, sobretudo, uma postura de observador. Os estágios foram extremamente enriquecedores na aquisição de novos saberes e competências, sobretudo no que respeita à prestação de cuidados à PSC. Este crescimento deveu-se também ao facto dos locais onde decorreu o estágio serem serviços estimulantes, caracterizados por um elevado nível de exigência e especificidade, que motivam uma busca constante por pesquisa e investimento pessoal.

Considera-se então que as oportunidades de aprendizagem durante os estágios foram numerosas e aproveitadas ao máximo para o desenvolvimento profissional. O fortalecimento da autonomia, o cumprimento de procedimentos, protocolos e normas, aliados aos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares e às reflexões surgidas ao longo do estágio, contribuíram decisivamente para uma aquisição de competências enriquecedora.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica

Considerando a vasta abrangência das competências comuns do EE, torna-se essencial especificar o conjunto de competências clínicas especializadas na área da Enfermagem à PSC. Neste sentido, o presente capítulo tem como finalidade descrever e refletir sobre as competências específicas desenvolvidas pelo EEEMCPSC, ao longo do estágio, tendo como referência os objetivos previamente definidos no Regulamento n.º 429/2018.

A área de especialização em Enfermagem direcionada à PSC concentra-se nos cuidados à pessoa cuja vida se encontra em risco devido à falência/iminência de falência de uma ou mais funções vitais, dependentes de sistemas avançados de monitorização, vigilância e terapêutica. Para responder eficazmente a estas necessidades complexas, é essencial que os cuidados prestados sejam altamente especializados, com o objetivo de prevenir complicações, minimizar incapacidades e promover sempre que possível, a recuperação total da pessoa (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho, 2018).

3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Perante situações de doença crítica e/ou falência orgânica, a prestação de cuidados à pessoa e respetiva família, requer por parte do EE uma intervenção altamente especializada e diferenciada. Dada a complexidade inerente a estas condições e às respostas exigidas, torna-se essencial assegurar cuidados céleres e adequados, capazes de dar resposta, em tempo útil, às necessidades identificadas (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho, 2018).

Não obstante os doze anos de experiência profissional da mestranda, importa referir que essa experiência foi desenvolvida num contexto distinto dos locais de estágio realizados, o que exigiu adaptação a novas exigências, dinâmicas e tecnologias próprias dos ambientes de prática clínica.

Num contexto marcado por elevada vulnerabilidade, como ocorre no SMI, onde a dualidade entre a vida e a morte se encontram permanentemente presentes, considera-se que o estágio desempenha um papel determinante na formação dos profissionais. As semanas de estágio no SMI mostraram-se particularmente enriquecedoras, ao permitirem o contacto com situações até então desconhecidas da prática clínica, como pessoas submetidas a

ventilação mecânica invasiva, utilização de técnicas de substituição renal e utentes neurocríticos com neuromonitorização avançada.

Relativamente à ventilação mecânica invasiva, surgiu a oportunidade de aprofundar conhecimentos relativamente a alguns dos modos ventilatórios mais utilizados, pressão controlada, pressão assistida e volume controlado, assim como desenvolver intervenções centradas na manutenção da permeabilidade das vias aéreas e na adaptação da PSC aos parâmetros ventilatórios. Neste âmbito, foram consolidadas aprendizagens relacionadas com a interpretação de alarmes e sinais sonoros do ventilador e a respetiva atuação; a monitorização da posição do tubo endotraqueal e alternância da sua fixação; a verificação da pressão do *cuff*; a prevenção de desconexões acidentais; a garantia do funcionamento adequado do sistema de aspiração e disponibilidade do material; a monitorização da consciência e sedação bem como monitorização das secreções e das suas características.

A vigilância e monitorização da PSC assumem-se como competências indispensáveis do Enfermeiro no SMI, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2017a; Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho, 2018). A monitorização hemodinâmica assume particular relevância no cuidado à PSC no SMI, na medida que possibilita identificar precocemente alterações, orientar a terapêutica, estabelecer prognóstico e prevenir complicações adicionais (Cabral et al., 2021). Durante a realização do estágio, foi possível contactar com diferentes técnicas de monitorização, nomeadamente derivações ventriculares externas, avaliação da sedação pela *Richmond Agitation Sedation Scale*, monitorização da pressão intracraniana e monitorização através do *Bispectral Index*.

A diversidade de situações clínicas em ambiente extra-hospitalar exige que o EE seja capaz de intervir junto da PSC independentemente do contexto, da condição clínica ou das circunstâncias envolventes. Ao longo do tempo de estágio foi possível a prestação de cuidados a várias situações clínicas, tais como paragem cardiorrespiratória, dor torácica, alteração do estado de consciência, vítimas de trauma, dispneia, hipoglicémias. Todas estas situações estão contempladas em protocolos de atuação do meio SIV sendo a abordagem a todas as vítimas de acordo com as orientações estabelecidas nesses documentos.

Para Gomes et al., (2021) o protocolo consiste na descrição padronizada de uma situação de cuidado, especificando o que deve ser realizado, por quem e de que forma, funcionando como guia para a tomada de decisão clínica. Os mesmos autores afirmam que, quando baseados em evidência científica, a sua utilização apresenta múltiplas vantagens: promove a segurança da pessoa e do profissional, estabelece limites de atuação e confere segurança

jurídica às intervenções. Neste contexto, cabe os EEEMCPSC assegurar a correta implementação, administração e avaliação dos protocolos terapêuticos complexos (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho, 2018).

Do decurso do estágio do extra-hospitalar, destacou-se a realização informal de *debriefing* após cada saída, uma prática que se revelou extremamente útil pois permitiu não só compreender de forma mais clara e detalhada os protocolos instituídos, como também identificar erros cometidos durante as intervenções, refletir sobre a melhor forma de os corrigir nas saídas seguintes e reforçar o aprendizado prático, consolidando conhecimentos teóricos e promovendo o desenvolvimento de competências essenciais para a atuação eficiente em situações de emergência.

O *debriefing* consiste numa reunião entre participantes (simulação/situação real), com o objetivo de refletir sobre a situação ocorrida, analisar as decisões tomadas (corretas ou não), corrigir estratégias e redefinir linhas de atuação para situações futuras semelhantes. É considerada uma etapa crucial pois é o momento em que a prática e a teoria se confrontam e, através de um exercício de reflexão sobre o próprio pensamento e aprendizagem, se consolida o conhecimento (Oliveira et al., 2024).

A abordagem à PSC, em ambos os contextos de estágio, foi realizada segundo a metodologia ABCDE (*A – Airway; B – Breathing; C – Circulation; D – Disability; E – Exposure*). Esta constitui uma ferramenta primordial, uma vez que permite organizar e sistematizar as intervenções, bem como determinar de forma objetiva as prioridades nos cuidados a prestar, assegurando assim um nível de cuidados mais seguro e eficaz (Antunes & Costa, 2022).

A comunicação em saúde é um processo complexo que envolve troca de informação, sentimentos e significados entre os intervenientes, tendo como objetivo promover a compreensão mútua e apoiar a tomada de decisões. Em contexto extra-hospitalar e hospitalar, esta competência assume um papel particularmente relevante, uma vez que influencia diretamente a qualidade dos cuidados prestados e a segurança da PSC. Mais que transmissão de mensagens, comunicar implica interpretar sinais verbais e não verbais, compreender as necessidades e expectativas dos outros e adaptar o discurso a cada situação. Em contexto de saúde, quando envolve famílias que vivenciam a hospitalização de um dos seus membros, o diálogo estabelecido é determinante para criar confiança, esclarecer dúvidas e reduzir a incerteza inerente ao processo de doença. Ao integrar a família como elemento ativo no plano de cuidados, o Enfermeiro promove não só a

adaptação ao processo de transição saúde-doença, como também potencia melhores resultados clínicos e maior satisfação com a prestação de cuidados (Russo et al., 2022).

Em SMI a comunicação com a família exige uma abordagem sensível e estruturada. A hospitalização de um familiar provoca um impacto profundo na dinâmica quotidiana, desencadeando sentimentos de ansiedade, angústia e desorganização emocional. A adaptação a esta nova realidade ocorre muitas vezes de forma abrupta, sem tempo para assimilação gradual, o que pode dificultar a compreensão da situação clínica e das orientações transmitidas. Neste cenário, o Enfermeiro desempenha um papel fundamental, não só pela sua presença contínua junto da PSC, mas também pela capacidade de estabelecer canais de comunicação claros, consistentes e empáticos, permitindo que a família se sinta apoiada e incluída no processo (Russo et al., 2022).

Durante o estágio no SMI verificou-se que a abordagem à família é realizada de forma tranquila e num ambiente sereno, garantindo sempre a privacidade da PSC, o que favorece a comunicação e o desenvolvimento de uma relação de confiança. Durante este tempo procurou-se sempre desenvolver uma relação terapêutica, esclarecendo dúvidas e receios com o objetivo de minimizar o medo e a ansiedade da PSC e da família. Os Enfermeiros demonstraram particular atenção em acolher os familiares, explicar a situação clínica de forma compreensível, oferecer apoio emocional e atuar como elo de ligação entre família e o médico, garantindo que questões de âmbito mais clínico fossem devidamente esclarecidas. Desta forma, assegurou-se uma comunicação eficaz contribuindo para a humanização dos cuidados.

Para Russo et al. (2022), a comunicação com familiares da PSC também é desafiante devido as limitações de tempo, às emoções intensas e à diversidade de literacia em saúde. É essencial fornecer informações claras e relevantes, evitando sobrecarregar com detalhes complexos ou irrelevantes, para garantir apoio e compreensão adequada.

Destaco uma situação, durante uma ativação no meio SIV, em que fomos a um acidente de viação decorrente de um choque frontal de elevada energia. À chegada ao local tínhamos duas vítimas do sexo masculino em paragem cardiorrespiratória que se encontravam encarceradas no interior dos veículos. Perante esta situação, tornou-se necessário aguardar a conclusão das operações de desencarceramento, coordenadas pela equipa de Bombeiros, para possibilitar a abordagem adequada. Assim que a primeira vítima foi desencarcerada, foi de imediato iniciado o protocolo de SAV (vítima em assistolia), seguindo as orientações técnicas e garantindo a execução de manobras de reanimação contínuas até à chegada da

VMER em que o médico atestou o óbito. Poucos minutos mais tarde, a segunda vítima foi desencarcerada e após avaliação pelo médico, foi declarado o óbito no local. Na mesma altura, chegou ao local a irmã e pais da última vítima. A irmã que ao ser informada pelo médico da situação, iniciou quadro de labilidade emocional com choro intenso. Foi então que percebemos que o foco na ocorrência mudou e passamos ao apoio e acompanhamento da familiar enlutada, reconhecendo a importância de fornecer suporte emocional e humanizado num momento tão delicado. O pai preferiu afastar-se para observar o veículo sozinho, decisão essa que foi respeitada.

O luto é uma reação natural à perda de um ente querido, afetando tanto o indivíduo quanto a dinâmica familiar, que precisa de se reorganizar após a alteração provocada pela ausência. No caso de morte inesperada, como em acidentes rodoviários, o impacto emocional é maior, dificultando a aceitação. Os familiares procuram entender o ocorrido, visitando o local, o que contribui para o processo de elaboração de luto e ajuda a reduzir a ansiedade e o sofrimento (Araújo & Carvalho-Barreto, 2019).

Perante esta circunstância, é de ressaltar que o Enfermeiro adotou uma postura exemplar, caracterizada por serenidade, empatia e comunicação clara. Recorreu a uma abordagem verbal calma e escuta ativa, procurando validar a dor da família, respondendo às suas necessidades de esclarecimento e criando um ambiente minimamente seguro apesar da gravidade do momento.

Relativamente ao transporte intra-hospitalar, este consiste na deslocação de uma PSC dentro das instalações hospitalares, seja de forma temporária ou definitiva. Esta deslocação representa um momento de risco acrescido para a segurança da PSC, pois ao estar afastado do ambiente de vigilância e de cuidados, fica mais suscetível a complicações, nomeadamente a alterações hemodinâmicas rápidas e progressivas (Matos et al., 2021).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSC, o EE assume um papel central na prevenção de complicações associadas a situações de doença crítica e/ou falência orgânica. Compete-lhe, entre outras responsabilidades, a deteção precoce e resposta imediata a focos de instabilidade, a execução de técnicas de elevada complexidade, a demonstração de competências em SAV e a garantia de evacuação e transporte da PSC em condições de segurança (OE, 2017a).

Também a OE, ao elaborar o Parecer 09/2017, corrobora o supracitado ao afirmar que o transporte extra-hospitalar/intra-hospitalar, apesar de não estar isento de riscos, tem como

objetivo proporcionar benefícios à PSC (realização de exames, intervenções terapêuticas, garantir acesso a um nível superior de cuidados) e que o nível de cuidados durante o transporte não deve ser inferior ao prestado no serviço de origem. O mesmo Parecer salienta ainda que o EEEMCPSC é o profissional mais capacitado para a realização deste tipo de transportes (OE, 2017b).

Durante a realização do estágio no SMI foi possível realizar alguns transportes intra-hospitalares, não só para o serviço de imagiologia, mas também do SMI para o Bloco Operatório.

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica constitui uma competência essencial do EEEMCPSC. Este papel envolve a implementação de cuidados especializados e estratégias que visam aliviar a dor e promover o bem-estar físico, emocional e espiritual, maximizando as respostas de alívio e suporte adaptadas às necessidades complexas destas pessoas (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho, 2018).

De acordo com a OE, considerando a dor como o quinto sinal vital, é imprescindível que seja valorizada, diagnosticada, avaliada e registada de forma sistemática, cabendo ao Enfermeiro selecionar os instrumentos de avaliação mais adequados ao tipo de dor, idade, situação clínica e facilidade de aplicação. Entre os recursos disponíveis destacam-se a Escala Numérica, Escala Qualitativa, Escala de Faces e Escala Visual Analógica. Estes instrumentos de avaliação permitem fundamentar a intervenção clínica e assegurar uma resposta eficaz às necessidades da PSC (OE, 2008).

No SMI, em PSC sedadas e ventiladas que não comunicam, a avaliação realiza-se através da escala *Behavioural Pain Scale*. A monitorização é realizada de forma sistemática, três vezes ao dia, e sempre que surgem sinais que justifiquem uma avaliação adicional.

De forma geral, a gestão da dor e do bem-estar da PSC, envolveu em ambos os contextos de estágio intervenções farmacológicas como não farmacológicas. Em ambiente extra-hospitalar, é realizado um ajuste de posicionamento de forma a proporcionar conforto e segurança seguindo-se a administração de analgesia de acordo com o protocolo de Sedação e Analgesia. Neste protocolo está definida a administração de diversos fármacos consoante a dor relatada pela PSC e compete ao Enfermeiro a execução e monitorização deste protocolo, assegurando um cuidado seguro e ajustado às necessidades individuais da pessoa.

Com o intuito de alcançarmos esta competência específica, numa fase inicial do estágio tornou-se fundamental a aquisição de conhecimentos sobre a estrutura física, orgânica e

funcional dos locais, bem como a compreensão da constituição da equipa multidisciplinar, das funções dos diferentes elementos e do método de distribuição de trabalho. A mobilização destes conhecimentos foi determinante para o processo de integração, para o estabelecimento de uma relação empática com a equipa multidisciplinar e para o desenvolvimento de autonomia e sentido de segurança, essenciais na prestação de cuidados à PSC. De sublinhar ainda os contributos da mobilização destes conhecimentos para o desenvolvimento de uma eficaz gestão do tempo e para a priorização de cuidados prestados.

Ambos os estágios foram importantes e permitiram o desenvolvimento da competência de cuidar da PSC pelos diferentes estímulos, experiências e oportunidades de aprendizagem que potenciaram a capacidade de intervir junto deste. Paralelamente, foi consolidada a aptidão para despistar focos de instabilidade e para antecipar e prever complicações, aspeto fundamental para uma resposta eficaz, que se desenvolveu pela partilha de experiências e conhecimentos, bem como da prática especializada dos EE.

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

Nos termos do Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho (2018), o EEEMCPSC intervêm em contextos de emergência, exceção e catástrofe com competência para conceber, planear e gerir a resposta de forma célere, estruturada e eficaz. Esta atuação pauta-se pela maximização da eficácia e eficiência da intervenção, sem comprometer a preservação de vestígios ou indícios que possam constituir prova de eventual prática criminal.

Uma situação de emergência corresponde a uma agressão súbita à integridade física de um indivíduo, resultando na perda abrupta do estado de saúde e colocando em risco imediato a função de um ou mais órgãos vitais, exigindo, por isso, uma intervenção rápida e eficaz. Por sua vez, uma situação de exceção caracteriza-se pelo desequilíbrio entre as necessidades existentes e os recursos disponíveis, requerendo uma gestão criteriosa e a articulação eficiente dos meios técnico e humanos. (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho, 2018). Tendo por base a lei de bases da proteção civil, mencionadas no documento anterior, uma catástrofe corresponde a um ou mais eventos de grande gravidade que originam prejuízos materiais significativos, podendo também causar vítimas, e que afetam gravemente as condições de vida e a estrutura socioeconómica de uma determinada área geográfica, ou mesmo do território nacional.

