



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VITÍMA DE TRAUMA, DO
PRÉ-HOSPITALAR À UCI**

**NURSING INTERVENTIONS IN CRITICALLY ILL TRAUMA
VICTIMS, FROM PRE-HOSPITAL TO ICU**

Joana Francisca Fernandes Cardoso

Almada

2026



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VITÍMA DE TRAUMA, DO
PRÉ-HOSPITALAR À UCI**

**NURSING INTERVENTIONS IN CRITICALLY ILL TRAUMA
VICTIMS, FROM PRE-HOSPITAL TO ICU**

Joana Francisca Fernandes Cardoso

Trabalho elaborado sob a orientação da Professora Mestre Célia Rodrigues
de Oliveira Tavares Vaz

Almada

2026

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão pública

“Mas o melhor meio para alcançar a felicidade é contribuir para a felicidade dos outros. Procurai deixar o mundo um pouco melhor de que o encontrastes”

Robert Baden-Powell

AGRADECIMENTO

À Professora Mestre Célia Vaz, por ter caminhado comigo nesta jornada com tanta dedicação, generosidade e entrega. Obrigada pelas palavras certas nos momentos de maior incerteza e por todo o incentivo e humanidade que deposita nos seus alunos.

A todos os meus Enfermeiros Orientadores, por tudo o que me ensinaram e me permitiram viver e aprender. Levo comigo o contributo de cada um, desde a partilha, a confiança, a disponibilidade, até ao exemplo de pessoa profissional que são.

Aos meus companheiros de trabalho, obrigada pela ajuda e pela compreensão nos dias mais difíceis e tornarem este percurso mais leve. O vosso apoio fez verdadeiramente a diferença.

À Cátia, à Maria, à Mafalda e à Filipa por serem minhas amigas. À Mariana e à Inês por serem as amigas de uma vida. Obrigada pela presença, pela paciência, pela escuta, pelo carinho e por cada palavra certa no momento certo. Cada gesto e cada desabafo estiveram para mim de uma forma que jamais esquecerei.

Aos meus pais, irmã e família, por serem o meu porto seguro. Obrigada por todo o amor incondicional, por toda a compreensão, por respeitarem a minha ausência e por celebrarem comigo cada vitória. Mesmo distantes caminharam lado a lado comigo.

Ao António, por ser a minha bússola e me guiar em todos os momentos, pela presença tão firme quanto serena. Obrigada pela paciência, pela compreensão, pela motivação e por acreditares em mim, sem nunca desistir. Obrigada por celebrares comigo cada conquista e por seres o meu maior abrigo.

A todos os que, de maneira mais próxima ou mais discreta, contribuíram para que esta etapa chegasse ao fim com sucesso.

O meu sincero e sentido agradecimento!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro que elaborei o presente trabalho académico com integridade, não tendo recorrido a plágio, nem a qualquer forma de uso indevido, manipulação ou falsificação de informação em nenhuma das etapas da sua realização. Declaro ainda ter conhecimento e ter respeitado o Código de Conduta Ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SÍMBOLOS

ANSR - Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária

APA- *American Psychological Association*

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CAPIC - Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CODU - Centros de Orientação de Doente Urgentes

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECMO - *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

ECPR - Reanimação cardiopulmonar extracorporeal

EE – Enfermeiro Especialista

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

EEMI - Equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EMCPSC - Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ERC - *European Resuscitation Council*

ICN – *International Council of Nurses*

INEM – Instituto Nacional Emergência Médica

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

p.e. – por exemplo

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

pp. – página

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC - Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV - Suporte Avançado de Vida

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV - Ambulância de Suporte Imediato de Vida

SO - Sala de Observação

SU - Serviço de Urgência

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VVT – Via Verde Trauma

RESUMO

O trauma representa um desafio diário para os sistemas de saúde pela sua elevada frequência e imprevisibilidade, mas também pelo impacto no comprometimento da integridade física, psicológica e emocional da pessoa, exigindo cuidados de enfermagem diferenciados na resposta às suas necessidades. A resposta à pessoa em situação crítica determina uma intervenção tempo-dependente, com integração de cuidados em diversos níveis, desde o pré-hospitalar, passando pela urgência e até à unidade de cuidados intensivos, permitindo uma visão holística do cuidar em trauma.

O enfermeiro destaca-se pela sua posição estratégica dentro da equipa multidisciplinar. A sua atuação baseada no rigor e evidência científica contribui significativamente para a prestação de cuidados alicerçados numa abordagem sistematizada, pautados pelos princípios da humanização e centrados nas necessidades biopsicossociais da pessoa. É por isso, frequentemente protagonista, na garantia de uma assistência segura, eficiente e resolutive, minimizando os riscos e promovendo a recuperação da pessoa em situação crítica vítima de trauma.

Com o objetivo de identificar e reunir a evidência científica mais pertinente e recente sobre o tema, desenvolvemos uma *Scoping Review* com o título “Intervenções de Enfermagem Especializada à Pessoa Em Situação Crítica Vítima de Trauma, do Pré-Hospitalar à UCI”, de acordo com a metodologia desenvolvida pelo *Joanna Briggs Institute*.

O presente relatório visa dar resposta, recorrendo a uma análise reflexiva e crítica das experiências vivenciadas ao longo deste percurso formativo, ao desenvolvimento e aquisição das competências estabelecida pelos Regulamentos Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e pelos descritores de Dublin, preconizados para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem. O Modelo Concetual da Vulnerabilidade Humana de Rogers, foi o guia para a estruturação do pensamento, ao permitir compreender como a vulnerabilidade, influenciada por fatores individuais e ambientais, interfere no cuidado à pessoa em situação crítica vítima de trauma.

PALAVRAS-CHAVE

Intervenções de Enfermagem Especializada, Pessoa em Situação Crítica, Vítima de Trauma

ABSTRACT

Trauma presents a daily challenge to healthcare systems due to its high incidence and unpredictability, but also because of its impact on a person's physical, psychological and emotional well-being, requiring specialised nursing care to meet their needs. The response to a person in a critical condition requires a time-sensitive intervention, integrating care at various levels, from pre-hospital care through to the emergency department and the intensive care unit, enabling a holistic view of trauma care.

Nurses stand out for their strategic role within the multidisciplinary team. Their practice, based on rigour and scientific evidence, contributes significantly to the provision of care grounded in a systematic approach, guided by the principles of humanisation and centred on the biopsychosocial needs of the individual. It is for this reason that they often play a leading role in ensuring safe, efficient and effective care, minimising risks and promoting the recovery of individuals in critical condition who are victims of trauma.

With the aim of identifying and compiling the most relevant and up-to-date scientific evidence on the subject, we have conducted a Scoping Review entitled "Specialist Nursing Interventions for Critically Ill Trauma Patients, from Pre-hospital Care to the ICU", in accordance with the methodology developed by the Joanna Briggs Institute.

This report intends to address, through a reflective and critical analysis of the experiences gained throughout this training programme, the development and acquisition of the competencies established by the Regulations Common Competencies of the Specialist Nurse, Specific Competencies of the Specialist Nurs in Critical Care Nursing, and the Dublin Descriptors, as recommended for the award of a Master's Degree in Nursing. Rogers' Conceptual Model of Human Vulnerability served as a guide for structuring the analysis, enabling an understanding of how vulnerability, influenced by individual and environmental factors, impacts the care of individuals in critical situations who are victims of trauma.

KEYWORDS

Specialised Nursing Interventions, Critically Ill Person, Trauma Victim

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA	16
1.2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA	18
1.3. MODELO CONCEITUAL DA VULNERABILIDADE HUMANA DE ROGERS	22
2. CONTEXTO CLÍNICO	26
2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE	26
2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE	28
2.3. AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA/ VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO	29
3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	32
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM.....	33
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
APÊNDICES	56
ANEXOS	78

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICES	56
APÊNDICE A- Resumo de Scoping Review	57
APÊNDICE B- Poster: “Via Verde Trauma”	62
APÊNDICE C- Apresentação: “Traumatismo Cranioencefálico: Intervenções de Enfermagem Especializada”	68
APÊNDICE D- Apresentação: “Trauma: ERC Guidelines 2025 e Protocolo SIV: da evidência à prática pré-hospitalar	67

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS	78
ANEXO I- Certificado de Participação: <i>Internacional Congress on Emergency</i>	79
ANEXO II- Certificado de Participação: <i>EU Modex Combine Exercise USAR-EMT</i>	81
ANEXO III- Certificado de Participação: Congresso Internacional do Doente Crítico	77
ANEXO IV- Certificado de Participação: <i>MasterClass</i> : Imobilização e Transporte da Vítima de Trauma	83
ANEXO V- Certificado de Participação: Princípios Básicos de Gestão de Eventos de Exceção e Catástrofe	87
ANEXO VI - Certificado de Participação: <i>Webinar</i> : CAPACITAR PARA O (IM) PROVÁVEL: GESTÃO DE RECURSOS EM EMERGÊNCIA MÉDICA E CATÁSTROFE	89
ANEXO VII- Suporte Básico de Vida	91

INTRODUÇÃO

A Enfermagem afirma-se como uma profissão comprometida com a salvaguarda do direito de cada pessoa alcançar o melhor estado de saúde possível, assumindo como propósito a prestação de cuidados culturalmente sensíveis e centrados na pessoa.

O exercício profissional integra os princípios, os valores e a matriz humanista da disciplina na experiência humana relacionada com a saúde, pelo que, os enfermeiros assumem um papel fulcral na promoção de contextos seguros e sustentáveis. A Enfermagem promove a saúde, zela pela segurança das pessoas e participa na coordenação, gestão e liderança das organizações e dos sistemas de saúde. A sua prática sustenta-se numa articulação entre o conhecimento científico próprio, competência técnica, exigência ética e construção de relação terapêutica (ICN, 2025).

A Enfermagem contemporânea desenvolve-se em cenários marcados pela crescente complexidade, influenciados pela rápida evolução científica e tecnológica que tem vindo a redefinir os processos de cuidar. O avanço tecnológico transformou de forma significativa a prática profissional, exigindo dos enfermeiros níveis cada vez mais elevados de diferenciação, capacidade de adaptação, pensamento crítico e participação ativa na tomada de decisão (ICN, 2023). Neste novo paradigma, cuidar da Pessoa em Situação Crítica implica muito mais do que a execução de intervenções técnicas, requer a integração de conhecimento científico e a incorporação de competências específicas de modo a garantir cuidados seguros, humanizados e centrados na singularidade da pessoa.

Entende-se por pessoa em situação crítica *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.”* (OE, 2018, pp. 19362).

No âmbito da obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e, tendo por base o desenvolvimento de competências académicas, científicas e técnicas, foi elaborado o presente relatório de estágio. Este, pretende de forma descritiva, reflexiva e baseado nas experiências vividas ao longo do percurso formativo, evidenciar o processo de aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, definidas pela Ordem dos Enfermeiros, consagradas no Regulamento n.º 140/2019 e no Regulamento n.º 429/2018, respetivamente. Fundamenta-se ainda nos Descritores de Dublin, definidos no Decreto-Lei nº74/2006, pela sua relevância na aquisição das competências inerentes ao Grau de Mestre.