Em Portugal, a declaração oficial de situação de catástrofe é pouco frequente. No entanto, ocorrem regularmente situações de exceção, como acidentes graves, incêndios florestais e urbanos/industriais, cheias ou inundações, bem como fenómenos meteorológicos extremos, como ondas de calor e vagas de frio, exigindo uma resposta coordenada e eficaz por parte dos meios de emergência (INEM, 2012).

Para otimizar a resposta a este tipo de situações, é fundamental a implementação de um Plano de Emergência Hospitalar, entendido como um conjunto estruturado de procedimentos e ações previamente definidos para a atuação em cenários de catástrofe. (Figueiredo, 2021). O mesmo autor afirma que este plano deve assegurar a ligação entre o sistema extra-hospitalar e as instituições de saúde, permitindo a transmissão célere de informação relativa à natureza do incidente, extensão dos danos e número estimado de vítimas, de forma a garantir uma ativação atempada e eficaz.

De acordo com Figueiredo (2021), os Planos de Emergência podem ser classificados em Plano de Emergência Interna (PEI) e Plano de Emergência Externa (PEE). Embora complementares, diferem nos seus objetivos: o PEI foca-se na gestão de incidentes ocorridos no interior das instalações, enquanto o PEE destina-se a coordenar a resposta a ocorrências no exterior, procurando minimizar danos e assegurar a proteção da população através da articulação entre diferentes entidades.

No contexto das unidades de saúde, a implementação de planos de emergência encontra suporte em orientações normativas específicas. Destaca-se a Orientação n.º 007/2010, de 6 de outubro (2010), emitida pela DGS, que define um conjunto estruturado de princípios e procedimentos destinados a apoiar a construção de planos de resposta a crises tendo em conta os riscos de catástrofes abrangendo desde fenómenos de origem natural, a incidentes tecnológicos, passando por ocorrências resultantes de ações humanas e por ameaças de saúde pública, com o objetivo de assegurar uma atuação coordenada e eficaz perante cenários adversos.

Relativamente à instituição de saúde onde foi realizado estágio, existe um PEE cujo objetivo é garantir uma atuação coordenada e eficaz em situações de afluxo massivo de vítimas ao SU, visando reduzir a morbilidade e a mortalidade associadas (Fonseca & Leitão, 2017).

Em contexto extra-hospitalar, a articulação da resposta em situações de catástrofe enquadra-se no Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro, definido como o conjunto de estruturas, normas e procedimentos que asseguram que todos os agentes de proteção civil atuam no plano operacional sob um comando único, sem prejuízo da

respetiva hierarquia funcional (Despacho n.º 3317-A/2018, de 3 de abril, 2018). No seu âmbito, o Posto de Comando Operacional integra três células funcionais- planeamento, operações e logística- cada uma dirigida por um oficial designado pelo Comandante das Operações de Socorro. Este último é assumido, de forma imediata, pelo chefe da primeira equipa a chegar ao local da ocorrência (Despacho n.º 3317-A/2018, de 3 de abril, 2018).

No que respeita à vertente de Emergência médica, esta integra a célula de operações, sendo responsável por planar e executar o apoio sanitário aos operacionais e à população afetada, implementar o Posto Médico Avançado e assegurar a direção técnica das ações de socorro no Teatro de Operações (Despacho n.º 3317-A/2018, de 3 de abril, 2018).

Em cenário de um grande número de vítimas, recorre-se habitualmente à triagem segundo o método *Simple Triage And Rapid Treatment* (START), que avalia parâmetros básicos como capacidade de deambulação, presença de ferimentos, ventilação, frequência respiratória e frequência cardíaca. Esta classificação inicial permite atribuir prioridades na prestação de cuidados, sendo posteriormente complementadas por uma triagem secundária, baseada no *Triage Revised Trauma Score*, que utiliza parâmetros fisiológicos mais detalhados: frequência respiratória, tensão arterial sistólica e pontuação na Escala de Coma de *Glasgow*, para refinar a estratificação das vítimas (INEM, 2012). Considera-se importante referir que no meio SIV e VMER, existem disponíveis *kits* de triagem, que incluem etiquetas, canetas/marcadores, fluxogramas plastificados e cartões para registo do número de vítimas.

Efetivamente, durante o estágio não se verificou nenhuma situação de exceção ou catástrofe. Consequentemente, o desenvolvimento desta competência baseou-se predominantemente numa abordagem teórica.

3.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

No que se refere a esta competência específica o Enfermeiro EEMCPSC, deve responder de forma eficaz às exigências deste domínio, conforma preconizado no Regulamento n.º 429/2018 (2018).

Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA), as IACS e a crescente resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RMA) constituem problemas interligados, que agravam o prognóstico da

doença base, prolongam o internamento, aumentam a morbidade e acarretam um acréscimo significativo nos custos com os cuidados de saúde (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos, 2018).

A nível internacional, a OMS reconheceu, em 2015, as IACS como um problema de saúde pública, sublinhando a sua elevada carga socioeconómica e clínica. Em contrapartida, Portugal criou, em 2013, o PPCIRA, resultante da fusão de programas previamente existentes, com base em três pilares fundamentais, a prevenção e controlo das IACS e RAM, a promoção de boas práticas em contexto clínico e a vigilância epidemiológica (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos, 2018).

Neste contexto o EE assume um papel central e diferenciador, ao reunir competências específicas que lhe permitem aplicar de forma crítica e atualizada as orientações emanadas por este programa nacional, contribuindo para uma prática clínica segura, baseada na evidência e promotora de ganhos em saúde.

As Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) constituem um conjunto de boas práticas padronizadas que visam prevenir a transmissão cruzada de agentes infecciosos, conhecidos ou não, assegurando a proteção de pessoas, profissionais de saúde e todos os que interagem com os serviços de saúde. Estas precauções incluem dez medidas fundamentais: 1 — Colocação dos utentes; 2 — Higiene das mãos; 3 — Etiqueta respiratória; 4 — Utilização de Equipamento de Proteção Individual; 5 — Descontaminação do equipamento clínico; 6 — Controlo ambiental; 7 — Manuseamento seguro da roupa; 8 — Recolha segura de resíduos; 9 — Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; 10 — Exposição a agentes microbianos no local de trabalho (Norma nº 029/2012 atualizada a 31 de Outubro de 2013, 2013).

Estas medidas, essenciais no contexto da prestação de cuidados, são aplicadas de forma transversal a todos os utentes e visam reduzir significativamente a propagação de microrganismos em ambiente hospitalar (Norma nº 029/2012 atualizada a 31 de Outubro de 2013, 2013). No entanto, a sua implementação pode estar condicionada por diversos fatores, como a disponibilidade de recursos materiais, espaço físico, políticas organizacionais e o envolvimento ativo das equipas na promoção de práticas seguras.

Dada a relevância desta temática, a OE destaca, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados do EEEMCPSC, o papel fundamental do EE na maximização das intervenções de prevenção e controlo de infeção, considerando esta dimensão um indicador essencial da qualidade do exercício profissional (OE, 2017a).

Para Gonçalves & Carmo (2022), os SMI distinguem-se por uma elevada prevalência de IACS, frequentemente relacionadas com a utilização de dispositivos invasivos como tubos endotraqueais, cateteres venosos centrais e sondas vesicais. Embora sejam comuns neste tipo de unidades, uma parte significativa destas infeções é considerada evitável. Além disso, a instabilidade hemodinâmica frequentemente presente na PSC contribui para internamentos mais prolongados, o que potencia o risco de complicações infecciosas.

Durante a realização do estágio no SMI foi possível constatar a aplicação sistemática de diversas estratégias e controlo das IACS. Entre elas destacam-se: a preparação antecipada do material necessário à prestação de cuidados, armazenado numa gaveta junto à cabeceira da cama; a utilização rigorosa de equipamentos de proteção individual, como luvas, batas de manga comprida e máscaras; a descontaminação dos equipamentos reutilizáveis aquando da alta da pessoa internada, a higienização regular das áreas clínicas; a correta gestão dos sacos de roupa suja, garantindo que não ultrapassem dois terços da sua capacidade; a disponibilização de dispensadores de solução antisséptica de base alcoólica em vários pontos da unidade; e a possibilidade de recurso a quartos com pressão positiva ou negativa (ACSS, 2024; Norma nº 029/2012 atualizada a 31 de Outubro de 2013, 2013).

Outra preocupação no quotidiano dos EEEMCPSC relaciona-se com a correta implementação dos feixes de intervenção. Estes consistem em conjunto padronizados de intervenções baseadas na melhor evidência científica disponível, que, quando aplicadas de forma simultânea e estruturada, promovem melhores resultados clínicos do que a realização isolada de cada prática. A sua aplicação sistemática revela-se uma estratégia essencial na promoção da segurança da PSC, nomeadamente na prevenção de IACS e outras complicações evitáveis (Norma nº 021/2015 atualizada a 17 de Novembro, 2022). Durante a realização do estágio, foi possível constatar que os profissionais asseguravam o cumprimento rigoroso das intervenções preconizadas em cada feixe, demonstrando consciência da sua importância na qualidade dos cuidados prestados.

Também o extra-hospitalar reconheceu esta problemática das IACS, tendo criado em 2014 a Comissão de Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos. Esta comissão visa a implementação de estratégias eficazes de prevenção e controlo de infeção no contexto extra-hospitalar, promovendo boas práticas, o uso racional de antimicrobianos e a segurança dos cuidados prestados mesmo no ambiente extra-hospitalar (INEM & Comissão de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos, 2023).

A imprevisibilidade, assim como o grau de stress associado à emergência e a urgência de estabilizar e transportar a vítima rapidamente para o hospital, são fatores que podem condicionar a aplicação rigorosa destas medidas. Considerando o desconhecimento prévio sobre o estado infeccioso das vítimas, todas devem ser abordadas como potenciais portadoras ou colonizadas por microrganismos. Durante a realização do estágio, foi possível verificar que, de forma geral, as PBCI foram adequadamente cumpridas nas intervenções, tanto em contexto de SIV como na VMER.

Contudo, é de salientar que em algumas situações, observou-se algumas lacunas na utilização consistente do equipamento de proteção individual. Destaca-se, por exemplo, a ausência frequente de proteção ocular em procedimentos geradores de aerossóis, como a entubação ou administração de nebulizadores ou a não utilização de bata ou avental em cuidados que envolvem contacto direto com a vítima cujo risco apenas se torna evidente após o contacto inicial com a PSC.

O EEEMCPSC assume um papel fulcral na prevenção, identificação e gestão das IACS e RAM, assegurando a monitorização rigorosa e a implementação de medidas de controlo de infeção. A experiência desenvolvida nos locais de estágio possibilitou não só a consolidação de saberes previamente adquiridos, mas também a integração de novos conhecimentos nesta área específica.

4. Considerações finais

A realização do estágio relevou-se um fator preponderante para aquisição de competências como EEEMCPSC, abrangendo dimensões técnicas, científicas e relacionais, sempre fundamentadas na mais recente evidência científica. A inexperiência, principalmente no contexto de SMI, constituiu um desafio constante, que foi sendo superado ao longo do estágio através da procura regular de conhecimento e da aquisição progressiva de novas competências. Esta vivência revelou-se extremamente enriquecedora a nível pessoal e profissional, promovendo o desenvolvimento do pensamento crítico e a reflexão contínua.

A prática em diferentes ambientes de emergência, permitiu desenvolver competências específicas e a capacidade de adaptação a variados contextos críticos. A aplicação dos conhecimentos teóricos na prática clínica, aliada à reflexão contínua sobre ética e responsabilidade profissional, reforçou a relevância de uma abordagem humanizada e baseada em evidência na prestação dos cuidados.

O grau de mestre é conferido ao Enfermeiro que demonstre capacidade para desenvolver e aprofundar competências e conhecimentos previamente adquiridos, integrando novos saberes que lhe permitam responder a situações complexas, com base no juízo crítico e na criação de soluções inovadoras. Implica, ainda, a reflexão sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais inerentes às decisões tomadas, a comunicação clara e inequívoca das conclusões e o desenvolvimento de uma aprendizagem autónoma e contínua ao longo da vida (Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, 2018).

Neste sentido, o percurso de estágio contribuiu significativamente para o alcance dessas competências, promovendo o crescimento enquanto Enfermeira Especialista e futura mestre em Enfermagem. A aquisição de novos conhecimentos, o desenvolvimento de competências e a vivência de experiências em diferentes contextos de cuidados permitiram responder adequadamente aos desafios enfrentados e consolidar o perfil profissional exigido ao grau de mestre, marcado pela competência, compromisso e humanização dos cuidados.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Intervenções de Enfermagem Avançadas à Pessoa Vítima de Trauma Grave no Serviço de Urgência

1. Resumo

Enquadramento: O trauma grave continua a ser uma das principais causas de mortalidade e incapacidade a nível mundial, representando um desafio significativo para os serviços de urgência. A resposta rápida, organizada e multidisciplinar é determinante para a sobrevivência e recuperação da vítima, sendo a Via Verde Trauma um instrumento fundamental para garantir a eficácia dessa abordagem. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização da Pessoa em Situação Crítica assume um papel central na deteção precoce, na coordenação da equipa e na implementação de cuidados diferenciados, assegurando a qualidade e a segurança da intervenção.

Objetivos: Com a elaboração deste estudo pretende-se identificar a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica acerca dos fatores inibidores/facilitadores da implementação da via verde trauma no serviço de urgência.

Metodologia: Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório e descritivo, desenvolvido a partir da análise de conteúdo de um *focus group* realizado em outubro de 2024 com Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica/ Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. A análise seguiu a metodologia proposta por Bardin (2016), contemplando as etapas de categorização e interpretação do material recolhido.

Resultados: Com base nas perceções dos sete Enfermeiros Especialistas relativamente aos fatores inibidores/facilitadores da implementação da via verde trauma no serviço de urgência, emergiram quatro categorias principais: fatores influenciadores, fatores condicionantes, estratégias da equipa de Enfermagem e formação.

Conclusão: O estudo permitiu compreender de forma aprofundada os aspetos que condicionam e potenciam a ativação da Via Verde Trauma, evidenciando o papel central do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Destacou-se a importância de fatores influenciadores, fatores condicionantes, estratégias da equipa de Enfermagem e formação como determinantes para a prestação de cuidados seguros, eficazes e humanizados à pessoa vítima de trauma grave.

Palavras chave: Enfermeiro; Trauma Grave; Serviço de Urgência

2. Abstract

Background: Severe trauma remains one of the leading causes of mortality and disability worldwide, representing a significant challenge for emergency services. A rapid, organized, and multidisciplinary response is crucial for the survival and recovery of the victim, with the Trauma Fast-Track Pathway serving as a key instrument to ensure the effectiveness of this approach. In this context, the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, with a specialization in Nursing Care to the Person in Critical Condition, plays a central role in early detection, team coordination, and implementation of differentiated care, ensuring the quality and safety of the intervention.

Objectives: This study aims to identify the perceptions of Specialist Nurses in Medical-Surgical Nursing regarding the inhibiting and facilitating factors in the implementation of the Trauma Fast-Track Pathway in the emergency department.

Methodology: This is a qualitative, exploratory, and descriptive study, developed through content analysis of a focus group conducted in October 2024 with Specialist Nurses in Medical-Surgical Nursing and Specialist Nurses in Nursing Care to the Person in Critical Condition. The analysis followed the methodology proposed by Bardin (2016), encompassing the stages of categorization and interpretation of the collected material.

Results: Based on the perceptions of the seven Specialist Nurses regarding the inhibiting and facilitating factors in the implementation of the Trauma Fast-Track Pathway in the emergency department, four main categories emerged: influencing factors, constraining factors, nursing team strategies, and training.

Conclusion: The study provided an in-depth understanding of the aspects that hinder and enhance the activation of the Trauma Fast-Track Pathway, highlighting the central role of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing with a specialization in Nursing Care to the Person in Critical Condition. The importance of influencing factors, constraining factors, nursing team strategies, and training was emphasized as key determinants for delivering safe, effective, and humanized care to victims of severe trauma.

Keywords: Nurse; Severe Trauma; Emergency Department

3. Fundamentação/enquadramento teórico

Segundo a Emergency Nurses Association (2019), trauma é definido como um evento, série de eventos ou conjunto de circunstâncias que são prejudiciais fisicamente ou emocionalmente, podendo ser intencionais ou acidentais. Essas experiências traumáticas podem resultar em lesões de intensidade, extensão e gravidade variáveis, podendo ser temporárias ou permanentes, levando a incapacidades físicas e/ou mentais, e, em casos extremos, até mesmo à morte (Maia, 2023).

O trauma grave representa uma preocupação significativa em termos de saúde pública à escala global. Apresenta-se como um problema que coloca desafios significativos para diversas sociedades levando a repercussões de grande relevância nos âmbitos social e económico (Despacho n.º 2534/2021 de 05 de Março, 2021).

A variedade de lesões decorrentes de eventos traumáticos coloca as vítimas em sério risco de vida, com preocupações significativas relacionadas com a mortalidade e morbilidade. Os cuidados de Enfermagem desempenham um papel vital na prestação de cuidados imediatos, englobando intervenções autónomas e/ou interdependentes com o principal propósito de preservar vidas. Isso inclui o controlo de hemorragias, manutenção das vias aéreas, correta imobilização da pessoa e gestão das lesões. Além disso, é imperativo prevenir e controlar a tríade letal do trauma: coagulopatia, acidose e hipotermia, cuja presença agrava significativamente o prognóstico clínico. A cooperação da equipa de saúde, especialmente dos Enfermeiros, é fundamental para garantir a melhor abordagem às vítimas de trauma (American College of Surgeons [ACS], 2025).

É estimado que o trauma possa ser responsável por 5,8 milhões de mortes por ano em todo o mundo assim como a principal causa de morte em pessoas até aos 44 anos. Em caso de sobrevivência ao evento pode levar a limitações físicas (Mendes, 2022).

Se globalmente, o trauma constitui um grave problema de saúde pública, em Portugal a situação apresenta igualmente índices preocupantes, refletidos nas estatísticas nacionais. A incidência de acidentes e a taxa de mortalidade associada a lesões traumáticas estão entre as mais elevadas da Europa (Norma nº 012/2022 de 12 de Novembro, 2022). Dados do INEM, indicam que, em 2022, foram registadas 3.043 situações de traumatismos relevantes, correspondendo a uma média mensal de 254 ocorrências, ou aproximadamente 8 casos por dia (INEM, 2023). Complementarmente, o Instituto Nacional de Estatística

(2023), indica que, em 2020 as causas externas representaram 4,2% do total de óbitos em Portugal, destacando-se os acidentes (2.982 mortes) e os suicídios ou lesões autoinfligidas (941 mortes).

Compreender a temporalidade das mortes por trauma é essencial para orientar estratégias de prevenção e intervenção clínica. Segundo o (ACS, 2018), a distribuição das mortes ocorre em 3 picos:

- O primeiro pico ocorre alguns segundos após o evento. Geralmente, devido à gravidade das lesões, poucas pessoas podem ser salvas. Apenas a prevenção, relacionada com trauma, pode reduzir este tipo de mortes;
- O segundo pico ocorre dentro de minutos até várias horas após a lesão. O sucesso da sobrevivência destas pessoas depende do tempo e da qualidade da abordagem extra-hospitalar e hospitalar, assim como, da qualidade do tratamento definitivo dessa pessoa. Este tempo é chamado de a “*Golden Hour*” no que se refere ao tratamento das vítimas de trauma;
- Por último, o terceiro pico, ocorre vários dias a semanas após o evento inicial. Acontece com mais frequência devido a disfunção multiorgânica de sistemas e sépsis (ACS, 2018).

Com a identificação dos três picos distintos de morte resultante de trauma, tornou-se essencial o investimento, quer na prevenção como no tratamento, seja este na fase inicial, acompanhamento posterior ou na reabilitação. Esta perspetiva veio reforçar a necessidade de implementar medidas rápidas e coordenadas para abordar estas vítimas, de forma a reduzir as taxas de mortalidade e morbidade (Despacho n.º 2534/2021 de 05 de Março, 2021).

As Normas de Boa Prática em Trauma, publicadas pela Ordem dos Médicos (2009), estabelecem diretrizes abrangentes que abordam princípios fundamentais no tratamento de traumas, organização eficaz e boas práticas. As mesmas salientam a importância de atualizar a rede de referência de serviços de urgência e emergência em todo o país e destacam a relevância dos Centros de Trauma (CT) que contam com equipas especializadas na abordagem a pessoas vítimas de traumas.

Em 2010 a DGS emitiu a Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO, com base em diretrizes nacionais e internacionais, com o intuito de aprimorar as práticas relacionadas à abordagem e tratamento de pessoas que tenham sofrido traumatismos no SU. Desta forma, foram estabelecidos cinco critérios que se complementam: a definição de critérios para a ativação da equipa de trauma (triagem), a obrigatoriedade de uma equipa de trauma organizada com um coordenador nomeado, a manutenção de registos, a realização de uma

avaliação primária em menos de 20 minutos e uma avaliação secundária em menos de 1 hora (DGS de 31 de Março, 2010).

Surge então o conceito da “Via Verde Trauma”, um algoritmo clínico que visa otimizar o acesso rápido e eficaz aos cuidados de saúde para vítimas de trauma grave, mediante ativação da Equipa de Trauma. A implementação atempada deste protocolo contribui para a redução da mortalidade e das complicações associadas (Norma nº 012/2022 de 12 de Novembro, 2022).

A PSC é definida como aquela cuja vida se encontra em risco iminente devido à falência, ou possibilidade de falência, de uma ou mais funções vitais. A sobrevivência destes utentes depende da utilização de recursos avançados de monitorização, vigilância e terapêutica especializada. A prestação de cuidados a este tipo de pessoas requer uma intervenção imediata e segura, considerando o impacto significativo que essa ação tem na sobrevivência, recuperação e qualidade de vida da pessoa (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho, 2018).

É no contexto de SU que mais frequentemente encontramos a PSC (Reis & Rabiais, 2020). Os SU tornaram-se a principal entrada no Serviço Nacional de Saúde e requerem recursos humanos e financeiros consideráveis, o que acabou por afetar o funcionamento regular de diversos serviços hospitalares (OE, 2019).

De acordo com as Recomendações Técnicas para os Serviços de Urgência da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2015), o SU tem como objetivo receber, diagnosticar e tratar vítimas de acidentes ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em ambiente hospitalar.

Em 2014 o Ministério da Saúde estabelece a organização da Rede de Serviços de Urgência em Portugal, estruturando-a em diferentes níveis de resposta, hierarquizados de acordo com os recursos e a capacidade assistencial. São definidos três patamares: Serviço de Urgência Básica, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico e Serviço de Urgência Polivalente (SUP), este último representando o nível mais diferenciado de intervenção. O SUP deve assegurar uma resposta abrangente e multidisciplinar, integrando também especialidades de elevada complexidade como Neurologia, Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Maxilo-Facial, Medicina Intensiva e várias áreas de diagnóstico e terapêutica avançada, incluindo Imagiologia com Angiografia Digital e Ressonância Magnética Nuclear, Patologia Clínica com Toxicologia, Cardiologia de

Intervenção, Pneumologia e Gastrenterologia com capacidade endoscópica (Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, 2014).

Adicionalmente, o artigo 5º do mesmo despacho prevê a criação de SUP dedicados especificamente ao atendimento à pessoa politraumatizada, os CT, reforçando a necessidade de uma resposta altamente especializada e diferenciada neste contexto (Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, 2014).

Estabelece-se ainda que, no mínimo, metade dos Enfermeiros nas equipas da Rede de Urgência, em serviço a qualquer momento, nos vários níveis de resposta, devem possuir as competências específicas reconhecidas pela OE, que são próprias do EEEMSPSC. A formação dos Enfermeiros nos SU deve necessariamente incluir a formação em SAV (Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, 2014).

De acordo com Meleis (2010), as transições são desencadeadas por eventos críticos ou situações que causam mudanças na vida ou no ambiente de uma pessoa. Neste contexto, a Enfermagem é vista como uma ciência que desempenha um papel essencial ao facilitar a transição das pessoas para um estado de saúde. Estas podem assumir diferentes formas, como transições de saúde/doença, desenvolvimentais, situacionais ou organizacionais.

Ao prestar cuidados a indivíduos que estão a passar por um período de transição, é crucial que os Enfermeiros compreendam o processo de transição e identifiquem as necessidades específicas da pessoa naquele momento. As transições são experiências complexas e multidimensionais, podendo ser vividas de forma positiva, neutra ou negativa, com a perceção da pessoa a desempenhar um papel vital na compreensão da sua experiência e nas consequências para a sua saúde. O processo de transição é influenciado por diversos fatores, incluindo o significado atribuído à mudança, o nível de conhecimento da pessoa que a vivencia, o ambiente em que está inserida, o planeamento em resposta à situação e o seu bem-estar físico e emocional no momento (Meleis, 2010).

Uma situação de trauma é considerada uma transição de saúde/doença, uma vez que a pessoa passa de um estado de saúde para um estado de doença ou agravamento de sua condição anterior. Diante desta situação, surgem inúmeras implicações, tanto para a pessoa como para sua família. Portanto, é imperativo que o Enfermeiro reconheça as mudanças que ocorrem e forneça cuidados específicos para satisfazer as necessidades da pessoa, promovendo, assim uma transição saudável.

Na sociedade atual, observamos uma crescente valorização da prática com base em conhecimento científico sólido, práticas de qualidade fundamentadas em evidências científicas e um foco na perícia (Almeida et al., 2020).

O REPE descreve Enfermagem como uma área dedicada a prestar cuidados ao ser humano, quer esteja saudável quer doente, em todas as etapas do seu ciclo de vida, bem como aos grupos sociais a que pertence, com o propósito de manter, promover ou restabelecer a saúde e de apoiar a recuperação da sua capacidade funcional máxima no menor tempo possível (OE, 2015).

O Código Deontológico complementa dizendo que compete ao Enfermeiro exercer a sua profissão apoiada em conhecimento científico e técnico rigoroso, pautando-se pelo respeito pela vida, pela dignidade da pessoa humana e pelo bem-estar da população, e assumindo a responsabilidade de implementar ações que elevem continuamente a qualidade dos cuidados e os serviços de Enfermagem (OE, 2015).

Em 2017 foram criados os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Estes, têm por objetivo assegurar a segurança, eficácia e humanização dos cuidados prestados, especialmente em situações críticas, como aquelas relacionadas com vítimas de trauma de maneira a garantir a qualidade dos cuidados. Encontram-se divididos em sete categorias: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de Enfermagem, e a prevenção e controlo das IACS (OE, 2017a).

Segundo o padrão de qualidade prevenção de complicações, o EE tem responsabilidades que incluem a identificação rápida de possíveis problemas da pessoa e a prescrição e implementação de intervenções especializadas para prevenir ou minimizar complicações. Além disso, o EE deve aplicar rigor técnico e científico em todas as intervenções, trabalhar em equipa, garantir a transferência segura da PSC, supervisionar atividades delegadas, tomar decisões críticas, executar cuidados técnicos complexos, aplicar medidas de SAV e gerenciar protocolos terapêuticos complexos. Em conjunto, essas ações visam proporcionar uma abordagem de alta qualidade à PSC, assegurando sua recuperação e bem-estar (OE, 2017a).

O Parecer n.º 10/2017 salienta que o enfermeiro dispõe de formação humana, técnica e científica que o habilita a prestar cuidados em qualquer circunstância, sobretudo em contextos de maior complexidade ou constrangimento. Detém, assim, competências

próprias que lhe permitem atuar de forma autónoma e, simultaneamente, em articulação com a equipa de emergência, respeitando as normas e orientações reconhecidas a nível internacional (OE, 2017c).

Os cuidados de enfermagem à PSC correspondem a intervenções altamente especializadas, prestadas de forma contínua a indivíduos com uma ou mais funções vitais em risco iminente. Estes cuidados visam responder às necessidades comprometidas, manter as funções vitais básicas, prevenir complicações e reduzir incapacidades, com o objetivo de alcançar a recuperação completa. Neste enquadramento, a pessoa vítima de trauma grave representa para os enfermeiros um desafio acrescido no que se refere à segurança e à qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho, 2018).

A exigência dos cuidados à pessoa vítima de trauma, como observado por Almeida et al. (2020), implica um Enfermeiro com julgamento clínico especializado e uma tomada de decisão mais direcionada e adequada. A singularidade e complexidade desses cuidados segundo Mendes (2022), requerem uma abordagem de Enfermagem avançada e especializada, garantindo a preservação da privacidade e dignidade da pessoa. Isso, por sua vez, exige um profundo conjunto de conhecimentos, competências e formação específica, tornando-se uma área de atuação que exige preparação especializada.

A experiência profissional acumulada ao longo dos anos constitui um elemento central no desenvolvimento das competências do enfermeiro, tornando-o mais autónomo e eficaz na resposta a situações complexas. Benner (2001) descreve este percurso como um processo gradual, influenciado pela prática clínica, pelas referências profissionais e pelo investimento individual, estruturado em cinco estágios: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Neste modelo, a experiência permite reconhecer de imediato os aspetos relevantes de uma situação clínica e atribuir-lhes significado. A excelência profissional surge, assim, da aprendizagem experiencial que conduz à perícia. O enfermeiro perito distingue-se pela capacidade de interpretar intuitivamente cada situação e atuar de forma direta e eficaz, constituindo a perícia, uma forma diferenciada de conhecimento em Enfermagem (Benner, 2001).

De forma complementar, Benner et al. (2011) salientam que o Enfermeiro que cuida da PSC deve ajustar a sua prática às necessidades da pessoa, antecipar complicações, gerir situações críticas em contextos tecnologicamente complexos e, simultaneamente, assegurar conforto e minimizar riscos. A progressão das competências ao longo da carreira traduz-se,

assim, não só em desenvolvimento profissional, mas também na garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A investigação em Enfermagem assume um papel determinante no desenvolvimento da prática especializada, uma vez que sustenta o exercício profissional em conhecimento científico rigoroso e atualizado. Para Baixinho et al. (2024), a prática avançada de Enfermagem baseia-se na integração do conhecimento mais recente e na capacidade de tomada de decisão complexa, respeitando simultaneamente as preferências e valores das pessoas. Assim, a investigação promove o aperfeiçoamento das competências clínicas e reforça a autonomia profissional, permitindo que o enfermeiro lidere processos de cuidado fundamentados em evidência. No entanto, segundo Pinto et al. (2023), persistem barreiras à implementação da prática baseada em evidência, nomeadamente a falta de tempo, de recursos e de apoio institucional, o que reforça a necessidade de continuar a investigar nesta área. Desta forma, a investigação contribui não só para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados e para a maximização da qualidade de vida, mas também para o reconhecimento da Enfermagem enquanto disciplina científica autónoma e indispensável ao sistema de saúde.

4. Finalidade e objetivos

Tendo em consideração a problemática previamente descrita na fundamentação teórica, foi definido, para o desenvolvimento deste trabalho a seguinte questão de investigação: Qual a percepção dos Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica acerca dos fatores inibidores/facilitadores da implementação da via verde trauma no serviço de urgência.

De maneira a dar resposta à questão supracitada foi desenvolvido o seguinte objetivo: Identificar a percepção dos Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica acerca dos fatores inibidores/facilitadores da implementação da via verde trauma no serviço de urgência.

Para além de visar a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, esta investigação tem como finalidade identificar os desafios e fatores que facilitam a intervenção e a tomada de decisão dos Enfermeiros, proporcionando novos conhecimentos que promovam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

5. Metodologia

Os EE assumem uma responsabilidade acrescida no domínio da investigação, enquanto dimensão estruturante da sua prática profissional. Através da produção de conhecimento científico, contribuem para a transformação das práticas clínicas e para a definição de políticas de saúde centradas na pessoa e nas necessidades da comunidade. Esta capacidade de influenciar decisões estratégicas decorre da articulação entre a prática baseada na evidência e o compromisso ético com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Sequeira & Néné, 2022).

Neste capítulo, procede-se à descrição detalhada da metodologia adotada no presente estudo de investigação, abordando a caracterização do desenho do estudo, bem como as questões éticas envolvidas na sua realização.

5.1. *Desenho do estudo*

Os estudos qualitativos têm um papel crucial no avanço da ciência. Estes estudos são realizados com base na observação de um menor número de participantes e podem utilizar vários métodos para capturar a riqueza das experiências humanas. Dentro da abordagem qualitativa, encontramos as pesquisas exploratórias, que exploram um problema inicial, fornecendo informações que orientam investigações subsequentes mais detalhadas e precisas. Existem também os estudos descritivos que complementam esta abordagem, fornecendo informações adicionais sobre o tema em estudo e associando-se de forma eficaz à pesquisa exploratória. Os estudos qualitativos focam-se no que é vivenciado e comunicado ao investigador. Procuram explorar os significados e motivos subjacentes aos acontecimentos, oferecendo uma visão abrangente e holística do fenómeno em questão (Cordeiro et al., 2023).

Com base nestas características, o presente estudo apresenta uma natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, com o objetivo de identificar a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica acerca dos fatores/facilitadores da implementação da via verde trauma no SU.

Foram definidos como critérios de inclusão Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica e/ou Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Crítica, que exerçam funções em sala de emergência de um SUP, com experiência

profissional mínima de cinco anos e que aceitem participar voluntariamente no estudo. A seleção dos participantes foi realizada através de uma amostra não-probabilística por conveniência. A exigência de cinco anos de experiência profissional fundamenta-se no Modelo de Aquisição de Competências de *Benner*, que estabelece que a competência de um EE é alcançada após um período significativo de prática na mesma área (Benner, 2001). Adicionalmente, a OE também reconhece que para a atribuição de uma nova área de competências acrescidas são necessários, no mínimo, cinco anos de exercício profissional especializado (Regulamento n.º 556/2017, de 17 de outubro, 2017).