A aquisição de competências, segundo Benner (2001), evidencia que o desenvolvimento do saber decorre de um processo progressivo, baseado na experiência, na prática e na capacidade de interpretar situações complexas, permitindo uma evolução desde níveis iniciais de desempenho até

formas mais diferenciadas e peritas de atuação. À luz desta ideia, reconhecemos a importância de aprofundar o conhecimento científico no tema em estudo, através do mapeamento e síntese da melhor evidência científica, motivando a realização de uma *Scoping Review* (Anexo A) centrada nas intervenções de Enfermagem Especializada na abordagem à Pessoa em Situação Crítica vítima de trauma.

O trauma destaca-se como uma causa relevante de mortalidade, incapacidade e comprometimento da qualidade de vida, afetando de forma, particularmente expressiva, a população jovem, em idade ativa, com importantes consequências sociais e económicas para a sociedade (Coimbra & Coimbra, 2020).

A natureza súbita e potencialmente devastadora do trauma, exige uma resposta rápida e altamente diferenciada a esta população, exigindo das equipas de enfermagem competências avançadas e especializadas (Ministério da Saúde, 2021a; DGS, 2022).

A fase pré-hospitalar e de admissão no serviço de urgência são críticas por coincidirem com o segundo pico de mortalidade e, os cuidados intensivos mantêm-se determinantes, por concentrarem o terceiro pico. Assim, apenas uma cadeia de cuidados coordenada com equipas treinadas e protocolos uniformizados, permite reduzir a mortalidade e futuras sequelas (DGS, 2022). Neste sentido, os contextos de estágio decorreram, num Serviço de Urgência Polivalente de um hospital da área metropolitana de Lisboa, numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um hospital central na região de Lisboa e Vale do Tejo e em contexto pré-hospitalar na Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). Estes contextos totalizaram uma carga horária presencial de 540 horas, 180 horas em cada local e foram desenvolvidos no período compreendido entre 15 de setembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026.

Na construção deste percurso, o Modelo Conceitual da Vulnerabilidade Humana de Rogers constituiu o principal referencial teórico, permitindo compreender que a abordagem à pessoa em situação crítica vítima de trauma abrange diversas dimensões para além da vertente biomédica. A sua pertinência reside na possibilidade de interpretar a vulnerabilidade como uma condição dinâmica, influenciada por fatores individuais e ambientais, particularmente, expressiva em situações de transição abrupta e ameaça à integridade pessoal (Rogers, 1997).

O objetivo central do presente relatório consiste em analisar, de forma crítica e fundamentada, as intervenções de Enfermagem Especializada na abordagem à Pessoa em Situação Crítica vítima de trauma, demonstrando o contributo da prática diferenciada na prestação de cuidados de excelência e orientados para os melhores ganhos em saúde.

Quanto à organização do presente relatório, este distribui-se por quatro capítulos estruturados de forma a assegurar uma apresentação lógica, progressiva e articulada do percurso desenvolvido.

O primeiro capítulo é dedicado ao enquadramento teórico, no qual se procede à abordagem dos conceitos primordiais que sustentam a temática em análise, à fundamentação da pertinência do tema no âmbito da Enfermagem à Pessoa em Situação crítica e à explicitação do referencial teórico orientador de todo o trabalho.

O segundo capítulo incide sobre os contextos clínicos, contemplando a justificação da sua seleção, a caracterização dos diferentes locais de estágio e a definição dos objetivos específicos delineados para cada um deles.

O terceiro capítulo integra a análise reflexiva do trajeto formativo, alicerçada nas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, bem como, as competências associadas ao Grau de Mestre.

Por último, as considerações finais, nas quais se apresenta uma síntese interpretativa dos principais contributos deste percurso, das aprendizagens construídas e dos desafios ultrapassados.

Após esta estrutura nuclear, são apresentadas as referências bibliográficas, os apêndices elucidativos das atividades desenvolvidas e os anexos considerados relevantes para a compreensão e documentação do presente relatório.

De realçar que, todo o documento foi redigido segundo o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, em conformidade com o Guia de Elaboração de Trabalho Escritos da Egas Moniz School of Health & Science e com as normas de referência bibliográfica da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O trauma configura-se como uma problemática de elevada complexidade, com impacto expressivo em múltiplas dimensões, criando desafios relevantes à sociedade e, por consequência, gerando repercussões sociais e económicas consideráveis. Consiste numa das mais relevantes problemáticas de saúde à escala mundial, contribuindo de forma significativa para o aumento da morbilidade e da mortalidade na população (Almeida et al., 2020).

A sua magnitude exige uma resposta ativa e preventiva, traduzida no compromisso coletivo com a melhoria das estratégias de prevenção, da abordagem terapêutica e do acompanhamento das sequelas associadas, com particular enfoque na Saúde (Ministério da Saúde, 2021a).

Este capítulo encontra-se organizado em três subcapítulos: o primeiro centra-se na Pessoa em Situação Crítica vítima de trauma; o segundo fundamenta o desempenho do Enfermeiro Especialista na abordagem à PSC vítima de trauma; e o terceiro explicita o referencial teórico que suportou todo o percurso, o Modelo Concetual da Vulnerabilidade Humana de Rogers.

1.1. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA

O termo trauma tem origem no grego, *traumatós*, cuja tradução remete para ferida, lesão ou dano e podemos encontrar várias definições para este conceito. Designa as consequências orgânicas provocadas por lesões resultantes da ação de agentes externos. O trauma pode, ainda, ser entendido como uma lesão associada a alterações estruturais e/ou a um desequilíbrio fisiológico, desencadeado por uma exposição aguda a diferentes formas de energia (elétrica, mecânica, térmica, radioativa ou química), comprometendo desde os tecidos moles de forma superficial até atingir estruturas profundas e nobres do organismo (Gonçalves et al., 2023).

Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), o traumatismo é definido como uma *“lesão proveniente de uma alteração anatômica e fisiológica que ocorre quando o corpo não consegue dissipar, nem absorver uma determinada energia externa que lhe é transmitida.”* (INEM, 2023, pp.5). Já a *Emergency Nurses Association*, citada por Almeida et al. (2020), define o trauma como *“um evento, série de eventos ou conjunto de circunstâncias experimentadas por um indivíduo como prejudicial fisicamente ou emocionalmente ou com risco de vida e que tenha efeitos adversos duradouros no funcionamento e bem-estar mental, físico, social, emocional ou espiritual”* (Almeida et al., 2020, pp.56).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), na versão de 2019,

a palavra “trauma” remete-nos para diferentes conceitos, para a temática em questão, este conceito é definido apenas como um “processo patológico” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015).

Nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), cerca de 7% das mortes tiveram origem em causas externas, destacando-se sobretudo os acidentes, incluindo os sinistros rodoviários e quedas, que perfizeram quase 6% do total (OCDE, 2025). Em linha com este panorama, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que as lesões traumáticas, quer não intencionais quer associadas à violência, provocam 4.4 milhões de mortes por ano a nível mundial, correspondendo a quase 8% de todas as mortes números particularmente expressivos nos grupos mais jovens, entre os 5 e os 29 anos, estando três das cinco principais causas de morte relacionadas com acidentes rodoviários, homicídios e suicídios (OMS, 2024).

Existem diversos fatores que podem levar a pessoa a sofrer algum tipo de trauma, como podemos constatar, a nível nacional, os acidentes rodoviários representam uma expressão significativa. Entre janeiro e setembro de 2025, registaram-se 28.975 acidentes com vítimas, dos quais resultaram 337 mortes e 2.161 feridos graves. Quando comparados com o mesmo período de 2019, verificou-se um aumento do número de acidentes (+5.5%) e dos feridos graves (+11%), apesar de se ter verificado uma redução das vítimas mortais (-15.5%) (ANSR, 2025).

O trauma afirma-se, assim, como uma das mais significativas e complexas causas de morbilidade e mortalidade evitável, representando um desafio prioritário para os sistemas de saúde e para a sociedade. A experiência internacional demonstra que vários países têm conseguido reduções significativas da mortalidade através da melhoria da organização, coordenação e planeamento dos cuidados, nomeadamente pela implementação de sistemas de trauma que assegurem continuidade ao longo de todo o percurso, desde a abordagem no cenário pré-hospitalar, passando pela reanimação e estabilização inicial no intra-hospitalar, até ao tratamento definitivo (OMS, 2012; Wang et al., 2025).

A Direção-Geral da Saúde (DGS), em 2022, publicou a Norma 012/2022 “*Via Verde do Trauma no Adulto*” com o propósito de estabelecer um quadro regulamentar onde define os critérios de ativação, fluxos críticos e responsabilidades interinstitucionais. O seu objetivo primordial é otimizar a coordenação entre os meios pré-hospitalares, serviços de urgência e cuidados intensivos, garantindo que cada vítima de trauma grave beneficie de uma resposta integrada e alinhadas com as melhores evidências científicas. A criação desta norma pretende, assim, reduzir a variabilidade nos cuidados, acelerar o tempo de intervenção e, em última análise, diminuir a mortalidade e as sequelas associadas ao trauma no adulto (DGS, 2022).

O prognóstico da pessoa em situação crítica vítima de trauma depende da qualidade dos recursos (humanos, técnicos e logísticos) e da eficiência dos processos de intervenção. Um Sistema de Trauma deve integrar prevenção e articular-se através da Rede de Trauma e da Via Verde de Trauma, garantindo acesso rápido e contínuo no tratamento (DGS, 2022).

O trauma, enquanto lesão de gravidade, extensão e intensidade variáveis, resultante da ação de um agente externo, pode assumir repercussões temporárias e/ou permanentes, com compromisso físico e psicológico, podendo conduzir até à morte da pessoa. Para além da dimensão física, este acontecimento ou o conjunto de acontecimento interferem na esfera biopsicossocial e espiritual da pessoa e da sua família, exigindo uma resposta diferenciada, imediata e altamente especializada (Trigo et al., 2022).

Perante a complexidade da PSC vítima de trauma, torna-se exigente que a resposta não se limite apenas às competências técnicas, requer uma abordagem sistematizada e diferenciada. Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em EMCPSC assume um papel fulcral no cuidado à PSC vítima de trauma, ao prestar cuidados baseados na evidência científica e ao priorizar cuidados que vão além do domínio físico.

1.2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA

A enfermagem é a profissão da área da saúde que visa prestar cuidados ao ser humano, saudável ou doente, ao longo da sua vida, bem como aos grupos sociais em que se insere, promovendo a manutenção, a melhoria e a recuperação da saúde. Procura, assim, capacitar a pessoa a alcançar a sua máxima capacidade funcional no mais curto espaço de tempo possível (OE, 2015).