A recolha de dados foi realizada através da técnica de *focus group*, uma metodologia usada para recolher dados através da interação de um grupo de pessoas, que discutem uma ou mais questões relacionadas com o objetivo do estudo. Este, procura analisar e compreender um tema a partir da discussão entre os participantes, valorizando as suas opiniões e experiências (Henriques et al., 2021). A escolha deste método deve-se à sua capacidade de gerar dados particularmente ricos e relevantes, obtidos a partir das vivências e opiniões dos participantes, bem como ao seu carácter económico e à rapidez com que permite alcançar resultados (Vilelas, 2022). O mesmo autor afirma que para além destas vantagens, destaca-se também o facto de possibilitar a identificação de aspetos e informações que dificilmente emergem por recurso a outras metodologias.

O número de participantes no *focus group* foi definido em sete, atendendo à recomendação de que grupos compostos por seis a oito elementos permitem discussões eficazes e produtivas, promovendo a troca de experiências de forma equilibrada e enriquecedora (Pátaro & Calsa, 2020). Os participantes foram convidados por e-mail, recebendo informações detalhadas sobre o objetivo do estudo, calendário da sessão e o formulário do Consentimento Informado Livre e Esclarecido, garantindo a sua participação voluntária e esclarecida. A sessão de *focus group* foi realizada via plataforma digital *Microsoft Teams*, gravada em formato de áudio e vídeo e transcrita posteriormente para análise detalhada. A discussão foi conduzida pela investigadora principal, utilizando um guião semiestruturado (Anexo V) que incluía questões abertas, permitindo a exploração de múltiplas dimensões do tema. Aos participantes foram atribuídos códigos (E1 a E7) de acordo com a ordem de intervenção durante o *focus group*, garantindo a organização das respostas sem comprometer a sua identidade, assegurando a confidencialidade e anonimato dos dados obtidos.

Para proceder à análise dos dados, optou-pela aplicação do Método de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2016), que se caracteriza por uma abordagem empírica e

sistemática, adequada ao tipo de discurso em estudo e aos objetivos definidos para a sua interpretação. Este método permite compreender o significado e o contexto das mensagens através de três fases: a pré-análise, em que os dados são organizados; a exploração do material, onde se identificam categorias de análise; e o tratamento e interpretação dos resultados, conferindo-lhes significado, validade e confronto com a literatura existente. A categorização foi realizada *à posteriori* e emergiu diretamente do discurso dos participantes, refletindo as suas perceções e experiências sobre a temática em estudo.

5.2. Considerações éticas

Para a condução deste estudo de investigação, foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética da ESSNorteCVP, registado sob o nº030/2024 (Anexo VI). Antes do início da recolha de dados, todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo, os procedimentos metodológicos adotados e o tipo de participação que lhes seria solicitado. Esta explicação teve como finalidade assegurar que a adesão ao estudo fosse totalmente voluntária e baseada no conhecimento pleno do que implicava, sendo formalizada através da assinatura do Consentimento Informado Livre e Esclarecido (Anexo VII).

Para proteger a privacidade e garantir o anonimato, foi solicitado o consentimento para realização da videochamada, o qual foi devidamente formalizado através de assinatura pelos participantes (Anexos VIII). Posteriormente os participantes foram codificados com letras e números, de forma que nenhuma informação pessoal pudesse ser associada às respostas obtidas. Todas as entrevistas ficaram registadas em áudio e vídeo, exclusivamente para permitir a transcrição e análise rigorosa dos dados, ficando os registos acessíveis apenas aos investigadores diretamente envolvidos no estudo.

Além disso, foram implementadas medidas para assegurar a confidencialidade e integridade dos dados, incluindo o armazenamento seguro das gravações e das transcrições, com utilização restrita ao contexto deste estudo. Destaca-se que a participação não envolveu qualquer risco físico ou psicológico para os voluntários e que não existiu qualquer conflito de interesses relacionados com os resultados obtidos.

6. Resultados e Discussão

A análise dos dados obtidos através do *focus group* permitiu identificar quatro categorias que traduzem a perceção dos Enfermeiros especialistas sobre as intervenções de Enfermagem avançadas dirigidas à pessoa vítima de trauma grave no SU. Estas categorias são: “Fatores influenciadores”, “Fatores condicionantes”, “Estratégias para a equipa” e “Formação”. A sua definição decorre de uma leitura sistemática das unidades de registo, articuladas com as respetivas subcategorias. Nas tabelas de análise de conteúdo que se seguem, foram selecionados os excertos mais significativos de cada subcategoria, com o objetivo de facilitar a compreensão dos dados e destacar os pontos de convergência entre os participantes.

Fatores Influenciadores

A categoria “Fatores Influenciadores” engloba elementos que contribuem para a ativação eficaz da VVT segundo os participantes, salientando aspetos como a liderança, rápida deteção ou encaminhamento, protocolos e o contributo do Enfermeiro Especialista.

Tabela 1- Fatores influenciadores

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
FATORES INFLUENCIADORES	Liderança	E1: “... um líder que possa motivar e coordenar a implementação da VVT”
	Rápida deteção/encaminhamento	E3: “Ter informação adequada para poderem fazer uma avaliação primária e secundária rápida (...) identificar rapidamente lesões que careçam de tratamento” E6: “Quando identificamos uma VVT na rua, à chegada ao hospital as equipas estão disponíveis, o contrário se passa quando a ativação é da triagem” E1: “A rapidez com que se realiza a triagem e avaliação inicial para identificar a gravidade da situação” E4: “...doentes referenciados pelo CODU, quando ele chega já lá está a equipa toda (...) quando vem da triagem isso

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
		<i>não acontece”</i> E5: “... se for um grande traumatizado, é primeiro vem a cirurgia ver o doente e só depois é que vem a ortopedia. E os tempos aqui já foram passados”
	Protocolos	E7: “Destacaria a falta de procedimento (...) obrigaria a que houvesse uma atuação articulada (...) a que esteja ali a equipa disponível para atuar” E1: “Existência de fluxogramas da VVT afixados na triagem” E6: “..os protocolos são incríveis, e o protocolo (...)da VVT é claramente uma mais-valia para os doentes” E7: “... criação de protocolos, normas (..) alguma coisa que vincule as pessoas a fazer daquela maneira”
	Contributo do Enfermeiro Especialista	E2: “O conhecimento acrescido pode otimizar a atuação da equipa” E6: “O EEMCPSC (...) é sem dúvida, a pessoa a pessoa que está mais capaz de poder detetar sinais e sintomas que possam levar a estes doentes sejam alocados à sala de emergência” E3: “ O EEMCPSC acaba por ter um papel preponderante na deteção precoce do doente grave e na ativação dos meios necessários para que o doente possa ser visto em (...) 20 minutos” E1: “ o EE pode atuar como ponto de ligação entre equipas”

No que diz respeito à liderança, E1 destacou a importância de existir “um líder que possa motivar e coordenar a implementação da VVT”, mostrando que o sucesso deste processo depende muito da forma como a equipa é orientada e envolvida. De acordo com Appelbaum & Streams (2025), a presença de um líder designado durante a abordagem ao doente politraumatizado é essencial para sincronizar a equipa, garantir uma comunicação eficaz e assegurar a execução estruturada de ações. Por sua vez, a Norma nº 012/2022 da DGS, destaca que a rede de trauma deve funcionar com equipas coordenadas e motivadas, lideradas por um profissional responsável por garantir que a VVT é colocada em prática de forma eficaz. Assim, a liderança assume um papel fundamental para que todo o processo

decorra de forma articulada e eficiente, centrado na melhor resposta à pessoa vítima de trauma grave.

Um fator amplamente valorizado pelos participantes foi a rápida deteção e encaminhamento da pessoa vítima de trauma. E3 referiu que *“ter informação adequada para poderem fazer uma avaliação primária e secundária rápida (...) identificar rapidamente lesões que careçam de tratamento”*, enquanto E6 apontou que *“quando identificamos uma VVT na rua, à chegada ao hospital as equipas estão disponíveis, o contrário se passa quando a ativação é da triagem”*. Estas afirmações são corroboradas pela Norma nº 012/2022 de 12 de Novembro (2022), que estabelece que os pontos da rede de trauma devem garantir acesso à capacidade cirúrgica em menos de 45 minutos, reforçando a importância da rápida deteção e encaminhamento da vítima de trauma.

De forma semelhante Almeida et al. (2020), destacam que o EE, pela sua formação e experiência, tem um papel determinante na avaliação inicial e na articulação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, contribuindo para uma resposta mais eficaz. E1 reforça esta ideia ao afirmar que *“a rapidez com que se realiza a triagem e avaliação inicial para identificar a gravidade da situação”* é determinante para o prognóstico.

Foi também evidenciado pelos participantes falta de articulação entre especialidades. E4 afirma que *“quando vem da triagem isso não acontece”*, e E5 *“se for um grande traumatizado primeiro vem a cirurgia ver o doente e só depois é que vem a ortopedia”*, o que compromete os tempos de resposta. Sousa et al. (2024) afirmam também que a articulação entre profissionais, aliada à existência de protocolos clínicos bem estruturados, constitui um elemento chave para otimizar os cuidados e para melhorar os resultados clínicos.

A importância de protocolos claros e estruturados na abordagem à pessoa vítima de trauma também foi referida, reconhecendo-se que a existência de fluxogramas e procedimentos definidos promove uma atuação mais articulada e eficaz. E7 refere a *“falta de procedimento (...) obrigaria a que houvesse uma atuação articulada (...) a equipa disponível para atuar”*, enquanto E1 menciona a *“existência de fluxogramas da VVT afixados na triagem”*, e E6 considera que *“os protocolos são incríveis, e o protocolo (...) da VVT é claramente uma mais-valia para os doentes”*.

Os protocolos têm como finalidade assegurar cuidados adequados e eficientes, promovendo uma resposta eficaz à situação clínica e garantindo que os benefícios superam

os riscos. Para além disso, visam apoiar o processo de tomada de decisão, ao descreverem com detalhe e precisão uma situação específica de prestação de cuidados, contribuindo para uma maior segurança da equipa e reduzir a variabilidade das intervenções (Vieira et al., 2020).

Esta valorização dos protocolos é corroborada por Santana et al. (2024) ao destacarem que o tratamento inicial do politraumatizado exige uma abordagem estruturada e baseada em protocolos atualizados, sendo o protocolo ABCDE central para garantir a sobrevivência e minimizar sequelas. De forma complementar, Mendes et al. (2024) referem que protocolos estruturados e a formação contínua das equipas de emergência são essenciais para uma intervenção eficaz, sendo o protocolo ABCDE uma ferramenta fundamental na avaliação e estabilização dos doentes.

O contributo dos EE foi também descrito como sendo um fator influenciador para uma ativação eficaz da VVT. E2 refere *que “o conhecimento acrescido pode otimizar a atuação da equipa”*. E6 considera que *“o EEMCPSC (...) é, sem dúvida, a pessoa que está mais capaz de poder detetar sinais e sintomas que possam levar a que estes doentes sejam alocados à sala de emergência”*, E3 acrescenta que *“o EEMCPSC acaba por ter um papel preponderante na deteção precoce do doente grave e na ativação dos meios necessários para que o doente possa ser visto”*, já E1 sublinha que *“o EE pode atuar como ponto de ligação entre equipas”*.

Estas afirmações vão de encontro ao referido no Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho, (2018), em reconhece que o EEMCPSC possui competências específicas para atuar em contextos de elevada complexidade, como o trauma grave, sendo capaz de identificar sinais e sintomas críticos de forma antecipada, tomar decisões clínicas e articular com a equipa multidisciplinar.

Fatores Condicionantes

A ativação eficaz da VVT depende de múltiplos fatores, alguns descritos na tabela anterior. Os testemunhos recolhidos revelam múltiplos fatores que condicionam negativamente esta ativação, sendo eles: desconhecimento sobre a VVT, desmotivação da equipa, conflitos interpessoais, despersonalização do serviço e estrutura física.

Tabela 2: Fatores Condicionantes

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
FATORES CONDICIONANTES	Desconhecimento sobre Via Verde Trauma	E1: <i>“Existem protocolos e normas que não são cumpridos por desconhecimento”</i> E3: <i>“ Não existe um organigrama bem definido, as pessoas não têm esse conhecimento”</i>
	Desmotivação da equipa	E1: <i>“Falta motivação nas equipas para que ocorra o processo de mudança”</i> E6: <i>“desmotivação, burnout (...) várias situações que poderão influenciar esta inatividade”</i> E4: <i>“...há aqui um fator individual de cada um (..) se quer, se gosta da área ou não”</i>
	Conflitos interprofissional	E5: <i>“A via verde trauma não avança porque tem que haver consenso entre médicos e enfermeiros”</i> E5: <i>“Tem que existir um trabalho de equipa, que às vezes não é fácil, porque existem diretores de serviço (...) envolve muitas pessoas e às vezes não é fácil chegar a um consenso”</i> E6: <i>“Eu vejo como uma das grandes dificuldades a articulação entre as classes profissionais”</i> E7: <i>“ Falta vontade (...) os médicos (...) precisam de pessoas para trabalhar exclusivamente e de forma dedicada a isso”</i> E3: <i>“... no momento da ativação da VVT deve estar presente na SE, ortopedia e cirurgia. Isto não é fácil de acontecer...”</i>
	Despersonalização do serviço	E6: <i>“A entrada de muitos colegas novos. O serviço foi despersonalizado nos últimos 7/8 anos (...) e isso pode influenciar a tardia ativação da VVT”</i> E3: <i>“...as equipas acabam por ficar descaracterizadas pela entrada de novos elementos (...) e do desleixo que eu acho que está a existir em integrar estes novos elementos”</i>

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
		E4: <i>“Garantir que na triagem está sempre um elemento mais velho (...) na nossa urgência só temos 5 EE”</i>
	Estrutura física	E1: <i>“...salas de Emergência com estruturas pouco adequadas para prestação de cuidados a politraumatizados”</i> E2: <i>“...necessidade de um espaço dedicado...”</i> E3: <i>“A maior parte das infraestruturas dos SU estão um bocado envelhecidas (...) pode concorrer também para esta dificuldade na ativação”</i>

O desconhecimento sobre a VVT foi referido por dois participantes. E1 aponta que *“existem protocolos e normas que não são cumpridos por desconhecimento”*, enquanto E3 refere que *“não existe um organigrama bem definido, as pessoas não têm esse conhecimento”*.

Estas afirmações vão de encontro ao descrito por Ferreira (2021), que continua a existir um desconhecimento significativo relativamente à VVT e à sua implementação, evidenciando necessidades formativas e uma maior divulgação deste protocolo.

Outra questão levantada pelos participantes foi a desmotivação das equipas. A síndrome de *burnout* é motivo de preocupação entre os profissionais de Enfermagem. Segundo Demoner et al. (2024), os Enfermeiros são dos grupos mais afetados, variando consoante a sua área de atuação, sendo mais comuns nas áreas de SMI e SU. Os mesmos autores afirmam que a elevada prevalência deste fenómeno não só compromete o bem-estar físico e emocional dos Enfermeiros, como também interfere negativamente na qualidade e continuidade dos cuidados prestados às pessoas. Isto vai de encontro ao afirmado por E6 quando diz *“desmotivação, burnout (...) várias situações que poderão influenciar esta inatividade”*.

E1 afirma também que *“falta motivação nas equipas para que ocorra o processo de mudança”*. A forma como os processos de mudança são comunicados influencia diretamente a aceitação por parte dos profissionais, sendo que o défice de informação pode gerar resistência e desmotivação, comprometendo a eficácia das reformas nos cuidados de saúde (Silva et al., 2021).

No mesmo sentido E4 acrescenta que *“...há aqui um fator individual de cada um (...) se quer, se gosta da área ou não”*. Esta afirmação é corroborada por Rodrigues et al. (2022), ao

afirmarem que a satisfação profissional contribui para a estabilidade das equipas, reduzindo o absentismo e a intenção de saída, ao mesmo tempo que reforça o compromisso dos profissionais com a organização e potencia a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Outro fator condicionante que reuniu consenso entre os participantes foi os conflitos interprofissionais. E5 afirma que *“a via verde trauma não avança porque tem que haver consenso entre médicos e enfermeiros (...) Tem que existir um trabalho de equipa, que às vezes não é fácil, porque existem diretores de serviço (...) envolve muitas pessoas e às vezes não é fácil chegar a um consenso”*, E6 acrescenta *“vejo como uma das grandes dificuldades a articulação entre as classes profissionais”*. Para E7 *“falta vontade (...) os médicos (...) precisam de pessoas para trabalhar exclusivamente e de forma dedicada a isso”*, por fim E3 afirma que *“... no momento da ativação da VVT deve estar presente na sala de emergência, ortopedia e cirurgia. Isto não é fácil de acontecer...”*

De forma mais ou menos evidente, o conflito é uma realidade constante nas organizações, independentemente da sua natureza ou dimensão. A sua presença decorre da existência de grupos profissionais distintos, da interdependência funcional e da necessidade de partilha de recursos. Em contextos de elevada exigência, como os serviços de urgência ou situações de trauma, o potencial conflituoso tende a intensificar-se, agravado pelos níveis elevados de stress e pela pressão para decisões rápidas e coordenadas (Almeida et al., 2020).

A despersonalização dos serviços foi outro condicionante referido. E6 refere que *“A entrada de muitos colegas novos. O serviço foi despersonalizado nos últimos 7/8 anos (...) e isso pode influenciar a tardia ativação da VVT”*, enquanto E3 afirma que *“as equipas acabam por ficar descaracterizadas pela entrada de novos elementos”*. A rotatividade excessiva de Enfermeiros compromete não só a estabilidade das equipas, mas também a qualidade e segurança dos cuidados prestados, aumentando a pressão sobre os restantes membros da equipa e dificultando a continuidade de cuidados. Esta fragmentação pode refletir-se em aumento da mortalidade, especialmente em contextos de emergência (Moscelli et al., 2024).

No mesmo sentido, E4 refere que *“na triagem está sempre um elemento mais velho (...) na nossa urgência só temos 5 EE”*. Para Costa et al. (2022), a triagem no SU exige competências clínicas avançadas. Para além disso, a experiência profissional, especialmente em contextos de cuidados à PSC, está associada à capacidade de usar o pensamento crítico, intuição e julgamento clínico na avaliação da prioridade da pessoa. Os mesmos autores referem que

Enfermeiros mais experientes demonstram maior segurança na tomada de decisão e melhor gestão da pressão inerente à triagem.

Por fim, foi também identificado como fator condicionante a estrutura física dos serviços. E1 afirma que existem “salas de emergência pouco adequadas para prestação de cuidados a politraumatizados”, E2 mencionou que existe a “necessidade de um espaço dedicado” e E3 reforça dizendo que “a maior parte das infraestruturas dos SU estão um pouco envelhecidas”. Para que a equipa consiga atuar de forma coordenada e eficaz na abordagem à pessoa vítima de trauma, é essencial dispor de uma infraestrutura adequada, que favoreça a logística e a prestação dos cuidados. A existência de limitações estruturais, como espaços inadequados, podem comprometer a qualidade dos cuidados, dificultando intervenções rápidas e seguras necessárias à estabilização hemodinâmica e à preservação da integridade física do doente (Pena et al., 2024).

Estratégias da equipa de Enfermagem

Na seguinte categoria são evidenciadas as ações adotadas pelas equipas de Enfermagem para garantir a prestação de cuidados de qualidade à pessoa vítima de trauma grave. Sendo evidenciados pelos participantes aspetos como: decisão clínica de alocação, formação/treino simulado e o *debriefing*.

Tabela 3: Estratégias da equipa de Enfermagem

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
ESTRATÉGIAS DA EQUIPA DE ENFERMAGEM	Decisão clínica de alocação	E6: <i>“Sempre que detetamos, o doente é alocado à sala de emergência”</i> E3: <i>“...encaminhamento do doente rápido para a sala de emergência, ativação e passagem de informação ao médico de serviço”</i> E6: <i>“Devemos ser conhecedores daquilo que são as melhores práticas (...) este doente deve ser alocado à área que melhor está capaz de o atender (...) a sala de emergência”</i>
	Formação/treino simulado	E1: <i>“Nota-se uma falta de treino, simulações que possam facilitar a adesão dos profissionais”</i> E5: <i>“E faz aqui muita falta a formação em salas, que nos permitam ter contacto com a realidade virtual”</i> E5: <i>“A formação é importante para a nossa identidade</i>

	<p><i>profissional (...) uma formação baseada na melhor evidência científica, nos centros de simulação de maneira a termos uma realidade o mais próxima possível daquilo que podemos encontrar”</i></p> <p>E7: <i>“Apostaria (...) no treino das equipas, o treino real, mais na componente prática”</i></p> <p>E2: <i>“O treino na abordagem das vítimas de trauma leva a melhoria da qualidade dos cuidados”</i></p>
Debriefing	<p>E3: <i>“(…) um ambiente de aprendizagem em que seja feito um debriefing adequado à situação”</i></p> <p>E6: <i>“Os debriefings são importantíssimos, porque se ninguém me corrigir ou enaltecer posso sempre achar que fiz bem porque não sabia que estava a fazer mal”</i></p>

A primeira subcategoria referida pelos participantes foi a decisão clínica de alocação. E6 afirma que *“Sempre que detetamos, o doente é alocado à sala de emergência”*, já E3 refere a importância do *“(…) encaminhamento do doente rápido para a sala de emergência, ativação e passagem de informação ao médico de serviço”*, no mesmo sentido, E6 acrescenta que *“devemos ser conhecedores daquilo que são as melhores práticas (...) este doente deve ser alocado à área que melhor está capaz de o atender (...) a sala de emergência”*.

A sala de emergência é uma área destinada à avaliação, estabilização e tratamento de doentes críticos, tratando-se de um espaço preparado para a realização de intervenções imediatas direcionadas para a pessoa que apresenta disfunções graves das funções vitais que colocam em risco a sua vida. Por este motivo, grande parte das vítimas de trauma admitidas no SU, são encaminhadas para a sala de emergência, dada a necessidade de uma abordagem rápida, estruturada e multidisciplinar (Gonçalves, 2023). No mesmo sentido Arrifes (2025), reforça que a abordagem inicial tem início assim que é identificada a necessidade de cuidados emergentes na pessoa vítima de trauma. A pessoa é encaminhada para a sala de emergência, onde receber cuidados diferenciados, direcionados à estabilização das funções vitais e à prevenção de complicações imediatas.

A aquisição de competências clínicas está fortemente associada à prática, que pode ser desenvolvida através da simulação em saúde. Esta metodologia possibilita o treino e o aperfeiçoamento de técnicas num ambiente controlado e seguro, garantindo a proteção do doente, ao mesmo tempo que permite testar protocolos e reforçar competências não técnicas (Brazão et al., 2022).

Vários participantes referiram com estratégia a formação/treino simulado. E1 refere que *“nota-se uma falta de treino, simulações que possam facilitar a adesão dos profissionais”*, E5 acrescenta que *“faz aqui muita falta a formação em salas, que nos permitam ter contacto com a realidade virtual (...) a formação é importante para a nossa identidade profissional (...) uma formação baseada na melhor evidência científica, nos centros de simulação de maneira a termos uma realidade o mais próxima possível daquilo que podemos encontrar”*. E7 sugere que *“apostaria (...) no treino das equipas, o treino real, mais na componente prática”*, e E2 afirma que *“o treino na abordagem das vítimas de trauma leva a melhoria da qualidade dos cuidados”*.

Estas afirmações vão de encontro ao descrito por Lima et al. (2019) que os ambientes de simulação possibilitam o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de competências e habilidades profissionais, sobretudo em áreas com menor prática durante a formação inicial, como a intervenção em situações de emergência. O treino precoce e o trabalho em equipa favorecem o raciocínio clínico, a integração e a comunicação, elementos fundamentais perante contextos de elevada complexidade e imprevisibilidade.

Por último, foi identificado como estratégia o *debriefing*. E3 sugere a criação de *“um ambiente de aprendizagem em que seja feito um debriefing adequado à situação”*, enquanto E6 considera que *“os debriefings são importantíssimos, porque se ninguém me corrigir ou enaltecer posso sempre achar que fiz bem porque não sabia que estava a fazer mal”*.

O *debriefing* funciona como um momento estruturado de reflexão, que conduz os participantes a analisar as suas ações e decisões. Este processo favorece não só a consolidação dos conhecimentos adquiridos, mas também a adoção de novas atitudes, ao permitir que compreendam o que fizeram, em que circunstâncias, com que propósito e de que modo podem melhorar no futuro (Silva et al., 2020). Nascimento et al. (2020) acrescentam que o *debriefing* representa uma etapa fundamental, sendo estimado que contribua cerca de 80% para a aprendizagem dos participantes. Este momento assume por isso, um papel de grande relevância na formação e desenvolvimento educativo.

Formação

A seguinte categoria surgiu como transversal a todas as anteriores, sendo apontada como um fator decisivo para ativação eficaz da VVT e para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa vítima de trauma grave.

Tabela 4- Formação

CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
FORMAÇÃO	<p>E1: <i>“Influenciam a ativação da via verde profissionais de saúde com formação contínua na área do trauma”</i></p> <p>E7: <i>“Para implementar uma via verde é preciso dar formação aos profissionais (...) tem que fazer formação a todos e explicar como é que vai funcionar”</i></p> <p>E3: <i>“Esse é também um dos problemas, a falta de formação de alguns Enfermeiros em trauma avançado”</i></p> <p>E7: <i>“E depois há a falta de formação em cursos mais práticos e que muitos deles são preconizados nestas vias verdes (...) formação em SAV, SAV em trauma, International Trauma Life Support”</i></p> <p>E3: <i>“é uma área tão interessante e tão motivadora, que a formação é extremamente importante para que as pessoas tenham as mais recentes evidências que lhes permitam adequar o melhor tratamento”</i></p> <p>E3: <i>“Especial enfoque para a formação em serviço para adequar os materiais que temos, porque às vezes o mexer nos materiais (saber onde estão ou como utilizar) faz toda a diferença”</i></p> <p>E6: <i>“É pressuposto que sempre que façamos uma formação, esta seja devidamente atualizada (...) Isto vai-nos permitir que durante algum tempo, aquela formação que recebemos seja com a melhor evidência”</i></p> <p>E6: <i>“Tudo o que aprendemos e não aplicamos é rapidamente esquecido e por essa razão claramente que devem ser replicados nos serviços em contexto de formação”</i></p> <p>E7: <i>“Não é admissível as pessoas que vão à sala de emergência, 25% ou 30% não tenha o SAV atualizado”</i></p>

A formação foi um ponto destacado pela generalidade dos participantes ao longo da realização do *focus group*.

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a qualidade da organização dos cuidados depende da existência de uma política consistente de formação contínua dirigida aos EE. Esta deve assegurar não apenas a atualização permanente de conhecimentos, mas também o desenvolvimento de competências que sustentem intervenções especializadas e seguras (OE, 2017a).

Para evoluir na prática clínica e no conhecimento, o EEEMCPSC deve adotar uma postura orientada pela evidência científica mais recente. Além disso, cabe-lhe assumir um papel ativo de liderança, quer na dinamização de projetos de formação, quer na participação em formação, potenciando o aumento contínuo das suas competências e contribuindo para a inovação na área (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho, 2018).

E1 considera que *“influenciam a ativação da via verde profissionais de saúde com formação contínua na área do trauma”*, enquanto E7 considera que *“para implementar uma via verde é preciso dar formação aos profissionais”*. De acordo com Neutel et al. (2023), após realização de um estudo sobre a alteração de comportamentos depois de frequentar um curso de trauma, 94% dos participantes modificou a sua abordagem aos doentes vítimas de trauma, enquanto 71,4% reconheceram mudanças no seu comportamento clínico após a formação. Também Bredin et al. (2022) corroboram isto ao afirmar que as equipas de trauma melhoraram o seu desempenho após implementação de formação regular.

No mesmo sentido E3 afirma que *“esse é também um dos problemas, a falta de formação de alguns Enfermeiros em trauma avançado”*. Também E7: considera que *“depois há a falta de formação em cursos mais práticos e que muitos deles são preconizados nestas vias verdes (...) formação em SAV, SAV em trauma, International Trauma Life Support”*, acrescentando ainda que *“não é admissível que as pessoas que vão à sala de emergência, 25% ou 30% não tenha o SAV atualizado”*. Conforme descrito no Regulamento n.º 743/2019 da OE (2019) recomenda-se que, no SU, pelo menos 50 % da equipa de Enfermagem detenha a competência específica de Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e possua formação em SAV.

A formação em trauma constitui um elemento essencial na capacitação das equipas de saúde, promovendo uma resposta mais eficiente e segura perante situações de emergência. Este tipo de formação contribui significativamente para reforçar a capacidade de resposta, promovendo equipas coesas e bem treinadas, capazes de garantir uma abordagem eficaz e de qualidade no cuidado à vítima de trauma (Almeida et al., 2020). Kurtović et al. (2024), consideram também que o compromisso com a excelência na Enfermagem está ligado à formação contínua, fundamental para manter os conhecimentos e competências atualizados, influenciando a qualidade dos cuidados, a segurança das pessoas e a satisfação dos profissionais.

Isto vai de encontro ao referido pelos participantes E3 afirma que *“é uma área tão interessante e tão motivadora, que a formação é extremamente importante para que as pessoas tenham as mais recentes evidências que lhes permitam adequar o melhor tratamento”*, acrescentando o *“enfoque para a formação em serviço para adequar os materiais que temos, porque às vezes o mexer nos materiais (saber onde estão ou como utilizar) faz toda a diferença”*. E6 também refere que *“é pressuposto que sempre que façamos uma formação, esta seja devidamente atualizada (...) Isto vai-nos permitir que durante algum tempo, aquela formação que recebemos seja com a melhor evidência”*.

Para E6 *“tudo o que aprendemos e não aplicamos é rapidamente esquecido e por essa razão claramente que devem ser replicados nos serviços em contexto de formação”*. Esta percepção é suportada por Offiah et al. (2019) que mostram, num estudo, que a perda de competências varia entre os estudantes e está diretamente ligada à prática. Por isso, é importante repetir a formação, oferecendo experiências e avaliações no contexto clínico, para reforçar as habilidades adquiridas em simulação.

7. Conclusão

O estudo de investigação realizado permitiu compreender, através da análise da percepção dos Enfermeiros, os fatores que influenciam a ativação da VVT e os cuidados prestados à pessoa vítima de trauma grave em contexto de SU. Da análise emergiram quatro categorias principais: fatores influenciadores, fatores condicionantes, estratégias da equipa de Enfermagem e formação.

Nos fatores influenciadores, destacou-se a importância da liderança, da rápida deteção e encaminhamento da vítima, da articulação entre especialidades, da existência de protocolos claros e estruturados e do papel determinante do EE na avaliação inicial e na coordenação da equipa multidisciplinar. Estes elementos foram reconhecidos como essenciais para garantir uma resposta rápida, eficaz e centrada na segurança da pessoa vítima de trauma grave.

Relativamente aos fatores condicionantes, foram identificados obstáculos significativos, como o desconhecimento sobre a VVT, a desmotivação e o *burnout* das equipas, os conflitos interprofissionais, a despersonalização dos serviços e as limitações da estrutura física. Estes aspetos comprometem a eficácia da ativação da VVT, atrasam a resposta e afetam a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

No que respeita às estratégias da equipa de Enfermagem, sobressaíram a decisão clínica de alocação imediata à sala de emergência, o treino em simulação e a prática de *debriefing*. Estas estratégias foram apontadas como fundamentais para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, permitindo a consolidação de práticas baseadas na melhor evidência.

Por fim, foi bastante enfatizado o papel fundamental da formação. A formação contínua, a prática e replicação em contexto de serviço foi apontada como indispensável para garantir cuidados seguros, reforçando a importância da atualização permanente dos profissionais de saúde.

Assim, conclui-se que a ativação eficaz da VVT depende de uma conjugação de fatores organizacionais, humanos e formativos, sendo o papel do EEEMCPSC central na deteção precoce, na coordenação da equipa e na promoção de cuidados de excelência à pessoa vítima de trauma grave.

Este estudo de investigação teve como objetivo identificar a percepção dos Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica acerca dos fatores inibidores/facilitadores da implementação da via verde trauma no SU e tem como finalidade identificar os desafios e fatores que facilitam a intervenção e a tomada de decisão dos Enfermeiros, proporcionando novos conhecimentos que promovam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

No que se refere às limitações deste estudo, importa salientar que, devido ao seu caráter qualitativo, os resultados não podem ser extrapolados para a generalidade das situações. Ainda assim, os achados obtidos constituem um contributo relevante e podem servir de base para futuras investigações que visem aprofundar o conhecimento e promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem dirigidos à família da pessoa vítima de trauma grave no SU.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização dos estágios permitiu o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de competências pessoais, científicas, técnicas e reflexivas, no âmbito das competências comuns e específicas do EEEMCPSC, bem como das competências inerentes ao grau de mestre.

O cumprimento dos objetivos definidos para cada contexto de estágio contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos, para a consolidação de aprendizagens significativas e para o fortalecimento do raciocínio clínico. Estes objetivos foram delineados de forma a responder às necessidades de cuidados individualizados e sustentados em evidência científica atual.

Em síntese, o percurso de estágio constituiu uma oportunidade de grande valor formativo, promovendo o crescimento profissional e o enriquecimento da prática especializada.