O crescimento acentuado do número de Enfermeiros Especialistas (EEs) tem potenciado a consolidação das intervenções de enfermagem nas diversas áreas de especialidade e reforçado o respeito pelos princípios éticos e deontológicos. Ao dotar o profissional de competências e ferramentas mais diferenciadas, favorece-se a construção de respostas ajustadas a cenários de elevada complexidade, valorizando a centralidade do cuidar na prática clínica (OE, 2025), conforme a definição de Enfermeiro Especialista como aquele “(...) a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)” (OE, 2019b, pp.4744),

Neste enquadramento, é exigido ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC) que *“desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização”* (OE, 2018, pp. 19360).

Com vista à melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em

Enfermagem Médico-Cirúrgica implicam a conceção, a implementação e avaliação sistemática de planos de intervenção ajustados às necessidades da pessoa e da família. Estes planos visam a deteção precoce de alterações, a estabilização, a manutenção e a recuperação em situações que exigem vigilância, monitorização e terapêuticas avançadas, assegurando a promoção da saúde e a prevenção da doença, em múltiplos contextos de atuação (OE, 2018).

Os cuidados de enfermagem dirigidos à PSC correspondem a intervenções de elevada diferenciação, asseguradas de forma permanente, junto de pessoas com uma ou mais funções vitais em risco iminente. Estes cuidados respondem às necessidades comprometidas, sustentam as funções essenciais à vida e procuram antecipar intercorrências, minimizando sequelas e promovendo a recuperação plena (OE, 2018). Em consonância com os padrões de qualidade dos cuidados especializados à PSC, os EEMCPSC assumem-se como profissionais determinantes para garantir respostas assistenciais seguras, consistentes e centradas na pessoa em contextos de elevada complexidade (OE, 2017).

A PSC vítima de trauma apresenta múltiplas necessidades que exigem uma abordagem holística, sistematizada e centrada no cuidado. O trauma, enquanto evento súbito e disruptivo, compromete a integridade física, psicológica e emocional da pessoa, tornando os cuidados de enfermagem essenciais não apenas para tratar as lesões, como também para promover a qualidade de vida da pessoa (Mota, 2023). O papel do enfermeiro especialista destaca-se pela sua posição estratégica dentro da equipa multidisciplinar. A sua atuação baseada em evidência científica e no rigor em cumprimento de protocolos, contribui significativamente tanto na prestação direta de cuidados quanto na coordenação do processo de cuidados, incluindo aspetos relacionados com a gestão dos cuidados. Os cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma são alicerçados numa abordagem integral, pautados nos princípios da humanização e centrados nas necessidades biopsicossociais da pessoa.

No contexto de trauma, o EE desempenha um papel nuclear na defesa dos interesses da pessoa, pelas competências que detém, assegurando que a resposta se mantém centrada na dignidade e segurança. Sustentado por competências de avaliação e tomada de decisão, o EE identifica precocemente sinais de deterioração, antecipa riscos e contribui para a definição de prioridades. Também é um elemento chave na coordenação do trabalho em equipa e na otimização do desempenho coletivo. (Marsden & Tuma, 2023)

As competências do EE, certificadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), abrangem a proficiência clínica, gestão, educação e investigação (Nunes et al., 2024). Nesse sentido, elaboramos uma *Scoping Review*, com o objetivo de mapear e analisar a evidência científica acerca das intervenções de enfermagem especializada na abordagem à PSC vítima de trauma, desde o pré-hospitalar até à Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Recorreu-se à metodologia preconizada pelo *Joanna Briggs Institute* (2020), com o propósito de responder à questão de investigação, formulada com base na mnemónica População, Conceito e Contexto (PCC): “Quais são as intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica, vítima de trauma, desde o pré-hospitalar até à UCI?”, resultando num artigo científico (Apêndice A).

A pesquisa foi realizada, no período temporal entre 1 janeiro de 2025 e 31 de dezembro de 2025, na base de dados da plataforma *EBSCOhost* e da *PubMed*, com o objetivo de incluir a evidência produzida na última década. Foram identificados um total de 607 artigos que, após aplicados os critérios de inclusão e exclusão definidos, apenas 10 se revelaram elegíveis e constituíram o *corpus* do trabalho.

As intervenções de enfermagem encontradas foram agrupadas em três eixos, correspondentes ao *continuum* Pré-Hospitalar, Urgência e UCI.

No eixo pré-hospitalar, as intervenções de enfermagem centram-se na identificação imediata de ameaças à vida e no controlo precoce da hemorragia, garantindo a execução segura de medidas tempo-dependentes. Jones et al. (2023) evidenciaram que as hemorragias com risco de vida são frequentes no abdómen, tórax e extremidades, exigindo resposta célere no local, com medidas de contenção hemorrágica, intervenções avançadas de via aérea e descompressão torácica, quando indicada. A distância temporal até ao tratamento definitivo reforça a importância de uma atuação competente, ágil e baseada em decisão clínica, sustentada por treino e protocolo. Tanninen et al. (2025) complementam este foco ao descreverem competências nucleares em profissionais peritos no pré-hospitalar destacando a avaliação sistemática ABCDE, a interpretação de parâmetros fisiológicos para orientar decisões, assim como, a administração autónoma de terapêutica protocolada e a respetiva reavaliação. Em conjunto, os estudos convergem na necessidade de reconhecimento rápido, intervenção eficaz e formação contínua, apontando que a efetividade no pré-hospitalar resulta da articulação entre a competência profissional e técnica do enfermeiro e um ecossistema educativo que integra profissionais e cidadãos (Jones et al., 2023; Tanninen et al., 2025).

No eixo da Urgência, destaca-se a capacidade do enfermeiro para estruturar o percurso desde a triagem até à estabilização, integrando a abordagem ABCDE, gestão de prioridades e coordenação de recursos. A revisão de Carpenter et al. (2024), descreve o enfermeiro como interveniente central na triagem, na avaliação dirigida a situações de risco iminente (obstrução da via aérea, pneumotórax hipertensivo, tamponamento cardíaco), bem como, na administração de analgesia, fluidoterapia, tratamento de feridas e articulação com os diferentes serviços/especialidades. Inclui ainda dimensões organizacionais e legais, como a preservação de evidência em contexto de crime (cadeia de custódia) e recomenda estratégias institucionais, reforçando a vertente de liderança operacional (Carpenter et al., 2024)

Curtis et al. (2021), no seu estudo dirigido a vítimas de trauma torácico contuso, enfatizam a

criação de um programa, ativado na urgência, em que o enfermeiro tem o papel determinante na identificação de elegibilidade, na implementação de analgesia estruturada, no suporte respiratório e na prevenção de complicações, articulando as equipas num modelo coordenado. Assim, ambos os artigos salientam a avaliação sistematizada, a intervenção rápida e a necessidade de gestão de fluxos, evidenciando que a competência do enfermeiro de urgência combina protocolos dirigidos à vítima de trauma com capacidade de comando e coordenação em cenários de elevada complexidade (Curtis et al., 2021; Carpenter et al., 2024).

Na UCI, a prática de enfermagem na PSC vítima de trauma traduz-se numa atuação altamente especializada, sustentada por monitorização avançada, prevenção de complicações e coordenação contínua. Fitzpatrick (2017), no seu estudo sobre a abordagem ao abdómen aberto, destaca intervenções como a vigilância hemodinâmica, o controlo da pressão intra-abdominal, a gestão criteriosa de fluidos e de hemoderivados, o controlo de dor e de sedação e a monitorização do estado nutricional com início da nutrição entérica precocemente (Fitzpatrick, 2017).

Israel et al. (2022) reforçam a dimensão organizacional, evidenciando a importância de comunicação padronizada, de reuniões interdisciplinares e vigilância de complicações, com integração de dados laboratoriais e imagiológicos no plano de cuidados (Israel et al., 2022).

Ahmed et al. (2022), ampliam a perspetiva para a capacitação familiar, com educação e supervisão na estimulação sensorial precoce e na organização do ambiente terapêutico, ancorando intervenções de humanização e segurança (Ahmed et al., 2022). Por último, Gaasch (2021) sintetiza prioridades após cirurgia de controlo de danos, sublinhando intervenções de enfermagem na prevenção da hipotermia, reconhecimento de sinais de coagulopatia e acidose, operacionalização dos princípios de ressuscitação, nutrição nas primeiras 24-48h após internamento, analgesia multimodal, prevenção/gestão do delírio, mobilização precoce e prevenção de infeções e TVP (Gaasch, 2021).

Globalmente, os estudos convergem na relevância de vigilância, nutrição precoce, prevenção sistemática de complicações e aplicação rigorosa de protocolos, embora incidam em populações e tipos de trauma distintos. Essa diversidade pressupõe um perfil de competências abrangentes, técnico-científicas, comunicacionais, educativas e organizacionais, exigido às equipas de enfermagem que prestam cuidados à PSC vítima de trauma.

Ao longo do *continuum* Pré-Hospitalar, Urgência e UCI, os Enfermeiros Especialistas afirmam-se pela avaliação estruturada, execução técnica segura e rápida, gestão do risco, educação (comunidade e família), comunicação e coordenação interprofissional, traduzindo-se numa intervenção determinante para a segurança, prevenção de eventos adversos e maximização do potencial de recuperação da PSC vítima de trauma.

1.3. MODELO CONCEPTUAL DA VULNERABILIDADE HUMANA DE ROGERS

Desde a segunda metade do século XX, as teorias de Enfermagem, revelam particular expressão no crescimento da disciplina, com repercussões no ensino, na investigação e na prática profissional. Este trajeto permitiu fortalecer a Enfermagem no seu domínio académico, científico e profissional, conferindo-lhe maior consistência enquanto disciplina e maior reconhecimento enquanto ciência (Lacerda et al., 2024). Assim, as teorias ajudam na organização do pensamento, orientam a prática de forma fundamentada, contribuem para a construção da identidade profissional, favorecendo o entendimento da sua natureza, do seu campo de intervenção e das suas especificidades científicas (Santos et al., 2022).

A realização deste relatório bem como a prática desenvolvida ao longo dos contextos clínicos, exigiu um referencial teórico que permitisse, tal como antes referido, uma orientação fundamentada da práxis.

Assim, baseamo-nos no Modelo Conceptual da Vulnerabilidade Humana de Rogers, que nos permitiu analisar a pessoa para além da instabilidade imediata, integrando os constrangimentos, os fatores facilitadores e a forma como ambos intervêm na capacidade de resposta perante uma situação de ameaça e dependência.

Ao longo do tempo e na diversa literatura podemos encontrar várias definições para a palavra “vulnerabilidade”. Com origem no Latim, este termo refere-se à possibilidade de alguém se encontrar ferido ou prejudicado. Surge na literatura dos filósofos como um conceito inerente à condição humana, na medida em que todo o ser humano é vulnerável em diversas vertentes como por exemplo: fisicamente, pois está sujeito a doenças, dor e incapacidade; psicologicamente, devido a fragilidades da sua mente; socialmente, uma vez que, como ser social, é suscetível a injustiças. Assim, aquele que se encontra mais vulnerável necessita de mais apoio e suporte para superar as circunstâncias da sua fraqueza (Moraes, 2010).

A OMS define a vulnerabilidade como *“as condições determinadas por fatores ou processos físicos, sociais, económicos e ambientais que aumentam a suscetibilidade de um indivíduo (...)”* (OMS, 2025).

Rogers (1997) define a vulnerabilidade como um estado de predisposição a enfrentar problemas de saúde, danos ou negligência, entende a pessoa vulnerável como aquela que, é de alguma forma, indefesa e necessita de proteção e identifica três grandes eixos de vulnerabilidade – social, psicológica e física – que, embora distintos, relacionam-se entre si e influenciam a forma como cada pessoa experiencia situações de maior fragilidade. A componente social, de natureza demográfica,

económica ou cultural, reporta-se a características e indicadores de base da pessoa que influenciam a sua probabilidade de adoecer. A vulnerabilidade psicológica relaciona-se com o risco real ou potencial de comprometimento da identidade e do sentido de si, com repercussões emocionais, como a ansiedade ou *stress*, decorrentes da doença. A vulnerabilidade física diz respeito ao estado fisiológico que torna o indivíduo mais suscetível a morbilidade ou mortalidade, podendo, em determinados contextos, interligar-se e sobrepor-se às dimensões social e psicológica (Scalon & Lee, 2007).

Acrescenta que a vulnerabilidade é de natureza situacional, podendo ser influenciada por diversos fatores que afetam e tornam as pessoas mais predispostas a essa condição, como a idade, o género, o nível de educação, os rendimentos, os contextos sociais, bem como a etnia e a raça, entre outros (Rogers, 1997).

Desta forma, a vulnerabilidade é entendida como a maior predisposição para determinadas condições ou acontecimentos potencialmente prejudiciais, em momentos específicos, resultando da interação entre o contexto/ambiente e as características individuais (Malone, 2000).

Existem componentes pessoais e ambientais que vão influenciar diretamente alguns estados de vulnerabilidade, sendo intrínsecos à pessoa (predisposição genética), enquanto outros surgem devido a condições que ocorrem no ambiente (adquiridas). Cada pessoa tem fatores pessoais que interagem com o ambiente para influenciar a saúde e afetam a capacidade de esta responder aos problemas. Rogers (1997), defende que a vulnerabilidade é vista como uma “linha” dinâmica, sendo que a posição da pessoa nessa “linha” muda ao longo do tempo e com o desenvolvimento. Considera que as pessoas são mais vulneráveis durante transições ou grandes mudanças de vida (Rogers, 1997).

Este modelo é composto por um triângulo, cuja base é a “linha” da vulnerabilidade e os restantes lados do triângulo, os fatores pessoais e ambientais. Para calcular o grau de vulnerabilidade de uma pessoa, localiza-se o nível de suportes ambientais da pessoa em um lado do triângulo e desenha-se uma linha reta deste ponto até ao ápice oposto. Para os fatores pessoais, realiza-se da mesma forma. No ponto onde as duas linhas se cruzam, determina-se o grau de vulnerabilidade. (Rogers, 1997).

O Modelo Conceptual reconhece a vulnerabilidade como uma qualidade da vida através da compreensão das experiências e respostas das pessoas durante os períodos de transição. Neste sentido, a vulnerabilidade está relacionada com experiências de transição, interações e condições ambientais que expõem os indivíduos a danos potenciais, a uma recuperação problemática ou prolongada. Face a um evento traumático, como os experienciados pela PSC vítima de trauma, a rutura súbita do percurso de vida e a alteração do equilíbrio, exige a criação de processos de adaptação complexos para combater e completar o processo de recuperação. Assim, tal como Rogers definiu na sua teoria, importa conhecer quais são os recursos pessoais e os apoios ambientais que interferem no processo de transição de forma a tornar a pessoa menos vulnerável e, assim, alcançar uma transição

saudável (Rogers, 1997).

Um acontecimento inesperado, como o trauma, faz com que a pessoa se sinta vulnerável e desamparada e na ausência de fatores de proteção pode resultar em consequências duradouras e incapacitantes. Por outro lado, a presença de fortes fatores de proteção pode mudar os resultados consideravelmente, tornando qualquer impacto temporário e permitindo que a pessoa recupere o seu bem-estar (Newlan et al., 2022). Quando o trauma culmina numa situação de ameaça de vida, com instabilidade fisiológica e torna a pessoa dependente com limitações na capacidade de controlo sobre a sua experiência vivida, a expressão da vulnerabilidade na PSC torna-se ainda mais evidente.

Na PSC vítima de trauma, a vulnerabilidade é intensificada pelo elevado nível de dependência física e emocional e por fatores que dificultam o autocontrolo e a perspetiva da experiência. Destaca-se a limitação da comunicação, a perceção de cuidados pouco personalizados, o desconhecimento, sentimentos de solidão, alterações do sono, dor e desconforto, experiências físicas ameaçadoras, como o medo da morte (Costa et al., 2024).

Cuidados de enfermagem que evidenciem uma abordagem holística, humanizada, biopsicossocial, muito para além da dimensão puramente biomédica são determinantes em todo o processo de recuperação da PSC vítima de trauma, bem como na definição dos seus padrões de vulnerabilidade (Martiniano et al., 2020).

A vulnerabilidade constitui um fenómeno exigente para a prática de enfermagem pela repercussão na saúde das pessoas. Impõe a necessidade de reconhecer precocemente as necessidades, os cuidados e as medidas a implementar de forma a garantir a sua proteção, com especial relevância na compreensão da vivência da PSC (Costa et al., 2024). A exposição a múltiplos fatores de vulnerabilidade, se não reconhecidos e minimizados pelas equipas de enfermagem, poderá comprometer os resultados em saúde e agravar o estado da PSC. Isto, reforça a importância do aprofundamento do conhecimento dos EE sobre os fatores predisponentes e sobre as intervenções mais adequadas à sua mitigação (Scanlon & Lee, 2007).

As intervenções de enfermagem podem ser delineadas ao nível individual ou social, com o propósito de reforçar os recursos pessoais e ambientais, favorecendo uma resposta à vulnerabilidade orientada para a resiliência. O fortalecimento de fatores individuais, como a autoeficácia e as estratégias de *coping*, potencia uma resposta mais adequada perante situações de vulnerabilidade. Intervenções como a educação para a saúde, o encaminhamento e facilitação do acesso a recursos traduzem-se em estratégias promissoras na resposta à vulnerabilidade da PSC, evidenciando o potencial transformador da intervenção de enfermagem neste domínio (Havrilla, 2017).

Na PSC vítima de trauma, estas estratégias ganham particular relevância, exigindo que as intervenções de enfermagem se concretizem através de medidas estruturantes do cuidado capazes de dar resposta à complexidade e instabilidade que a caracterizam. Entre estas dimensões podemos

destacar a vigilância e a relação terapêutica como pilares fundamentais de uma prática orientada na redução da vulnerabilidade (Costa et al., 2024).

A capacidade de vigilância, inerente à prática de enfermagem, refletida num conhecimento especializado e orientado para a deteção e prevenção de complicações, contribui de forma direta para a segurança dos cuidados e, consequentemente, diminuição da vulnerabilidade da PSC (Costa et al., 2024). Particularmente, na PSC vítima de trauma, em que a evolução pode ser rápida, imprevisível e com uma deterioração súbita, a vigilância assume-se como uma condição essencial para identificar precocemente focos de instabilidade, antecipar riscos e intervir adequadamente e em tempo útil.

Por sua vez, a relação terapêutica, definida pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001) como sendo uma *“(...) parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel.”* (OE, 2001, pp. 10), é construída através de uma comunicação clara e consistente, associada à prestação de cuidados de elevada qualidade, favorecendo a construção da confiança entre os profissionais e a PSC vítima de trauma (Costa et al., 2024). Esta relação consolida-se de forma progressiva, num processo dinâmico que visa capacitar a pessoa para assumir um papel ativo na recuperação do seu bem-estar (OE, 2001).

As competências do enfermeiro especialista, extrapolam os limites da técnica e do conhecimento científico, abrangendo habilidades relacionais, empatia e comunicação eficaz. Tais atributos conferem-lhe um papel essencial na construção de um cuidado humanizado, especialmente em situações de alta complexidade e vulnerabilidade como é o caso da PSC vítima de trauma (Bonfim et al., 2023).

Ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, exige-se a capacidade de identificar e distinguir os domínios em que a pessoa demonstra maior capacidade daqueles em que se encontra mais fragilizada e vulnerável.

Intervenções orientadas para fortalecer suportes, pessoais e ambientais, contribuem para reduzir complicações e desfechos adversos. Conhecer as causas da vulnerabilidade, favorece cuidados mais holísticos, integrais e centrados na pessoa (Rogers, 1997). Mais do que descrever uma condição de maior fragilidade, este modelo conceptual, permite compreender de que forma a vulnerabilidade pode ser intensificada ou atenuada, oferecendo um enquadramento para identificar necessidades, orientar intervenções e sustentar uma prática especializada centrada na PSC vítima de trauma.

2. CONTEXTO CLÍNICO

O contexto clínico ilustra a relevância de promover experiências pedagógicas que potenciem o desenvolvimento de competências no Enfermeiro, com impacto na qualidade e eficiência das respostas às necessidades humanas (Ribeiro, 2025).

O ensino clínico afirma-se como um eixo central da formação em enfermagem, na medida em que, em contextos reais de cuidados, promove a transposição e a operacionalização dos conhecimentos teóricos na prática. Este processo beneficia o contacto com profissionais experientes, cujas intervenções funcionam como referência para a construção do pensamento clínico e da identidade profissional (de Aviz et al., 2022). No caminho para a especialização, esta trajetória ganha especial significado, por favorecer o desenvolvimento de competências de tomada de decisão, liderança e supervisão, centrais no perfil do Enfermeiro Especialista.

Este capítulo tem como finalidade apresentar e compreender os contextos de estágio, durante o percurso formativo, que nos permitiu adquirir e consolidar conhecimentos, no sentido de adquirir as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, assim como o Grau de Mestre em Enfermagem.

Neste capítulo, apresentamos a descrição pormenorizada dos contextos clínicos em que decorreram os três estágios, nomeadamente um Serviço de Urgência Polivalente (SUP) de um hospital da área Metropolitana de Lisboa, uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e em contexto pré-hospitalar, integrado na Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). A carga horária total foi de 540 horas, 180 horas em cada local, realizadas no período compreendido entre 15 de setembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026.

2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE

O Ministério da Saúde (2002), determina os serviços de urgência como *“(...) serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas.”* (Ministério da Saúde, 2002, pp.1865).