A investigação evidenciou que a qualidade da ativação da VVT está diretamente relacionada com vários fatores, entre eles a liderança, a articulação entre equipas, a existência de protocolos claros, a motivação da equipa, o desconhecimento sobre a VVT e o facto de existirem infraestruturas adequadas. Ao mesmo tempo, destacou a importância da formação contínua como eixo estruturante para a atualização de competências e para a consolidação de práticas baseadas em evidência.

Este estudo contribuiu para a valorização do papel do EEEMCPSC, reconhecendo-o como elemento chave na deteção precoce, na coordenação da equipa multidisciplinar e na promoção de cuidados de qualidade. O EE assume assim, um papel vital na resposta a situações de elevada complexidade, como o trauma grave, sendo responsável por articular intervenções, apoiar a equipa e garantir que a prestação de cuidados decorre de forma estruturada e eficiente.

Apesar das limitações inerentes ao carácter qualitativo, os resultados obtidos constituem uma base relevante para futuras investigações e para a implementação de medidas organizacionais e formativas que visem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Recomenda-se, assim, o investimento em programas de formação específicos em trauma, a implementação de simulações e *debriefings* regulares, a criação de condições estruturais adequadas e a promoção de uma cultura organizacional centrada na pessoa e na equipa.

Estas medidas permitirão não só otimizar a ativação da VVT, mas também reforçar a segurança, a eficácia e a qualidade dos cuidados prestados à pessoa vítima de trauma grave

Deste modo, este trabalho não só contribuiu para a produção de conhecimento científico, como também para a valorização da prática especializada em Enfermagem, promovendo uma abordagem mais segura, eficaz e humanizada, alinhada com os princípios da qualidade e da excelência em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2003). Cuidados Intensivos- Recomendações para o seu desenvolvimento.
- ACSS. (2015). Recomendações Técnicas para os Serviços de Urgência da Administração Central do Sistema de Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf
- ACSS. (2024). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2024.pdf
- Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do Enfermeiro em relação à Via Verde Trauma. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 55–66. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>
- American College of Surgeons. (2018). Advanced Trauma Life Support (10a). <https://pt.scribd.com/document/667930323/ATLS-10-Ed-Portugues>
- American College of Surgeons. (2025). Advanced Trauma Life Support (11a). <https://pt.scribd.com/document/869118783/ATLS-11-traduzido-250528-105939#content=query:tr%C3%ADade%20letal,pageNum:148,indexOnPage:0,bestMatch:fa>
lse
- Antunes, A., & Costa, M. (2022). A pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: Abordagem inicial no serviço de urgência uma revisão de escopo. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(6), 549–580. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i6.5946>
- Appelbaum, R., & Streams, J. (2025). Importance of Leadership in the Trauma Bay. *Current Trauma Reports*, 11(1), 18. <https://doi.org/10.1007/s40719-025-00292-4>
- Araújo, A., & Carvalho-Barreto, A. (2019). O luto materno no desenvolvimento familiar: Mães que perderam seus filhos em acidentes rodoviários. *Pensando famílias*, 23(2), 119–133.
- Araújo, M., Acioli, S., Neto, M., Silva, H., Bohusch, G., Rocha, F., & Silva, T. (2020). Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde: Instrumento para a qualidade do cuidado. *Cogitare Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.71281>

Arrifes, S. (2025). Intervenções de enfermagem especializada na abordagem à pessoa em situação crítica vítima de trauma [Escola Superior de Saúde Egas Moniz]. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/bf09dbd2-f883-4c24-b8f7-8b303c2548d7>

Baixinho, C., Ferreira, O., & Silva, M. (2024). Advanced nursing and evidence-based practice: Two sides of the same challenge. *International Health Trends and Perspectives*, 4(1), i–ii. <https://doi.org/10.32920/ihtp.v4i1.2141>

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (3a reimp. da 1aedição). ALMEDINA BRASIL.

Barreto, T., Bueno, L., Vitti, J., & Junior, N. (2020). Cuidados paliativos em terapia intensiva: Uma revisão integrativa de literatura. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, 3(2), 75–82. <https://doi.org/10.17058/rips.v3i2.15378>

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto.

Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Intervention in Acute and Critical Care: A thinking-in-action approach*. Springer Publishing Company.

Brazão, M., Nóbrega, S., Barreto, F., & Almada, S. (2022). O Papel da Simulação no Treino de Equipas de Urgência. *Medicina Interna*, 29(4), 39–46. <https://doi.org/10.24950/rspmi.1229>

Bredin, I. C., Gaup, H., Brattebø, G., & Wisborg, T. (2022). Trauma team training in Norwegian hospitals: An observational study. *BMC Emergency Medicine*, 22, 119. <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00683-9>

Bruyneel, A., Tack, J., Droguet, M., Maes, J., Wittebole, X., Miranda, D., & Pierdomenico, L. (2019). Measuring the nursing workload in intensive care with the Nursing Activities Score (NAS): A prospective study in 16 hospitals in Belgium. *Journal of Critical Care*, 54, 205–211. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.08.032>

Cabral, J., Silva, W., & Farias, R. (2021). Avaliação do conhecimento de enfermeiros atuantes em unidades de terapia sobre monitorização hemodinâmica. *Revista Brasileira Multidisciplinar (ReBram)*, 24(3), 15–19.

Carvalho, C. (2020). *Segurança do doente crítico: Notificação de eventos adversos* [Dissertação de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica, Instituto Politécnico de Portalegre]. <http://hdl.handle.net/10400.26/33594>

Cordeiro, F., Cordeiro, H., Pinto, L., Sefer, C., Santos-Lobato, E., De Mendonça, L., & Sá, A. (2023). Estudos descritivos exploratórios qualitativos: Um estudo bibliométrico. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(3), 11670–11681. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-259>

Correia, T., Martins, M., & Forte, E. (2020). Gestão de enfermagem: Estratégias para a segurança de clientes e profissionais. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 11, Artigo 11. <https://doi.org/10.29352/mill0211.08.00264>

Costa, F., Torres, R., & Sousa, C. (2022). Triagem de Manchester: Perceções dos enfermeiros sobre os seus contributos e fatores que a influenciam. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série(No 1), e21028. <https://doi.org/10.12707/RV21028>

Decreto-Lei n.o 65/2018, de 16 de agosto. (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República n.o 157/2018, Série I (2018-08-16)*, 4147–4182.

Demoner, J., Gonçalves, K., Cabral, P., & Pesente, G. (2024). O impacto da síndrome de burnout na saúde dos profissionais enfermeiros. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, 12(1). <https://doi.org/10.61164/rnm.v12i1.3127>

Despacho n.o 2534/2021 de 05 de Março. (2021). Constitui a Comissão Nacional de Trauma e determina as suas competências. *Diário da República n.o 45/2021, Série II (2021-03-05)*, (149-182).

Despacho n.o 3317-A/2018, de 3 de abril. (2018). Revisão do Sistema de Gestão de Operações (SGO). *Diário da República n.o 65/2018, 1o Suplemento, Série II (2018-04-03)*, (9530-(2)-9530-(10)).

Despacho n.o 9390/2021 de 24 de setembro. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). *Diário da República, II.a série, N.o 187 (24/09/2021)*, (96-103).

Despacho n.o 10319/2014, de 11 de agosto. (2014). Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. Revoga os Despachos n.os 18459/2006, de 30 de julho, 24681/2006, de 25 de outubro e 727/2007, de 18 de dezembro de 2006. *Diário da República n.o 153/2014, Série II (2014-08-11)*, (20673-20678).

Direcção-Geral da Saúde de 31 de Março. (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Circular Normativa No:07/DQS/DQCO (31/03/2010), (1-26).

Emergency Nurses Association. (2019). Trauma Nursing Education.

Ferreira, M. (2021). Fatores relacionados com o conhecimento dos enfermeiros de urgência sobre via verde trauma [Universidade de Trás-os-Montes e alto Douro]. <https://repositorio.utad.pt/entities/publication/a7dbfb91-d815-4fd4-83b3-93e2fecf38b3/full>

Figueiredo, F. (2021). Catástrofe Externa/Emergência Interna. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>

Fonseca, I., & Leitão, J. (2017). Plano de Emergência Externa dos Hospitais da Universidade de Coimbra. https://intranet.chuc.min-saude.pt/cms/media/documents/4p9py58a10sc80e1vzd9ex09xz/4ph19e99p2gqn47s3n4x3xca4z/pee_huc_final.pdf

Frias, A., & Paiva-Santos, F. (2023). Conceções de enfermeiros sobre a comunicação na reunião de passagem de turno. *Revista de Enfermagem Referência*, 1–8. <https://doi.org/10.12707/RVI22110>

Gomes, A., Báfica, A., Siqueira, E., Paese, F., Belaver, G., Bresciani, H., Garcia, K., & Costa, S. R. da. (2021). Implantação de protocolos de Enfermagem para ampliação do acesso na atenção primária à saúde. *Enferm Foco*, 12(Supl.1), 110–114.

Gonçalves, J. (2023). Análise da via verde trauma de um serviço de urgência do norte de Portugal. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/entities/publication/e435bebe-5bbb-430b-b6dc-eafeae61c441>

Gonçalves, S., & Carmo, T. (2022). Implicações das infeções associadas aos cuidados de saúde na gestão em saúde: Revisão. *Enfermeria: Cuidados Humanizados*, 11(1), 1–19. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>

Henriques, C., Santos, P., & Frade, J. (2021). Enfermagem Avançada – Conceptualização através de Grupos Focais. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 138–144. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.138-144>

INEM. (2012). Situação de Exceção—Manual TAS (1a). <http://bvabrant.es.pt/WebResources/SitePages/forma/manuaisInem/manualSE.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). Sistema Integrado de Emergência Médica (1a). Instituto Nacional de Emergência Médica. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017a). Meios de Emergência. <https://www.inem.pt/category/cidadaos/meios-de-emergencia/>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017b). Missão, Visão e Valores. <https://www.inem.pt/2017/05/22/missao-visao-e-valores/>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017c). O Sistema Integrado de Emergência Médica. <https://www.inem.pt/category/emergencias/>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). Segurança do Doente no Pré-hospitalar. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/CSD_Prevencao-de-Quedas-e-Lesoes_webinar.pdf

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023). Relatório de Atividade do CODU. [file:///C:/Users/Daniela.DESKTOP-GRI14FG.002/Downloads/ES2021%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Daniela.DESKTOP-GRI14FG.002/Downloads/ES2021%20(1).pdf)

Instituto Nacional de Emergência Médica, & Comissão de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos. (2023). Manual de Controlo de Infecção do INEM: Vol. volume 3. <https://pt.scribd.com/document/717898471/M-001-03-DEM-manual-de-Controlo-de-Infecao-Do-INEM>

Instituto Nacional de Estatística. (2023). Estatísticas da Saúde—2021. [file:///C:/Users/Daniela.DESKTOP-GRI14FG.002/Downloads/ES2021%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Daniela.DESKTOP-GRI14FG.002/Downloads/ES2021%20(1).pdf)

IT.32-5.DEM. (2017). Circuito de Medicamentos e Produtos de Saúde Termolábeis. INEM.

Kurtović, B., Gulić, P., Čukljek, S., Sedić, B., Smrekar, M., & Fičko, S. (2024). The Commitment to Excellence: Understanding Nurses' Perspectives on Continuous Professional Development. *Healthcare*, 12(3), 379. <https://doi.org/10.3390/healthcare12030379>

Lima, D., de-Vasconcelos, I., Queiroz, E., Cunha, T., dos-Santos, V., Arruda, F., & Freitas, J. (2019). Simulação de incidente com múltiplas vítimas: Treinando profissionais e ensinando universitários. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 46(3), e20192163. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192163>

Lorenzo, L., Takashi, M., Reis, V., Cordeiro, K., Costa, S., & Morais, Í. (2023). Aplicabilidade da Nursing Activities Score para avaliação da carga de trabalho da enfermagem nas

unidades de terapia intensiva | Revista de Divulgação Científica Sena Aires.
<https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/139>

Maia, A. (2023). Cuidado especializado e de mestre em enfermagem à pessoa em situação crítica vítima de trauma em contexto extra-hospitalar. Escola Superior Saúde Santa Maria.

Marques, M. (2021). A Importância da Formação na Qualidade dos Cuidados Prestados no Serviço de Urgência Básica [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho].
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/76449/1/TESE%2bMARTA%2bSUSANA.pdf>

Matos, E., Almeida, D., Freitas, K., & Silva, S. (2021). Construção e validação de indicadores para a segurança do paciente no transporte intra-hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, e20200442. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200442>

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Pub. Co.

Mendes, A. (2022). Abordagem à Pessoa em Situação Crítica pelo Enfermeiro no Serviço de Urgência em contexto de Via Verde de Trauma [Universidade do Minho -Escola Superior de Enfermagem]. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/81386>

Mendes, C., Vieira, C., Lacerda, T., Trombetta, M., Roscoe, M., Ando, T., Kalaf, E., Martins, A., Coelho, A., Santos, V., Souza, C., & Furtado, C. (2024). Manejo do trauma em situações críticas: Protocolos e desafios. *Revista ft*, 28.
<https://doi.org/10.69849/revistaft/th102410261733>

Moscelli, G., Mello, M., Sayli, M., & Boyle, A. (2024). Nurse and doctor turnover and patient outcomes in NHS acute trusts in England: Retrospective longitudinal study.
<https://doi.org/10.1136/bmj-2024-079987>

Nascimento, J., Oliveira, J., Alves, M., Braga, F., Góes, F., & Dalri, M. (2020). Métodos e técnicas de debriefing utilizados em simulação na enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, e20190182. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190182>

Neutel, E., Kuhn, S., Driscoll, P., Gwinnutt, C., Moreira, Z., Veloso, A., Manso, M., & Carneiro, A. (2023). Does participation in the European Trauma Course lead to new behaviours and organisational change? A Portuguese experience. *BMC Medical Education*, 23(1), 415. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04322-0>

Norma no 001/2017 de 08 de Fevereiro. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção-geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (08/02/2017), (1-8).

Norma no 008/2023 de 19 de Dezembro. (2023). Medicamentos de alta vigilância. Direção-geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (19/12/2023), (1-28).

Norma no 012/2022 de 12 de Novembro. (2022). Via Verde do Trauma no Adulto. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (18/11/2022), (1-37).

Norma no 015/2014 de 25 de Setembro. (2014). Sistema Nacional de Notificação de Incidentes—NOTIFICA. Direção-geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (25/09/2014), (1-9).

Norma no 021/2015 atualizada a 17 de Novembro. (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (17/11/2022), (1-23).

Norma no 029/2012 atualizada a 31 de Outubro de 2013. (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (31/10/2013), (1-26).

Offiah, G., Ekpotu, L., Murphy, S., Kane, D., Gordon, A., O’Sullivan, M., Sharifuddin, S., Hill, A., & Condron, C. (2019). Evaluation of medical student retention of clinical skills following simulation training. *BMC Medical Education*, 19(1), 263. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1663-2>

Oliveira, S., Ferraz, M., Rosa, D., Freitas, K., Souza, E., Santos, D., & Malvestio, M. (2025). Inventário de problemas éticos no atendimento pré-hospitalar móvel. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77, 1–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0539pt>

Oliveira, S., Martini, J., Caravaca-Morera, J., Prado, M., Canever, B., Bortolato-Major, C., & Knihs, N. (2024). Debriefing, espaço dialógico para o desenvolvimento do pensamento reflexivo na enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 45, e20230041. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230041.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Parecer CJ/20 – 2001. Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. 1–3.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor—Guia orientador de boa prática (Ordem dos Enfermeiros-Junho de 2028). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017a). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (1-38).

Ordem dos Enfermeiros. (2017b). Parecer N.o 09 / 2017 Transporte da Pessoa em Situação Crítica. (1-3).

Ordem dos Enfermeiros. (2017c). Parecer N.o 10 / 2017 Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência da Ordem dos Enfermeiros. (1-4).

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Caracterização dos Serviços de Urgência da Secção Regional do Centro—"Conhecer para Intervir". 1–41.

Ordem dos Médicos. (2009). Normas de boa prática em trauma. https://ordemdosmedicos.pt/files/pdfs/vCGD-Normas_de_Boa_Pratica_em_Trauma.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2021). Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade Dos Cuidados de Saúde: Uma Abordagem Prática para Formular Políticas e Estratégias Destinadas a Melhorar a Qualidade Dos Cuidados de Saúde (1st ed). World Health Organization.

Orientação n.o 007/2010, de 6 de outubro. (2010). Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde, (1-125).

Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência-Medicina Intensiva.