Com o Despacho n.º 10319/2014, ficou estabelecido os níveis de responsabilidade dos serviços de urgência, sendo o Serviço de Urgência Polivalente o *“nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área.”* (Ministério da Saúde, 2014a, pp. 20674).

A Instituição da área Metropolitana de Lisboa, onde se inclui este Serviço de Urgência Polivalente (SUP), tem como missão, de acordo com o *site* institucional (website oficial, acedido a 24/02/2026), promover a saúde e o bem-estar da população, assegurando cuidados planeados que integram prevenção, tratamento e reabilitação, articulados com parceiros e, sustentados por ensino, investigação e inovação. A sua visão tem como principal referência a qualidade e a segurança dos cuidados, com acesso atempado e adequado ao longo do ciclo de vida, suportado por equipas qualificadas e comunicação transparente. Orienta-se por valores como confiança, integridade, respeito, equidade, colaboração, responsabilidade social, inovação e sustentabilidade.

A equipa de enfermagem é composta por cento e trinta e cinco enfermeiros, distribuídos por cinco equipas, dos quais três estão encarregues da gestão do serviço, para além do Enfermeiro Gestor. Do número total de elementos, dezanove são EEEMCPSC. O rácio ideal de enfermeiros por turno é de vinte cinco, distribuídos pelos postos consoante a afluência de doentes e/ou disponibilidade de recursos humanos

O SUP organiza-se em duas áreas principais, ambulatório e internamento, e forma a garantir fluidez no atendimento e otimização de recursos.

Na área de ambulatório, existem três gabinetes dedicados à triagem inicial, sendo os doentes, posteriormente, encaminhados consoante a prioridade de acordo com a triagem de Manchester. Na área de prioridade pouco urgente (Verde), existem cinco gabinetes médicos, incluindo um reservado ao “Circuito do Idoso com Fragilidade” e um gabinete de enfermagem. A área de prioridade urgente (Amarelo), divide-se em duas zonas: uma com seis gabinetes de medicina interna e outra com duas salas destinadas a Pequena Cirurgia para diferentes especialidades cirúrgicas, às quais se somam dois gabinetes de enfermagem para dar resposta aos restantes doentes com pulseira amarela. Junto deste espaço, encontra-se a Sala de Inaloterapia (ST3), área específica para doentes do foro respiratório com capacidade para 8 camas com monitorização. Por fim, a área de prioridade muito urgente (Laranja) é composta por três gabinetes médicos e um gabinete de enfermagem. As Salas de Emergência estão organizadas em duas unidades: uma com capacidade para dois doentes e outra destinada a um único doente.

Na área de internamento, o Serviço de Observação (SO) conta com 16 camas equipadas para monitorização invasiva, permitindo internamento de curto prazo.

A definição e delimitação destas áreas permite a distribuição adequada de espaços e recursos, facilitando a resposta a diferentes perfis de doentes conforme a gravidade e a necessidade de intervenções específicas.

Para este contexto clínico, foram definidos vários objetivos, nos quais destacamos: Identificar precocemente alterações agudas e sinais de deterioração clínica, promovendo intervenções imediatas e eficazes; aplicar raciocínio clínico avançado na priorização e implementação de intervenções de

enfermagem especializadas; garantir a eficiência dos cuidados de enfermagem prestados à vítima de trauma; identificar precocemente sinais de crime e assegurar a eventual preservação de provas (cadeia de custódia); promover medidas de prevenção e controlo de infeção, com base nas diretivas nacionais e institucionais; refletir sobre a tomada de decisão clínica e ética, respeitando os princípios legais e deontológicos da profissão em contexto de urgência; priorizar e organizar os cuidados de enfermagem em função da complexidade e instabilidade da PSC.

2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

As Unidade de Cuidados Intensivos são ambientes altamente diferenciado, onde se reúnem recursos humanos e tecnológicos especializados para a vigilância contínua e intervenção terapêutica em pessoas com falência orgânica iminente, com potencial de reversibilidade. Nesta área, privilegia-se a prevenção, o reconhecimento diagnóstico e o tratamento de quadros agudos graves associados a compromisso de uma ou mais funções vitais (Ministério da Saúde, 2013), pois vários estudos apontam que é aqui onde ocorre o terceiro pico de mortalidade da pessoa em situação crítica vítima de trauma.

Realizámos o segundo estágio numa UCIP, inserida numa Unidade Local de Saúde de um hospital central da Região de Lisboa e Vale do Tejo, cujo propósito é, de acordo com o site institucional (website oficial, acedido a 26/02/2026), assegurar cuidados articulados, desde os cuidados de saúde primários aos hospitalares, continuados e paliativos. Pretende afirmar-se como referência, consolidando áreas de excelência com cuidados de elevada qualidade, acessíveis e sustentáveis, num contexto organizacional estruturado e orientado para a satisfação da população. A sua atuação é regulada pelo interesse público, humanização e profissionalismo, ética e responsabilidade social, equidade e imparcialidade.

Esta Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, dispõe de 10 camas de nível III, distribuídas em *open space* com 4 unidades e 6 quartos de isolamento com pressão negativa e antecâmara, garantindo condições diferenciadas de controlo ambiental e prevenção de infeção. O serviço encontra-se dotado de equipamento indispensável à vigilância e suporte avançado, nomeadamente monitores, ventiladores e material para administração de terapêutica (bombas e seringas infusoras), permitindo uma resposta adequada às necessidades de elevada complexidade.

A equipa de enfermagem é composta por 35 enfermeiros (11 enfermeiros especialistas em EMCPS e 3 enfermeiros especialista em Enfermagem de Reabilitação), distribuídos em 5 equipas, sob a coordenação de um Enfermeiro Gestor. O número de enfermeiros por turno, é de seis na Manhã e Tarde e cinco na Noite.

A unidade polivalente, como o próprio nome indica, presta cuidados a pessoas com diversas patologias clínicas, quer do foro cirúrgico, quer do foro médico. Inclusive, no período de estágio, pudemos contactar com pessoas em situação crítica, vítimas de trauma, nomeadamente politraumatizados e com traumatismo cranioencefálico.

Este serviço assegura, em conjunto a outra UCI do hospital e com o Serviço de Urgência, as Equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI), que de acordo com o Despacho n.º 9639/2018 *“são constituídas por um médico e um enfermeiro com competências avançadas na abordagem do doente crítico e em técnicas de reanimação.”* (Ministério da Saúde, 2018, pp. 27533).

Relativamente ao envolvimento familiar, as visitas decorrem entre 14 horas e as 19 horas, sendo permitido a presença de dois familiares por doente, promovendo a aproximação da família ao processo de cuidados.

No âmbito deste contexto clínico, foram formulados objetivos, dos quais se salientam: promover a humanização dos cuidados de enfermagem especializados; assegurar a comunicação terapêutica eficaz com a pessoa em situação crítica e família/cuidador; aprofundar a capacidade de identificar precocemente fatores de risco associados à infeção na PSC; Promover cuidados diferenciados na prevenção de complicações associadas ao risco de infeção; refletir criticamente sobre a autonomia na decisão e na aplicação consistente do conhecimento científico, nos cuidados à PSC.

2.3. AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA/ VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

Segundo o Decreto-Lei n.º 34/2012, o Instituto Nacional de Emergência Médica, *“tem por missão definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as actividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde.”* (Ministério da Saúde, 2012, pp. 749).

O Despacho nº 5561/2014, define a VMER e a SIV como unidades de referência no atendimento pré-hospitalar, integrando-as no SIEM. A VMER, composta por médico e enfermeiro, e a SIV, por enfermeiro e técnico de ambulância de emergência, têm como missão a estabilização e transporte de pessoas em situação crítica, garantindo intervenções rápidas e qualificadas no local do incidente. O despacho estabelece ainda que estas unidades devem estar integradas nos serviços de urgência hospitalar, assegurando uma resposta articulada e eficaz às emergências médicas, incluindo

as vítimas de trauma (Ministérios da Saúde, 2014b).

Os meios de emergência médica do INEM funcionam sob coordenação dos Centros de Orientação de Doente Urgentes (CODU), responsáveis por triar as chamadas do número europeu de emergência (112) e ativar o recurso mais apropriado, garantindo uma resposta adequada e ajustada à gravidade da situação. Asseguram a gestão operacional dos meios no terreno, prestam suporte durante a ocorrência, em simultâneo, articulam e antecipam a receção hospitalar da pessoa assistida (INEM, 2022).

No âmbito da organização e qualificação da resposta em emergência pré-hospitalar, importa ressaltar que *“os diversos meios em contexto de emergência extra-hospitalar devem integrar 1 (um) enfermeiro com competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar, (...) nomeadamente, na Viatura Médica de Emergência e Reanimação, na Ambulância de Suporte Imediato de Vida e no Serviço de Helitransporte de Emergência Médica.”* (OE, 2019a, pp. 149). As atuações nestes cenários pressupõem capacidades técnico-científicas diferenciadas, capazes de garantir uma resposta eficaz perante a gravidade e a instabilidade inerente às ocorrências e às necessidades da pessoa em situação crítica. Neste enquadramento é evidente o valor de uma intervenção especializada, articulada e orientada por princípios de segurança, com base na dimensão humana do cuidar.

Este percurso incluiu dois locais de estágio, totalizando 180 horas de contacto, das quais 100 horas foram realizadas em contexto de SIV e 80 horas em VMER, onde tivemos a oportunidade de observar e compreender a dinâmica e funcionamento do CODU, bem como a coordenação estabelecida com os meios no terreno.

No contexto de SIV cujo objetivo *“é a estabilização pré-hospitalar e o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência”* (INEM, 2022, pp. 18), a equipa de enfermagem é constituída por trinta e um elementos, incluindo o Enfermeiro Gestor. Nesta equipa, nove enfermeiros são EEMCPSC, o que potencia uma prática mais diferenciada e alinhada com a complexidade do contexto pré-hospitalar. A atividade do serviço encontra-se estruturada em turnos de 12 horas, das 08h00 às 20h00 e das 20h00 às 08h00, permitindo uma resposta contínua e operacionalidade em permanência. Com exceção da SIV Lisboa, as restantes funcionam em modelo integrado, com a participação de profissionais provenientes do Serviço de Urgência. A equipa apresenta envolvimento ativo em áreas estruturantes de qualidade e desenvolvimento, nomeadamente a colaboração com o centro de formação e participa em processos assistenciais dirigidos ao trauma, sépsis, AVC e no Projeto Nacional DAE. Acresce, ainda, a existência de dois enfermeiros que desempenham funções como oficiais de ligação distritais à Proteção Civil.