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2088. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>

Pascoal, M., & Souza, V. (2022). A importância do estágio supervisionado na formação do profissional de Enfermagem. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(6), (536-553). <https://doi.org/10.51891/rease.v7i6.1408>

Pátaro, R., & Calsa, G. (2020). Reflexões sobre a pesquisa com grupos focais nas ciências sociais e humanas: A questão da quantidade de participantes, proveniência e local de

organização. Ciências Sociais Unisinos, 56(1), 1–12.
<https://doi.org/10.4013/csu.2020.56.1.01>

Pena, B., Silva, M., Queiroz, K., Guimarães, E., Moraes, I., Celestino, E., Nery, R., Silva, M., & Souza, L. (2024). Atenção ao paciente politraumatizado: Atuação da equipe multiprofissional nos atendimentos de urgência e emergência. Estudos multidisciplinares sobre emergência e terapia intensiva. <https://doi.org/doi.org/10.58871/conaeti.v3.57>

Pinno, C., Taschetto, C., Freitas, E., Nunes, L., Menezes, J., Petry, K., & Camponogara, S. (2020). Carga de trabalho numa unidade de internamento hospitalar de acordo com o Nursing Activities Score. Revista de Enfermagem Referência, 1–8.
<https://doi.org/10.12707/RV20047>

Pinto, A., Moutinho, P., & Mota, L. (2023). Attitudes and barriers to evidence-based practice: Point of view of Portuguese nurses specialized in medical-surgical nursing. Central European Journal of Nursing and Midwifery, 14(3), 934–942.
<https://doi.org/10.15452/cejnm.2023.14.0010>

Portaria no 141/2018 de 18 de maio. (2018). Primeira alteração à Portaria n.o 96/2014, de 5 de maio, que regulamenta a organização e funcionamento do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). Diário da República n.o 96/2018, Série I, n.o96 (2018-05-18), (2211-2212).

Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos. (2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos- Relatório Anual do Programa Prioritário. Direção-Geral da Saúde, 1–37.

Regulamento n.o 140/2019, de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.o 26/2019, Série II, n.o26 (2019-02-06), 4744–4750.

Regulamento n.o 226/2018, de 16 de abril. (2018, abril 16). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar. Diário da República n.o 74/2018, Série II, n.o 74 (2018-04-16), 10758–10764.

Regulamento n.o 429/2018 de 16 de Julho. (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 crônica. Diário da República n.o 135/2018, Série II, n.o 135 (16/07/2018), (19359-19370).

Regulamento n.o 556/2017, de 17 de outubro. (2017, outubro 17). Regulamento Geral das Áreas de Competência Acrescida. Diário da República n.o 200/2017, Série II, n.o 200 (2017-10-17), 23636–23638.

Regulamento n.o 656/2021, de 16 de julho. (2021, julho 16). Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.o 137/2021, Série II, n.o 137 (2021-07-16), 173–191.

Regulamento n.o 743/2019, de 25 de setembro. (2019, setembro 25). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República n.o 184/2019, Série II, n.o 184 (2019-09-25), 128–155.

Reis, D., & Rabiais, I. (2020). Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica: Estratégias de gestão da incerteza. *Cadernos de Saúde*, 12(Especial), Artigo Especial. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10287>

Rio, G. (2018). Evidence-based practice: Medical device–related pressure injury prevention. *American Nurse Today*, 13(10), 50–53.

Rodrigues, M., Gaspar, F., & Lucas, P. (2022). A Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Contexto Hospitalar: Revisão Scoping. *New Trends in Qualitative Research*, 13, e650–e650. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e650>

Russo, J., Bico, I., & Vala, P. (2022). Influência da comunicação na relação Enfermeiro-família em contexto de unidade de cuidados intensivos: Revisão sistemática da literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 8(1), (95-116). [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(1\).547.96-116](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(1).547.96-116)

Santana, A. A., Piva, L. G., Silva, Á. F. O. A. da, Marian, B. P., Magana, G. de S., Andrade, L. S., Lopes, G. L., Pontes, P. D. L., Chierice, A. L. A., Amaral, M. V. H., Trani, V. P., & Guerra, T. D. A. (2024). Abordagem inicial ao paciente politraumatizado: Estratégias e atualizações em urgências e emergências. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(11), Artigo 11. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n11p2476-2487>

Santos, A. S., Morais, D., Ferreira, G., Coelho, J., & Garcia, L. (2022). A influência dos estilos de liderança em Enfermagem na dinâmica da equipa: Uma revisão sistemática. *Germinare*, 2, 70–82. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6467213>

Sequeira, C., & Néné, M. (2022). *Investigação em Enfermagem-Teoria e Prática*. Lidel.

Shikama, M., Nakagami, G., Noguchi, H., Mori, T., & Sanada, H. (2018). Development of Personalized Fitting Device With 3-Dimensional Solution for Prevention of NIV Oronasal Mask-Related Pressure Ulcers. *Respiratory Care*, 63(8), 1024–1032. <https://doi.org/10.4187/respcare.05691>

Silva, M., Tanqueiro, M., Veríssimo, C., Neves, M., Cruzeiro, C., & Coutinho, V. (2020). Avaliação do debriefing estruturado como estratégia pedagógica em enfermagem de saúde familiar. *Revista de Enfermagem Referência*, serV(2), e19081–e19081. <https://doi.org/10.12707/RIV19081>

Silva, S., Gaio, M., Sanches, S., José, H., Henriques, M., & Gouveia, M. (2021). Gestão do processo de mudança nas organizações de saúde: Revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 29, 483–504. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10227>

Sousa, J., Chagas, J., Barbosa, C., Macêdo, D., Pena, B., Silva, M., Queiroz, K., Guimarães, E., Moraes, I., Celestino, E., Nery, R., Silva, M., & Souza, L. (2024). Atenção ao paciente politraumatizado: Atuação da equipe multiprofissional nos atendimentos de urgência e emergência. *Estudos multidisciplinares sobre emergência e terapia intensiva*. <https://doi.org/DOI:%252010.58871/conaeti.v3.57>

Talebi, A., Ravari, A., Mirzaei, T., Ahmadi, A., Zakeri, M., Hermis, A., & Al-Jabri, M. (2025). Effect of nurse’s verbal communication on the level of consciousness, pain, and agitation in anesthetized patients admitted to the intensive care unit: A double-blind clinical trial. *BMC Anesthesiology*, 25(1), 240. <https://doi.org/10.1186/s12871-025-03071-5>

Unidade Local de Saúde. (2024). Gabinete da Qualidade e Segurança do Doente. <https://www.chuc.min-saude.pt/servicos/g/gabinete-da-qualidade-e-seguranca-do-doente/>

Vieira, T., Sakamoto, V., Moraes, L., Blatt, C. R., & Caregnato, R. (2020). Métodos de validação de protocolos assistenciais de enfermagem: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, e20200050. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0050>

Vilelas, J. (2022). *Investigação—O Processo de Construção do Conhecimento* (3a edição). Edições Sílabo, Lda.

ANEXOS

**ANEXO I: ESQUEMA DAS RESPONSABILIDADES DO
ENFERMEIRO COORDENADOR DE TURNO**

	ENFERMEIRO COORDENADOR DE TURNO: PERFIL DE COMPETÊNCIAS E INTERVENÇÕES	PE-44.00
Serviço de Medicina Intensiva		Próxima Revisão: Maio/2024

ESQUEMA DAS RESPONSABILIDADES DO ENFERMEIRO COORDENADOR DE TURNO

DIÁRIAS

- ↓
- Gestão dos cuidados
- Efetuar pedidos de medicação extraordinários por stock insuficiente
- Confirmar stock de estupefacientes, emitir listagem de existências e arquivar no dossier
- Repor fármacos das gavetas do balcão
- Verificar necessidade de pedido de botijas de O2
- Acolher as visitas na sala de espera e garantir o seu acompanhamento e esclarecimento pelo Enfermeiro responsável pelo doente
- Participar de forma proactiva na reunião médica
- Assegurar o envio atempado de colheita de espécimes para análise e de requisições de exames auxiliares de diagnóstico
- Assegurar envio / receção dos materiais reprocessados da Esterilização
- Rever/repor carros de urgência
Confirmar selo do carro de emergência, mala de emergência, de transporte intra e inter-hospitalar;
Verificação Operacional do monitor/desfibrilhador
Testar o circuito do ventilador portátil
- Registrar consumo de nutrição entérica (tipo e dose) em folha própria

SEMANAIS

- ↓
- SEGUNDA-FEIRA:**
Contabilizar materiais e equipamentos (Check-list)
Acondicionar farmácia rececionada
Verificar necessidade de pedido de reagentes para o gasómetro
- ↓
- TERÇA-FEIRA:**
DEFIBRILHADOR: Teste Choque Semanal
CARRO DE EMERGÊNCIA: Confirmar e Registrar nº de Selo
- ↓
- QUARTA-FEIRA:**
Efetuar pedidos de medicação (pré-definidos);
Gerar pedidos de estupefacientes/Aprovar e acondicionar estupefacientes rececionados
- ↓
- QUINTA-FEIRA:**
Contabilizar materiais e equipamentos
Verificar necessidade de pedido de reagentes para o gasómetro
Acondicionar farmácia rececionada
Aprovar e acondicionar estupefacientes rececionados
- ↓
- SEXTA-FEIRA:**
Efetuar pedidos de medicação (pré-definidos)
Gerar pedidos de estupefacientes/Aprovar e acondicionar estupefacientes rececionados
- ↓
- SÁBADO E DOMINGO:**
Enviar lista de agendamento de visitas para e-mail: visitasHUC@chuc.min-saúde.pt

MENSAIS

- ↓
- 1º DIA DO MÊS**
Testar o módulo etCo2 do ventilador portátil
- ↓
- 1º SÁBADO**
CARRO DE URGÊNCIA: Confirmar / Registrar Validades dos Fármacos e Materiais
- ↓
- 1º DOMINGO**
MALA DE EMERGÊNCIA e MALA DE TRANSPORTE INTRA E INTERHOSPITALAR:
Confirmar / Registrar validades dos Fármacos e materiais de acordo com a Checklist.
- ↓
- 1ª TERÇA**
CARRO EMERGÊNCIA: Confirmar Validades dos Fármacos/Materiais segundo a Check-list e registar nº de Selo
DEFIBRILHADOR : Confirmar fonte de energia, realizar Teste Geral e Teste de Bateria

OCASIONAIS

- ↓
- Efetuar pedidos de farmácia extraordinários
- ↓
- Enviar boletins de justificação clínica à farmácia após preenchimento médico e respetivo pedido Informático
- ↓
- Integrar equipa de emergência interna
Assegurar a reposição do carro de emergência
- ↓
- Identificar o equipamento avariado, acondicionar na sala de sujos, registar em ocorrências e informar a Enfermeira Gestora
- ↓
- Supervisionar empréstimo de materiais/ equipamentos e garantir o respetivo vale
- ↓
- Garantir o acondicionamento dos espólios (roupa e valores) e providenciar entrega à família
- ↓
- Preencher o formulário "Fora de Horas" em situação de transferência ou óbito/dador de órgãos
- ↓
- Contactar coordenação, oftalmologia/banco de olhos em caso de óbito

**ANEXO II: APRESENTAÇÃO VIA POWERPOINT ELABORADA NO
ESTÁGIO DO SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA**

Monitorização da profundidade anestésica e nociceção



Autor: Daniela Almeida

Objetivos:

- Reforçar importância da monitorização da profundidade anestésica e nociceção;
- Compreender funcionamento do monitor conox;
- Compreender intervenções de Enfermagem associadas ao uso do monitor conox.

Importância da monitorização

- A profundidade da anestesia consiste numa progressiva depressão do SNC assim como uma diminuição da capacidade de resposta a estímulos.
- Importante para controlar estado de sedação do utente.

Risco de overdose:

- Problemas função respiratória/cardiovascular
- Apneia
- Miose
- Hipotermia
- Náuseas e vômitos
- Dificuldade acordar
- Morte

Riscos subdosagem:

- Consciência
- Sensação de dor
- Problemas função respiratória/cardiovascular
- Ansiedade
- Movimentos
- Hipertensão
- Resposta a estímulos



- Conox® é um monitor não invasivo de profundidade da anestesia, cujo objetivo avaliar a sedação e efeitos analgésicos.
- Ajuda a avaliar o estado de consciência do utente e a probabilidade de resposta a estímulos nocivos sob efeitos hipnóticos e analgésicos.
- Ferramenta para alertar sobre mudanças potenciais na condição do utente, permitindo uma intervenção atempada, mantendo o padrão de sedação esperado.

Benefícios Clínicos

- Reduzida incidência de consciência;
- Diminuição de potenciais efeitos adversos causados por sobredosagem medicamentosa → Consumo otimizado dos fármacos;
- Redução do tempo necessário para a recuperação pós-extubação traqueal;
- Risco reduzido de delírio e disfunção cognitiva;
- Redução do tempo de internamento;
- Apresenta duas modalidades de monitorização em um único monitor.

SQI



- Indica a qualidade do sinal (0-100)
- Valor ideal é 100, mas valores > 80 consideram-se fidedignos.



- Elétrodos mal fixados podem comprometer qualidade do sinal

EMG



- Reflete a atividade muscular frontal (0 -100)
- Valor ideal é < 70.
- ↑ 70 - utente capaz de coordenar movimentos faciais e estes movimentos podem estar a interferir com o traçado do qCON.

BSR



- Identifica a taxa de supressão
- Valor ideal = 0.
- Quanto mais alto, sugere que maior é a percentagem de episódios de sedação profunda.
- Relacionado a excesso de medicação, dano cerebral ou até mesmo morte encefálica.

qNOX



- Resposta a estímulos nocivos
- Valor ideal (40 - 60)
- ↓ 40 sugere excesso de opioides

qNOX (Dor)	
61-99	Paciente com probabilidade de responder a estímulos nocivos.
40-60	Paciente com pouca probabilidade de responder a estímulos nocivos.
0-39	Paciente com probabilidade muito baixa de responder a estímulos nocivos.

qCON



- Monitoriza o nível de consciência
- Valores têm correspondência aos valores do BIS

qCON (Consciência)	
80-99	Acordado
61-79	Sedação ou anestesia leve
40-60	Anestesia adequada
0-39	Anestesia profunda

Deteção de conexão de eletrodos + Medição da impedância



- 3 eletrodos que permite diminuir a impedância.
- Impedância - oposição que um circuito elétrico oferece à passagem de corrente quando submetido a uma tensão (verificada a cada 15 min).
- Deve ser < 5,
 - > 1-bom
 - > 10-alta
 - > 11-muito alta

Evidência científica

- Índice qCON pode detetar uma mudança de estado mais cedo do que outros monitores, especialmente recuperação da consciência.
- Conox é maleável e tão confiável quanto o BIS.
- Uso do qCON pode reduzir as necessidades pós-operatórias de opioides.
- 3 eletrodos, reduzindo a probabilidade de ocorrência de artefactos.
- Design facilita a aderência do sensor no utente e reduz o risco do sensor se soltar.
- Design mais fino, baixo peso e bateria de longa duração fazem do Conox um monitor adequado para transferências.
- O Conox foi validado para uso com hipnóticos (propofol e sevoflurã) e opioides (fentanil e remifentanil). Em opioides (nalbuphina e buprenorfina), ou hipnóticos (fentanyl e medetomidina e catetina), deve-se interpretar a leitura do Conox com cautela.

Cuidados de Enfermagem

- Higiene das mãos.
- Limpeza local de colocação de eletrodos estéril com flocos específicos e venho kit.

Vigiar integridade da pele. Não usar álcool na limpeza (isso pode deixar uma película que aumenta a impedância do eletrodo).

- Colocar o eletrodo na posição correta (2424). Variar utilização de lado para evitar IPP.
- Verificar se monitor/alarme estão a funcionar.
- Documentar valores em processo.
- Durante a higiene não molhar os eletrodos devido à possibilidade de micro-choques.


Colocação do sensor:



- Remover o dispositivo blister.
- Limpar e preparar pele na zona de colocação dos eletrodos.
- Posicionar o sensor conforme a figura. Pode ser colocado do lado direito ou esquerdo.
- Conectar o cabo do utente ao sensor do utente.
- Eligir o dispositivo para que não forme um arco que possa puxar os eletrodos.
- Pressionar os laterais dos eletrodos para fixá-los bem.

NÃO pressionar a área colorida dos eletrodos para evitar que o gel eletrodo comprometa a monitorização. Eletrodos bem colocados permitem uma correta monitorização e evitam erros de leitura.

Grata pela atenção...



Referências Bibliográficas:

- Fontanet, J., Gabarrón, E., Jospin, M., Valverde, M., Gamba, P. L., & Jensen, E. W. (2014). Comparison of the qNOX and ANI Indices of Nociception during Propofol and Remifentanyl Anesthesia.
- Fresenius Kabi - caring for life. (2018). White paper- Conox.
- Fresenius Kabi - caring for life. (2020). qCON & qNOX validation studies.

**ANEXO III: APRESENTAÇÃO VIA POWERPOINT ELABORADA
NO ESTÁGIO DO EXTRA-HOSPITALAR**

Imobilizações de Membros : Técnicas e Cuidados Essenciais



O que são Imobilizações com Ligaduras?

Intervenções terapêuticas utilizadas para imobilizar, conter ou comprimir uma área corporal com lesão, proporcionando:

- Estabilização de fraturas e lesões
- Redução da dor e desconforto
- Prevenção do agravamento de lesões existentes
- Facilitação do transporte seguro do utente até ao atendimento especializado



Tipos de Ligaduras Utilizadas

Ligaduras de Gaze
Material poroso e leve que proporciona sustentação para pontos e imobilizações simples. Mantém tensão constante e permite trocas gasosas com a pele.