As funções do Enfermeiro da SIV são orientadas por protocolos, como por exemplo a avaliação inicial da vítima e, em contexto de trauma, existem diferentes protocolos para os diferentes tipos de

trauma, como por exemplo, para o traumatismo cranioencefálico, para a hemorragia em trauma, entre outros. As intervenções do enfermeiro podem ser autónomas, como o controlo de hemorragia com um torniquete, administração de oxigénio, estabilização pélvica e administração de terapêutica analgésica (paracetamol). Também existem intervenções interdependentes, ou seja, requerem a validação do médico regulador do CODU, nomeadamente, o encaminhamento da PSC para o centro hospitalar mais adequado à situação, administração de terapêutica vasopressora e terapêutica analgésica opióide (morfina, fentanilo e cetamina).

A VMER cujo objetivo é *“a prestação de cuidados de saúde para a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita, em situações de emergência, (...) com uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente/sinistrado”* (INEM, 2022, pp.18), é composta pelos referidos tripulantes (médico e enfermeiro) e por uma viatura ligeira, equipada com o conjunto de recursos indispensáveis à avaliação vigilância e suporte da PSC, tanto para idade adulta, como idade pediátrica. A equipa de enfermagem é composta por vinte enfermeiros, dos quais oito são especialistas em EMCPSC. Neste contexto, foi-nos possível acompanhar a intervenção de um enfermeiro da equipa de uma VMER, integrada num SUP de uma Unidade de Saúde Local de um Hospital Central da Região Metropolitana de Lisboa.

As intervenções do Enfermeiro da VMER desenvolvem-se numa articulação com o médico, num modelo de proximidade, em que ambos partilham a avaliação da PSC e constroem em conjunto a resposta terapêutica mais adequada à circunstância. Neste meio predomina uma dinâmica de complementaridade e ajuda mútua entre ambos os profissionais.

Foram definidos os seguintes objetivos, para este contexto clínico: assegurar intervenções de enfermagem especializada na área pré-hospitalar, alinhada com o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), a legislação vigente e os princípios éticos, preservando os direitos humanos e a dignidade da PSC/família; assegurar uma gestão integrada dos cuidados especializados, na transição de cuidados entre o local da ocorrência, transporte e admissão no serviço de urgência; promover cuidados de enfermagem especializados fundamentados na melhor evidência científica orientados para a estabilização da PSC e para a redução do risco de gravidade quer no local quer no transporte; desenvolver competências com a equipa multidisciplinar em cenários de elevada complexidade, de modo a garantir coordenação efetiva das intervenções e maximizar a eficácia na gestão de situações emergentes.

3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo dedica-se à análise crítica do percurso formativo realizado, centrando-se no modo como os diferentes contextos da prática contribuíram para a construção e evidência das Competências Comuns e Específicas do EEEMCPSC, estabelecidas pela ordem dos enfermeiros e das competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem, definidos pelos Descritores de Dublin.

Benner (2001) defende que a competência é consolidada sobretudo na prática, quando o enfermeiro aprende a priorizar elementos-chaves de cada situação e é capaz de selecionar o que é mais relevante para atuar com precisão. Não é a aprendizagem inicial, por si só, que sustenta esta progressão, mas sim a repetição de vivências exigentes e a reflexão sistematizada.

Nesta perspetiva, a autora criou o Modelo Dreyfus de Aquisição de Competências Aplicado à Enfermagem, no qual descreve um percurso de desenvolvimento organizado em cinco níveis – iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Importa salientar que a produção do conhecimento, através da investigação e da organização do “saber-fazer”, aprofunda a experiência e sustenta a evolução contínua da disciplina, permitindo que o profissional não só alcance o estado de mestria, mas também influencia a melhoria da prática em enfermagem (Benner, 2001).

de Oliveira et al. (2015), descrevem a competência do enfermeiro *“como os níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores. É entendida como um elemento-chave na qualidade e na segurança.”* (de Oliveira et al., 2015, pp. 144). O conceito de competência nasce da necessidade de ultrapassar uma visão limitada ao “ter conhecimentos” ou “ter destreza técnica”. É uma construção dinâmica, visível no desempenho, que emerge da conjugação entre o que se sabe, o que se consegue fazer e a forma como se atua (Castillo-López et al., 2023).

Os Descritores de Dublin agrupam os resultados de aprendizagem em cinco áreas: conhecimento e compreensão, aplicação prática, juízo crítico, capacidade de comunicação e aprendizagem autónoma, dos quais se entende que o estudante seja capaz de realizar ao concluir o ciclo de estudos (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006)

O presente relatório enquadra-se no percurso para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista e, em simultâneo, a atribuição do grau de Mestre em Enfermagem. As competências associadas a este grau encontram-se prevista no Decreto-Lei nº65/2018, de 16 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em alinhamento com os princípios orientadores do Processo de Bolonha. Neste sentido, são enunciadas as competências inerente ao grau de Mestre em Enfermagem:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

2 — O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização.”

(Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018, pp. 4162)

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM

As Competências Comuns, segundo a OE (2019) incluem um conjunto de saberes, partilhados por todos os especialistas, independentemente da sua área de diferenciação, que se traduz numa capacidade elevada de coordenar, planear e supervisionar os cuidados, sustentando de forma consistente a prática especializada e o desempenho em áreas como formação, investigação e gestão. Neste contexto, o Regulamento nº 140/2019 da OE, inclui estas competências em quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade, Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019b)

Apresenta-se, de seguida, a descrição do percurso de aquisição destas competências, recorrendo a uma abordagem descritiva centrada na análise crítica da experiência desenvolvida ao longo do percurso académico e nos diferentes contextos de prática. Cada domínio será analisado de forma individual, em articulação com as competências de Mestre anteriormente referidas, integrando a evidência recolhida com a reflexão sobre a aprendizagem e a evolução profissional.

“A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A1 - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

(OE, 2019b, pp.4746)

No âmbito deste domínio importa salientar a competência “1c”, referente ao título de Grau de Mestre, segundo os Descritores de Dublin, do Decreto-Lei nº65/2018, de 16 de agosto, que nos indica *“c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;”* (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018, pp. 4162).

A atuação do EE encontra-se ancorada em referenciais normativos que enquadram e orientam o exercício profissional. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), pela Lei nº 156/2015, de 16 de setembro, define o âmbito de intervenção de enfermagem, clarifica responsabilidades, deveres e limites da prática e, ainda, aborda os princípios que sustentam uma prestação de cuidados segura, competente e juridicamente enquadrada (OE, 2015). Complementarmente, o Código Deontológico do Enfermeiro, inserido no Estatuto da OE estabelece os valores e deveres éticos que devem nortear a ação profissional, reforçando a centralidade da pessoa, o respeito pela dignidade humana, promoção da autonomia e a proteção da privacidade e confidencialidade (Assembleia da República, 2015)

Estes instrumentos reguladores constituem-se como pilares estruturantes da prática especializada, orientam a tomada de decisão em contextos de elevada complexidade e vulnerabilidade e, asseguram que as intervenções são realizadas em conformidade com as normas legais, os princípios éticos e as responsabilidades profissionais.

A privacidade é um direito que se espera garantido na prática de enfermagem, por abonar segurança, dignidade e respeito. Previne constrangimento, estigmas e discriminações e, quando violada, pode comprometer a autonomia e a participação da pessoa nas decisões. Importa considerar a consciência cultural, uma vez que as perceções de privacidade variam entre diferentes culturas, exigindo uma intervenção sensível e ajustada (Zhang et al., 2025).

As intervenções seguidamente apresentadas foram baseadas no Artigo nº106, “Do dever de sigilo” do CDE (OE, 2015). Assim sendo, a privacidade foi um dos aspetos mais desafiante, sobretudo por se expressar de forma distinta consoante o contexto.

No SU a elevada afluência e a circulação contínua de pessoas, obrigaram a estratégias, como

o uso de cortinas e a mobilização dos doentes para gabinetes quando estava em causa intervenções mais invasivas, de forma a diminuir a exposição inadvertida. Em contexto pré-hospitalar, as características do cenário (frequentemente público e imprevisível) exigiu medidas mais pragmáticas, orientadas para reduzir a exposição da pessoa e preservar a sua dignidade. Sempre que possível e, após uma primeira avaliação, transportávamos a pessoa para dentro da ambulância.

No contexto da UCI, a gravidade da condição clínica e a complexidade dos cuidados necessários fazem com que a pessoa em situação crítica, frequentemente em situação de grande vulnerabilidade, tenha de confiar de forma parcial ou total, a gestão dos cuidados aos profissionais de saúde.

No decorrer dos estágios, a salvaguarda da privacidade revelou-se uma preocupação constante, uma vez que os espaços para a prática de cuidados encontravam-se numa disposição física demasiado exposta. Neste sentido, procurámos minimizar essa exposição durante a prestação de cuidados, com o uso de cortinas/biombos, adequámos a comunicação à situação e à pessoa e respeitámos a sua intimidade física e emocional. A proteção da privacidade representa uma dimensão essencial da qualidade e da humanização dos cuidados de enfermagem.

Relativamente à confidencialidade e ao dever do sigilo, no SU e em ambiente pré-hospitalar, a proximidade de terceiros e a necessidade de comunicação rápida, exigiram especial rigor na gestão da informação, nomeadamente na forma de comunicar, evitando a partilha de dados clínicos em ambientes expostos. Em todos os contextos de estágio, a partilha de informação clínica foi prestada exclusivamente ao familiar de referência, evitando o risco de desinformação cruzada, por exemplo, na UCIP existia um documento de acesso rápido que permitia confirmar quem era o familiar de referência de cada doente com o intuito de assegurar sua a correta identificação. Paralelamente, a utilização segura dos sistemas informáticos foi garantida, com o encerramento rigoroso das sessões após cada registo, complementando os critérios de proteção da informação clínica da pessoa.

A prática evidenciou a necessidade de uma atuação fundamentada nos princípios éticos e legais que legitimam as intervenções de enfermagem, assegurando o respeito pela autonomia, pela dignidade e pelo direito de a pessoa decidir de forma livre e esclarecida (Silva et al., 2021). Neste âmbito, a elaboração de um Jornal de Aprendizagem, centrado na recusa de transporte constituiu um exemplo de aprofundamento destas dimensões, permitindo refletir sobre a capacidade de decisão, os dilemas éticos emergentes na prática e o enquadramento legal que os regula.

A redação do presente relatório foi conduzida sem referência a pessoas, profissionais ou instituições, em respeito pelo dever de sigilo e pela proteção da informação clínica. Considerando as situações vivenciadas, entende-se que foram desenvolvidas e consolidadas competências relevantes neste domínio, evidenciando práticas consistente de proteção de privacidade, gestão ética e tomada de decisão fundamentada.

“B. Domínio da Melhoria da Qualidade

B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação

B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”

(OE, 2019b, p.4746)

Para além das competências anteriormente referidas, integrou-se também a alínea a) dos Descritores de Dublin, com o objetivo de tornar a aquisição de competências associadas ao grau de mestre, nomeadamente *“Possuir conhecimento e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos a nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.”* (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018, pp. 4162).