Ligaduras Elásticas
Proporcionam compressão controlada e permitem alguma mobilidade mínima. Ideais para lesões articulares e suporte de estruturas moles.

Ligaduras de Algodão
Utilizadas para atrofocamento e proteção óssea antes da aplicação de faixas ou gessos. Previnem atrito e pressão excessiva.

Princípios Gerais na Aplicação de Ligaduras

01 Preparação da Área Limpar e secar a pele antes da aplicação, protegendo proeminências ósseas com algodão ou espuma para prevenir lesões por pressão.	02 Pressão Uniforme Manter tensão constante e regular durante toda a aplicação para evitar o compromisso circulatório em determinadas áreas.
03 Direção Distal para Proximal Iniciar sempre da extremidade mais afastada do corpo para a mais próxima (ex: dos dedos para o braço). Esta técnica promove o retorno venoso adequado.	04 Fixação Segura Iniciar e terminar com duas voltas circulares sobrepostas para garantir que a ligadura não se desprende durante movimentação do utente.

Técnicas Básicas de Ligadura



Ligadura em Espiga
Padrão ascendente em forma de V que evita deslizamento, proporcionando maior estabilidade em membros.

Ligadura em Oito
Técnica específica para articulações como tornozelo, punho e joelho, permitindo mobilização funcional.

Ligadura Circular ou em Espiral
Ideal para pequenos segmentos, com sobreposição parcial das voltas, garantindo cobertura completa e uniforme da área exposta.

Indicações Clínicas Comuns

- Fraturas Simples e Entorses**
Imobilização temporária até avaliação radiológica e tratamento definitivo, reduzindo dor e prevenindo deslocamentos adicionais dos fragmentos ósseos.
- Lesões Musculares/quelétricas**
Controlo da dor e limitação do movimento em lesões musculares, tendinosas e ligamentares para evitar agravamento durante a fase aguda.
- Transporte Pré-hospitalar**
Estabilização adequada para movimentação e transporte seguro do utente até unidade de saúde para tratamento especializado.
- Cuidados Pós-operatórios**
Manutenção da posição anatómica e proteção de áreas cirúrgicas, especialmente em procedimentos ortopédicos e vasculares.



A proteção adequada é crucial no transporte pré-hospitalar.

Cuidados e Monitorização Durante a Imobilização

- 1 Verificação do Membro**
Avaliar regularmente o pulso distal, cor, temperatura e sensibilidade do membro, assegurando perfusão adequada e função neurológica.
- 2 Observação de Sinais de Alerta**
Estar atento a manifestações de compressão excessiva como dor intensa, formigamento, palidez ou cianose, que indicam necessidade de intervenção imediata.
- 3 Ajustes da Ligadura**
Reajustar ou remover a ligadura se houver qualquer indicio de compromisso circulatório ou neurológico, evitando síndrome compartimental.
- 4 Manutenção da Higiene**
Substituir ligaduras húmidas, sujas ou desidratadas para prevenir infeções, manter calibres e pente de eficácia da imobilização.



Princípios de imobilização com talas

Objetivo: Manter o membro com lesão em posição funcional, evitando movimentos que agravem a lesão.

⚠️ Imobilizar sempre a articulação acima e abaixo da lesão.

- Aplicação da tala:**
- Escolher tala adequada (materiais rígidos ou semi-rígidos).
 - Proteger pele com algodão.
 - Fixar a tala com ligaduras sem comprometer circulação.

Verificação/monitorizar cor, temperatura e sensibilidade do membro.



Conclusão: A Importância da Técnica Correta

A aplicação de ligaduras com *técnica adequada* fundamental para garantir:

- Imobilização eficaz e segura das estruturas lesionadas
- Prevenção de complicações graves como síndrome compartimental
- Redução do risco de lesões secundárias durante o transporte
- Conforto do *utente* durante o período de tratamento

A monitorização constante e os ajustes conforme necessidade são parte integral do cuidado, sendo essencial uma avaliação periódica da eficácia e segurança da imobilização.



Bibliografia

- Behrns, N. K. (2022) Principles of limb immobilization : backcountry applications. Oregon Health & Science University. <https://www.ohsu.edu/sites/default/files/2022-09/OM22-4-Behrns.pdf>
- PediatrAdponent (2014). Traumatologia e imobilizaciones en pediatría [Slideshare]. https://www.slideshare.net/pediatrasdponent/traumatologia-immobilizaciones_pediatra
- INEM

ANEXO IV: ARTIGOS PARA JORNAL LOCAL

Ansiedade: Estratégias de Controlo em situações de Emergência

A ansiedade é uma resposta normal ao stress ou a situações de perigo, manifestando-se como medo ou preocupação face a uma possível ameaça. É frequente em momentos de pressão, como exames, decisões importantes ou problemas no trabalho. No entanto, quando é excessiva e prolongada, pode indicar um problema mais sério e pode manifestar-se com:

- Palpitações ou coração acelerado
- Falta de ar ou respiração rápida
- Tonturas, suor ou tremores
- Sensação de descontrolo ou medo intenso



Durante uma **crise de ansiedade**, é importante agir com calma e de forma consciente. Aqui ficam algumas estratégias simples:

1. **Respire devagar e profundamente**
Inspire contando até 4, segure 7 segundos e expire lentamente contando até 8. Repita várias vezes.
2. **Mantenha o foco no presente**
Observe o ambiente: nomes de objetos, cores ou sons. Esta técnica ajuda a afastar pensamentos negativos.
3. **Sente-se ou apoie-se numa superfície estável**
Evite movimentos bruscos que possam provocar quedas ou tonturas.
4. **Fale consigo ou com alguém de confiança**
Dizer em voz alta “isto vai passar” ou conversar com alguém ajuda a reduzir o medo.
5. **Pequenos movimentos ou alongamentos**
Movimentar os ombros, braços ou pescoço ajuda a aliviar a tensão acumulada.

Quando ligar 112?

Não atrase o socorro. Ligue 112 sempre que sinta os seguintes sintomas:

- Dor forte no peito
- Dificuldade em respirar
- Desmaio ou sensação de desmaio

Conhecer sinais e estratégias simples pode tornar a situação mais segura, até a ajuda chegar.

Cuidado a ter com o frio

Com a chegada do frio, é essencial tomar precauções para garantir a segurança e o bem-estar durante esta época do ano.

Entre as recomendações a serem adotadas, incluem-se evitar a exposição prolongada ao frio e as mudanças bruscas de temperatura. É aconselhável manter o corpo aquecido usando

várias camadas de roupa apropriadas para a temperatura ambiente e proteger as extremidades com luvas, gorros, cachecóis, meias quentes e calçado antiderrapante.

Manter-se hidratado é essencial, sendo recomendado o consumo de sopas e bebidas quentes, enquanto se desencoraja o consumo de álcool, que pode criar uma falsa sensação de calor e contribuir para a perda de líquidos. É importante prestar atenção especial a grupos mais vulneráveis, como crianças pequenas, pessoas doentes, idosas ou isoladas, trabalhadores ao ar livre e pessoas sem abrigo.

Além disso, ao praticar atividades ao ar livre, é fundamental evitar esforços excessivos, vestir-se adequadamente e estar atento às condições do piso para prevenir quedas.

Na estrada, uma condução defensiva é recomendada, especialmente em locais propensos à acumulação de gelo.

Assegurar o bom funcionamento dos sistemas de aquecimento e manter a casa aquecida são medidas importantes para o conforto doméstico, mas é necessário garantir uma adequada ventilação em locais onde lareiras ou braseiras são utilizadas.

Relativamente a este assunto, alerta-se para o risco de intoxicação por monóxido de carbono associado a sistemas de aquecimento a combustão, como lareiras e braseiras. Por isso, é recomendado evitar o uso desses dispositivos durante o sono e desligá-los antes de se deitar.

Recordamos que com o tempo frio aumenta também o risco de dificuldade respiratória, hipotermia ou queimaduras provocadas pelo frio.

Mantenha-se informado, hidratado e quente! Se ficar doente, não corra para as urgências, Ligue SNS 24 (808 24 24 24).



ANEXO V: FOCUS GROUP-GUIÃO DA REUNIÃO

Guião de reunião

Quais os fatores que influenciam a implementação da via verde de trauma no serviço de urgência.

Quais as condicionantes da ativação da via verde trauma no serviço de urgência, onde já esteja implementada.

Quais as estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem para ultrapassar essas condicionantes.

Como consideram que as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica podem potenciar uma melhor otimização da via verde de trauma.

De que forma a formação avançada em trauma pode trazer ganhos/benefícios na abordagem à pessoa com trauma grave em contexto de urgência.

ANEXO VI: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

**APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA
COMISSÃO DE ÉTICA**

Parecer n.º 030/2024	Código: 2024.016	Data: 26 de abril de 2024
-----------------------------	-------------------------	----------------------------------

Título do estudo de investigação: Intervenções de Enfermagem avançadas à pessoa vítima de trauma grave no serviço de urgência	
Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: LI Resposta Humana processo de doença e saúde	
Investigador responsável: Daniela Filipa Pereira de Almeida (orientador: Fernanda Príncipe)	Protocolo (se aplicável): N/A

A Comissão de Ética da ESSNorteCVP, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo de investigação acima referenciado. Analisado o processo foi votado pelos Membros, da Comissão de Ética, presentes: Carlos Costa Gomes, Sónia Novais, Alda Portugal, Teresa Guerreiro.

Resultado da votação:	Aprovado por unanimidade <input checked="" type="checkbox"/>	Rejeitado por unanimidade <input type="checkbox"/>
	Aprovado por maioria	Rejeitado por maioria <input type="checkbox"/>

Resumo do Parecer/Recomendações:

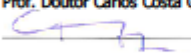
Está salvaguardado a confidencialidade da informação recolhida e a garantia do anonimato e privacidade do participante. Contudo, chama-se a atenção do focus group poder ferir e não garantir o anonimato – daí da necessidade de o investigador solicitar o exercício de confidencialidade a todos os participantes:

- **Explicar a finalidade do focus group** - Antes de realizar um grupo focal, deve informar os participantes sobre o objetivo da investigação, como os dados serão coletados, armazenados e usados, e quais são os potenciais riscos e benefícios de sua participação; obter seu consentimento informado, verbalmente ou por escrito.
- **Nomes fictícios e códigos:** Durante a reunião de grupo, deve-se evitar usar os nomes reais dos participantes e, em vez disso, atribuir-lhes nomes fictícios ou códigos que não estejam vinculados às suas identidades; instruir os participantes a não revelar nenhuma informação de identificação sobre si mesmos ou outros, como seus nomes, endereços, números de telefone ou endereços de e-mail, de forma proteger o anonimato dos participantes e reduzir o risco de expor seus dados pessoais a terceiros.
- **Criptografar e proteger os dados:** criptografar e proteger os dados coletados, como gravações de áudio, transcrições, anotações ou relatórios; deve limitar o acesso aos dados apenas àqueles que precisam deles para fins de pesquisa e excluir ou destruir os dados;
- **Respeitar os direitos de privacidade:** Durante todo o processo de investigação deve respeitar os direitos de privacidade dos participantes do grupo focal e e cumprir os princípios éticos e integridade científica, em conformidade código de conduta e integridade científica da ESSNorteCVP e Código Europeu. Não pode e não deve compartilhar, publicar os dados sem o consentimento dos participantes, ou usá-los para quaisquer outros fins que não os declarados no projeto de investigação;
- **Responsabilidade dos participantes e investigadores:** garantir a confidencialidade dos participantes e investigadores do grupo focal. Criar uma cultura de confidencialidade e fazer assinar acordo formal ou informal de confidencialidade e responsabilizá-los por quaisquer violações ou violações.

CONCLUSÃO

Somos do parecer que se aprove favoravelmente o projeto.

Pelo que se submete à consideração superior.

Data: 26 de abril de 2024	Presidente da Comissão de Ética Prof. Doutor Carlos Costa Gomes 
	Assinatura:



**ANEXO VII: CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E
ESCLARECIDO**

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA¹ E A CONVENÇÃO DE OVIEDO²

Este documento descreve o Consentimento, Informado, Livre e Esclarecido, com a informação importante em relação ao estudo para o qual foi concebido e participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incompleto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assine.

Título do estudo: Intervenções de Enfermagem avançadas à pessoa vítima de trauma grave no serviço de urgência

Enquadramento: O trauma grave é uma preocupação significativa em termos de saúde pública em escala global, apresentando desafios importantes para as sociedades e tendo repercussões relevantes nos âmbitos social e económico (Despacho n.º 2534/2021 do Ministério da Saúde, 2021). Inclui uma variedade de lesões decorrentes de eventos traumáticos que colocam as vítimas em sério risco de vida, com preocupações significativas relacionadas com a mortalidade e morbilidade. Os cuidados de Enfermagem desempenham um papel vital na assistência imediata a vítimas de trauma, envolvendo intervenções autónomas e/ou interdependentes com o propósito principal de preservar vidas. A cooperação da equipa de saúde, especialmente dos Enfermeiros, é fundamental para garantir o melhor atendimento às vítimas de trauma (American College of Surgeons [ACS], 2018).

Assim pretende-se com este estudo identificar a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirurgia acerca dos fatores inibidores/facilitadores da implementação da Via verde trauma no serviço de urgência. Será realizado um estudo de natureza qualitativa do tipo exploratório e descritivo, apoiado no método focus group.

Com os resultados obtidos espera-se identificar desafios, lacunas, oportunidades de melhoria na prestação de cuidados de Enfermagem, assim como, oferecer insights para o contexto hospitalar e para a prática de Enfermagem.

Explicação do estudo: Será realizado um estudo de natureza qualitativa do tipo exploratório e descritivo, apoiado no método de focus group. Através de uma amostra não probabilística e por conveniência serão selecionados, 12 Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirurgia e/ou Especialistas em Médico-Cirurgia na área de especialização pessoa em situação crítica, que trabalhem no serviço de urgência há 5 anos e que façam sala de emergência de centros hospitalares do país.

Será realizada uma entrevista semiestruturada através do agendamento de uma videoconferência via Microsoft Teams, em data a agendar conforme a disponibilidade de todos os intervenientes. O convite será enviado por e-mail com o respetivo objetivo do estudo e consentimento informado livre e esclarecido. Nesta reunião serão lançadas questões abertas de maneira a dar espaço a uma discussão sobre os temas. A mesma será orientada pela investigadora principal com a observação e colaboração da orientadora do projeto de estudo.

¹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ethical-principles-and-guidelines-for-research-involving-human-beings>
² <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ethical-principles-and-guidelines-for-research-involving-human-beings>

ESS+UP

A sessão será gravada em formato vídeo e áudio e posteriormente transcrita para formato de texto para análise de dados.

A participação dos entrevistados será de livre vontade. Para garantir o anonimato e a privacidade dos participantes, os dados colhidos serão codificados usando letras e números, em vez de informações de identificação pessoal, protegendo assim a confidencialidade dos dados. O estudo não prevê nenhum risco nem custos para os participantes. Potenciais custos serão suportados pela investigadora principal.

Não existem conflitos de interesse na realização deste estudo.

Condições e financiamento: Não se encontram previstas condições e financiamento para o estudo.

Confidencialidade e anonimato: Será mantida a confidencialidade e anonimato dos participantes do estudo.

Assinatura do investigador: Daniela Filipa Pereira Almeida



Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assinam. Faço-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura do participante/representante legal: _____

Data: ___/___/___

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:
ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Q1190-3  

**ANEXO VIII: DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA
RECOLHA DE IMAGEM E ÁUDIO**

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA RECOLHA DE IMAGEM E ÁUDIO

Curso: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica

Tema: Intervenções de Enfermagem avançadas à pessoa vítima de trauma grave no serviço de urgência

Estudo: Estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo com recurso à técnica focus group

Data de Realização: 16/10/2024 às 10:30h

Eu, _____ (Nome completo), tendo por base os efeitos previstos no artigo 13.º do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, declaro, de forma irrevogável, que autorizo a Daniela Filipa Pereira de Almeida, investigadora principal, a captação de imagens e /ou som, através do programa Microsoft Teams, no âmbito da minha participação no estudo supramencionado.

Mais declaro, irrevogavelmente, autorizar também que as referidas gravações possam ser transcritas para formato texto, ficando, desde já expresso que as mesmas não serão cedidas nem usadas para divulgação, por quaisquer meios ou suportes de comunicação, incluindo nas redes sociais ou institucionais.

Deste modo, declaro que, em conformidade com a legislação em vigor e sem prejuízo do direito à honra, intimidade e imagem própria, cedo de forma expressa, gratuita, permanente, incondicional e definitiva todos os direitos emergentes das mencionadas gravações e que em virtude da presente autorização e cedência não me é devida, qualquer remuneração, compensação ou indemnização.

_____, ____/____/____
(Local e data)

(Assinatura)