A qualidade dos cuidados assume-se como um pilar central na prestação de cuidados de saúde, implicando a reflexão contínua sobre a prática e a definição de estratégias orientadas para a excelência. Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, estabelecido pela OE (2001), a melhoria contínua é associada à capacidade de reconhecer e valorizar a diversidade cultural e decidir com base na prática guiada pela evidência. Estes padrões articulam-se em quatro pressupostos da enfermagem – pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem – permitindo enquadrar a intervenção em dimensões essenciais como a satisfação, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados, garantindo coerência e alinhamento com boas práticas (OE, 2001). O documento supracitado, ao orientar o Enfermeiro na tomada de decisões, contribui para Intervenções de alta qualidade, centradas na prevenção e na promoção do autocuidado, permitem diminuir a vulnerabilidade na PSC, reforçam recursos e aumentam a capacidade de adaptação da pessoa perante alterações no ambiente

Na perspetiva de Rogers, a vulnerabilidade é situacional e intensifica-se em determinados períodos de transição, tornando evidente que a qualidade das intervenções de enfermagem pode atuar como fator modulador desse estado (Rogers, 1997).

Em resposta a esta competência, foram implementados, nos diferentes contextos de estágio, iniciativas orientadas para a melhoria contínua, mantendo uma postura ativa, crítica e orientada para os resultados. A leitura e o conhecimento dos protocolos de atuação de cada serviço contribuíram para uma atuação mais fundamentada e estruturada, permitindo uma melhor integração nas dinâmicas institucionais, aperfeiçoar e adotar práticas promotoras de maior segurança e rigor na prestação de cuidados.

A qualidade em saúde exige uma prestação de cuidados eficaz e segura, em tempo adequado, centrados na pessoa, com equidade no acesso, articulados entre os diferentes níveis de cuidados. Estes critérios funcionam como referenciais para monitorizar a qualidade e orientar decisões estratégicas.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026, enfatiza que as melhorias de desempenho só se tornam verdadeiramente relevantes quando se traduzem em ganhos concretos na segurança da pessoa. A existência e adequação de recursos, humanos e materiais, o dimensionamento e competências das equipas, a formação contínua dos profissionais, a organização do trabalho, bem como a disponibilidade de ferramentas e instrumentos apropriados, constituem fatores cruciais na construção de ambientes verdadeiramente seguros (Ministério da Saúde, 2021b). Em consonância, a valorização da formação contínua foi uma realidade transversal aos diferentes contextos clínicos, nos quais existia uma aposta clara na formação interna enquanto estratégia de qualificação dos cuidados e de promoção de práticas mais seguras. Ao longo do percurso, pudemos participar em diversas ações formativas promovidas pelas equipas de enfermagem, reforçando a reflexão crítica sobre a prática e promovendo uma melhoria contínua dos cuidados.

O risco de incidentes associados à medicação, sobretudo no contexto hospitalar, é considerável, em grande medida, devido à complexidade do próprio circuito do medicamento. Ao longo deste percurso, intervêm diferentes profissionais, responsáveis por múltiplas tarefas que dependem não apenas do conhecimento sobre a pessoa e da terapêutica, mas também das condições e dinâmicas do contexto socio-organizacional em que os cuidados são prestados (DGS, 2023).

A segurança associada à administração terapêutica foi assegurada através da dupla confirmação da identidade da pessoa, garantindo o fármaco certo, na dose e via de administração certa. Na UCIP, existia uma lista de medicamentos de maior risco, no qual era necessária uma dupla verificação previamente. Já no SU, o circuito de preparação de fármacos era apoiado pela *Pyxis MedStation*, um sistema automatizado que organiza a dispensa e permite rastrear acessos e consumos, acrescentando controlo ao processo. No pré-hospitalar, no início de cada turno, procedíamos à verificação da carga da viatura, do funcionamento e estado dos equipamentos.

A comunicação estruturada foi igualmente abordada como componente da qualidade e segurança, tendo sido a mnemónica ISBAR (Identificação; Situação atual; Background/antecedentes; Avaliação; Recomendações) o suporte à transferência segura de informação entre profissionais nos diversos níveis de cuidados. A normalização desta comunicação encontra-se preconizada com a Norma nº 001/2017 “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, reforçando que o uso de estruturas padronizadas melhora a completude da informação (DGS, 2017). Na UCIP, tivemos a oportunidade de participar na implementação desta técnica, colaborando na realização da norma interna.

As experiências e atividades realizados no decorrer dos contextos clínicos, contribuíram para

o desenvolvimento de competências orientadas para a segurança e para a qualidade dos cuidados, alinhadas com os referenciais estabelecidos pela OE. A análise crítica do percurso permite sustentar um posicionamento profissional pautado pelo compromisso com a segurança, pela integração da evidência científica e pela busca contínua de elevados padrões da prática.

Entende-se que o conjunto de intervenções concretizadas e a diversidade de vivências favoreceram uma prestação de cuidados mais segura, centrada na PSC, traduzindo-se na aquisição e consolidação de competência deste domínio.

“C. Domínio da gestão dos cuidados

C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade de cuidados.”

(OE, 2019b, p.4746)

Neste domínio entendeu-se igualmente pertinente incluir a competência de mestre “1b”, prevista no Decreto-Lei nº 65/2018, assim, que considera que o enfermeiro deve “*b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.*” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018, pp. 4162).

A liderança em Enfermagem é entendida como um conjunto de características, competências e ações dos enfermeiros, que, a partir do seu conhecimento e experiência, conseguem produzir impacto real não só na pessoa e nos cuidados prestados, como também na dinâmica da equipa, na organização do serviço e no modo como a prática se estrutura. A literatura descreve estes líderes como verdadeiros peritos, com capacidade de integrar a evidência na tomada de decisão. Neste sentido, a credibilidade construída pela competência e pela atuação exemplar, reforça o papel do EE como elemento facilitador de processos, dinamizador da aprendizagem e impulsionador do desenvolvimento da prática. A evidência aponta ainda que, a liderança está associada a maiores níveis de satisfação da equipa e ganhos na qualidade dos cuidados prestados à PSC (Scott et al., 2025).

Ao longo dos três contextos de estágio, foi-nos possível desenvolver competências centradas na organização, planeamento e coordenação da resposta de enfermagem, com especial ênfase na gestão de recursos e na liderança em situações altamente complexas. Demonstrámos capacidade para gerir e otimizar recursos materiais disponíveis, selecionar os equipamentos e os consumíveis ajustados a cada intervenção, evitando desperdícios e garantindo prontidão na resposta às necessidades identificadas.

Estas experiências contribuíram para uma compreensão mais aprofundada das funções do enfermeiro gestor e do enfermeiro chefe de equipa, profissionais que são o exemplo de liderança e gestão. No pré-hospitalar, em particular na SIV, o enfermeiro orientador desempenhava funções de gestão, o que nos permitiu observar e compreender, de forma direta, os processos de organização de recursos humanos e materiais. A função de gestor exige decisões rápidas, mas fundamentadas, com impacto na coordenação do processo de cuidados e na capacidade de mobilizar recursos de forma proporcional e ajustada.

No SUP, principalmente na sala de emergência, a exposição a elevada casuística e a múltiplas patologias favoreceu um desenvolvimento contínuo da capacidade de adaptar a resposta da equipa às necessidades emergentes da pessoa. Observou-se uma estrutura de liderança bem definida, frequentemente, assumida por EE, distribuídos neste setor, o que permitiu compreender na prática como a liderança se expressa na organização do trabalho, no apoio à equipa e na condução de prioridades.

Na UCIP, esta coordenação ganha contornos próprio, uma vez que se trata de pessoas em situação crítica com elevada complexidade, instáveis e dependentes de suporte avançado, exigindo priorização, organização das intervenções e ajuste contínuo do plano de cuidados. Neste percurso, aprimorámos a capacidade de delegar e supervisionar cuidados, assegurando intervenções oportunas e uma utilização criteriosa dos recursos humanos e matérias, em função da gravidade e variabilidade da PSC.

Face ao percurso desenvolvido, considera-se que foram consolidadas as competências relevantes ao domínio da gestão dos cuidados, determinantes para a consolidação das competências comuns do EE e das competências associadas ao grau de Mestre em Enfermagem

“D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

(OE, 2019b, p.4746)

Face às competências supracitadas, podemos englobar os seguintes Descritores de Dublin que conferem o grau de Mestre: *d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”* (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018, pp. 4162).

No decorrer do percurso académico e profissional, tornou-se evidente a necessidade de

aprofundar conhecimento na área da PSC. A partilha de evidência científica com os enfermeiros orientadores, as diferentes equipas e os docentes do mestrado revelaram-se elementos impulsionadores do desenvolvimento, promovendo a consolidação de competências e a afirmação de uma prática especializada, em alinhamento com as exigências deste domínio.

A formação profissional assume um papel fulcral no fortalecimento da capacidade de resposta do EE perante desafios emergentes. Este compromisso com a atualização contínua encontra-se explanado no CDE, nos artigos 100º e 109º, respetivamente, “*atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional.*” e “*(...) procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício (...)*” (OE, 2015, pp. 81,86).

A frequência do Curso de Mestrado revelou-se particularmente enriquecedora, permitindo consolidar o pensamento crítico e ampliar a compreensão da complexidade inerente aos cuidados dirigidos à PSC. A excelência dos cuidados de enfermagem está intimamente associada ao desenvolvimento profissional contínuo, entendido como uma matriz da aprendizagem ao longo da vida. Num sistema de saúde em transformação constante, são determinantes a atualização de conhecimentos e a aquisição de competências especializadas, uma vez que influenciam a forma como se prestam os cuidados, a satisfação e motivação dos profissionais e até a sustentabilidade financeira do setor. O desenvolvimento profissional contínuo, potência abordagens centradas na pessoa, preparando os enfermeiros para responder às necessidades, refletindo-se um valor de profissionalismo por ampliar a formação inicial e sustentar padrões elevados de desempenho (Kurtović et al., 2024).

No âmbito da pesquisa científica enquanto suporte da prática especializada e no sentido de garantir uma prática baseada na evidência, elaborámos três Jornais de Aprendizagem com base no Ciclo de Gibbs e uma *Scoping Review*, denominada “Intervenções de Enfermagem Especializada à Pessoa Em Situação Crítica Vítima de Trauma, do Pré-Hospitalar à UCI” (Apêndice A), cujos contributos foram pertinentes para orientar as nossas intervenções e toda a prática clínica nos diferentes contextos de estágio.

A participação em ações formativas e encontros científicos favoreceram uma atitude produtiva na procura e mobilização do conhecimento para cuidar a PSC vítima de trauma. Neste sentido, destacamos a participação em diversos eventos científicos, designadamente: *Internacional Congress on Emergency* (Anexo I), *EU Modex Combine Exercise USAR-EMT* (Anexo II), Congresso Internacional do Doente Crítico (Anexo III), que incluiu uma *Masterclass “Imobilização e Transporte da Vítima de Trauma”* (Anexo IV), curso “*Princípios Básicos de Gestão de Eventos de Exceção e Catástrofe*” (Anexo V) e no *Webinar “CAPACITAR PARA O (IM) PROVÁVEL: GESTÃO DE RECURSOS EM EMERGÊNCIA MÉDICA E CATÁSTROFE”* (Anexo VI) e renovação do curso de Suporte Básico de Vida (Anexo VII). Enquanto formadores, dinamizámos ações de formação, com o propósito de promover a partilha de

evidência recente e contribuir para uma melhoria da prática de cuidados. Neste âmbito, desenvolvemos, na UCIP, a ação formativa intitulada “Traumatismo Cranioencefálico: Intervenções de Enfermagem Especializada” (Apêndice C), uma vez que era uma lacuna na UCIP. Quanto ao contexto pré-hospitalar, a ação de formação incidiu sobre o tema “Trauma: *ERC Guidelines 2025* e Protocolo SIV: da evidência à prática pré-hospitalar” (Apêndice D).

O conjunto de experiências descritas, articulado com a prática clínica, constituiu um processo de desenvolvimento profissional, contribuindo para a construção de competências neste domínio e para a consolidação das competências inerentes ao grau de Mestre, permitindo concluir a sua efetiva concretização.

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

Os cuidados dirigidos à PSC assumem-se como uma realidade constante e transversal, atravessando diferentes níveis de resposta no *continuum* pré-hospitalar, urgência e UCI. Neste percurso assistencial, prevalece a exigência de competências avançadas, traduzidas em intervenções de qualidade, assentes na tomada de decisão eficaz e numa atuação capaz de garantir segurança e eficiência nos cuidados prestados.

O percurso profissional de cinco anos em UCI de um Hospital Central não constituiu apenas uma experiência, mas sim um elemento estruturante na forma de compreender o cuidado à PSC. Consequentemente, a escolha por esta área de especialização tornou-se imperativa. O contacto permanente com situações de elevada complexidade consolidou a perceção de que a diferenciação técnico-científica, aliada ao desenvolvimento de competências específicas, assume um papel determinante na qualidade dos resultados e na excelência das práticas assistenciais.

Assim, foi fundamental o investimento na construção e consolidação de um conjunto diversificado de competências capazes de sustentar uma prática avançada, crítica e alinhada com a melhor evidência disponível. As competências específicas do EEEMCPSC são definidas como: “o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, (...) que visam prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados.” (OE, 2018, p. 19359).

Desde logo, considerámos essencial reconhecer que o desenvolvimento destas competências, aliadas à exigência própria do cuidar da PSC potenciam a maturidade profissional, promovem uma

intervenção reflexiva e orientada para a qualidade e estão naturalmente agregadas às competências nucleares do Grau de Mestre, com particular destaque para as seguintes:

"b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e-multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades." (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018, pp. 4162).

No Regulamento nº429/2018, estão delineadas, no âmbito do exercício profissional, três competências específicas do EEEMCPSC, cada uma acompanhada da respetiva descrição, unidades de competência e critérios de avaliação, a saber:

"a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas"

(OE, 2018, pp. 19359).

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

Segundo o Regulamento n.º 429/2018, "os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total" (OE, 2018, pp. 19362). Este princípio norteou o nosso desempenho durante os três diferentes estágios e permitiu consolidar e refletir criticamente sobre a nossa prática clínica em contexto de medicina intensiva, nos últimos cinco anos.

O percurso realizado permitiu-nos adquirir competências nos diferentes elos da cadeia de cuidados, permitindo integrar uma visão holista da resposta à PSC, com particular incidência na vítima de trauma. Também, os conteúdos programáticos lecionados e as experiências vivenciadas privilegiaram a atuação perante situações de instabilidade e imprevisíveis, que requerem uma resposta adequada, segura e célere. Como matriz concetual, o Modelo da Vulnerabilidade Humana de Rogers (1997), ao enquadrar a vulnerabilidade como um fenómeno dinâmico e relacional, com repercussões a nível fisiológico, psicológico e social, implica no cuidado à PSC, uma resposta humanizada, centrada na pessoa e sensível às condições em que esta se insere (Rogers, 1997).

Como constatado nos contextos de VMER e SIV, frequentemente o primeiro contacto com a PSC acontece em ambiente extra-hospitalar, através das equipas de emergência. A experiência de integrar a VMER, foi um contexto de aprendizagem particularmente exigente, pela imprevisibilidade do cenário e pela necessidade de decisão imediata. A intervenção em ambientes distintos, perante pessoas, adultos ou crianças, com patologias variadas e limitações diversas, reforçou a importância de reconhecer precocemente sinais de instabilidade, com recurso a uma abordagem sistematizada (p.e. ABCDE), priorizar intervenções, mobilizar competências de Suporte Avançado de Vida (SAV) e evidenciar competências na abordagem à vítima de trauma. A vivência destes momentos, consolidou um modo de atuação estruturado, orientado para a segurança, rapidez e coordenação entre equipas em situações de elevada pressão, num contexto em que o tempo e os recursos disponíveis são determinantes.

A experiência na SIV acrescentou uma dimensão particularmente exigente de responsabilidade profissional, uma vez que a ausência de médico no local implica, por parte do Enfermeiro Especialista, uma avaliação clínica mais rigorosa, bem como uma vigilância acrescida de sinais de agravamento clínico. A decisão era construída de forma conjunta com o médico regulador do CODU, através de contacto telefónico, o que exigia uma comunicação precisa e clara, assegurando que a informação transmitida fosse essencial, pertinente e suficiente para a tomada de decisão clínica.

Este ambiente favoreceu a consolidação de competências de raciocínio clínico, tomada de decisão em tempo real, comunicação estruturada em ambiente pré-hospitalar, mas sobretudo promoveu o desempenho fundamentado em evidência científica documentada.

As *guidelines* de elevada qualidade, baseadas na melhor evidência disponível, assumem um papel crescente na estruturação dos sistemas de saúde e na orientação da prática diária dos profissionais, promovendo maior segurança e uniformidade na prestação de cuidados. As Orientações da *European Resuscitation Council* (ERC) de 2025, constituem um dos referenciais mais atualizados para a prática de reanimação. Em particular, as Diretrizes de Suporte Avançado de Vida do adulto da ERC (2025), reúnem intervenções avançadas a serem aplicada por profissionais de saúde, tanto a nível hospitalar como extra-hospitalar (Greif et al., 2025; Lott et al., 2025)

No serviço de urgência, podemos contactar com situação de paragem cardiorrespiratória (PRC), com necessidade de utilização de técnicas de *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) com recurso a dispositivo de compressões mecânicas LUCAS®. A reanimação cardiopulmonar extracorporeal (ECPR) pode ser encarada como uma estratégia de resgate, aplicável a pessoas que cumpram critérios de seleção, quando a reanimação convencional não permite recuperar a circulação espontânea, desde que existam condições e recursos locais para a sua implementação, nomeadamente, estar próximo de um centro de referência de ECMO.

Neste serviço, também os casos de trauma foram fontes ricas de aprendizagem, não apenas

pela complexidade e pela necessidade de intervenções tempo-dependentes, mas sobretudo por evidenciar, como a Via Verde Trauma (VVT) estrutura a resposta do sistema e condiciona positivamente a organização do cuidado. A sua ativação, conforme previsto na Norma nº 012/2022 da DGS, enquadra-se num modelo que congrega recursos com o propósito de assegurar, em tempo útil, o acesso da vítima de trauma aos serviços de saúde (DGS, 2022). Assim, esta norma reforça uma visão de cuidados integrados, eficientes e de qualidade, com o objetivo de aumentar a acessibilidade ao tratamento diferenciado e, consequentemente, diminuir a mortalidade associada ao trauma.

De igual forma, a qualidade da comunicação e a coordenação interprofissional, na Sala de Emergência, dependem em larga escala da capacidade do EE assumir um papel de liderança e gestão da equipa, promovendo a clarificação de papéis, distribuindo tarefas e priorizando intervenções. Na sala de triagem – a abordagem à PSC permitiu-nos observar a influência que esta tem, tanto no percurso da pessoa como na organização interna do serviço. A escuta ativa e observação clínica rigorosa, asseguram a caracterização exata da queixa, a sua classificação objetiva e o consequente encaminhamento correto. Mantivemos sempre uma comunicação terapêutica eficaz com a PSC e o seu familiar/cuidador e utilizámos uma linguagem clara, precisa e ajustada a cada contexto, acompanhada de explicações detalhadas sobre as etapas seguintes. Esta experiência salientou o papel determinante do EEEMCPSC na aplicação rigorosa do Protocolo de Manchester, uma avaliação apurada define o itinerário assistencial da pessoa e do respetivo tempo de resposta.

A experiência na UCIP foi igualmente gratificante e constituiu uma relevante fonte de aprendizagem. A natureza prolongada do internamento possibilitou estabelecer uma relação terapêutica de maior proximidade com a PSC e com a sua família, ajustar expectativas e clarificar emoções. O envolvimento da família destaca-se como um elemento expressivo na medicina intensiva, sendo amplamente reconhecido o seu contributo num cuidado mais holístico e humanizado. A evidência reforça que intervenções centradas na família têm demonstrado impactos positivos na melhoria de vários domínios de resultados (Duong et al., 2024).

Também, a avaliação da dor, a prevenção do *delirium* e a monitorização da sedação e analgesia foram focos de preocupação e interesse. A orientação expressa na Circular Normativa nº09/2003 da DGS, atribui à dor no centro da nossa atuação ao equipará-la a um sinal vital, defendendo que a sua monitorização e controlo é parte integrando da responsabilidade dos profissionais, o que se traduz num direito da pessoa e num indicador de humanização dos cuidados (DGS, 2003). Na UCI, onde o desconforto é frequente, esta orientação sublinha a importância de integrar a dor como dimensão estruturante do plano terapêutico.

Durante o estágio nesta unidade, a gestão da dor foi assumida como uma intervenção prioritária, contudo a sua avaliação era desafiante, sobretudo quando a PSC se encontrava sedada e sobre ventilação mecânica invasiva. Nestes casos, a escala protocola era a *Behavioral Pain Scale* (BPS),

cuja avaliação é guiada por três indicadores comportamentais - expressão facial, movimentos dos membros superiores e adaptação ao ventilador (Batalha et al., 2013). Sempre que surgiam sinais compatíveis com dor ou desconforto, eram instituídas intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas (alternância de decúbitos, massagem, entre outros).

O estágio na UCIP, contribui para o enriquecimento do percurso profissional, ao promover uma partilha de abordagens e de discussão com a enfermeira orientadora. Este contributo favoreceu a transferência de conhecimento, a integração do saber e reforçou o pensamento crítico perante situações de elevada complexidade.

Face ao caminho retrato, alcançamos as competências associadas à prestação de cuidados à pessoa e à família/cuidador em situação crítica. A intervenção orientada para a identificação precoce das necessidades singulares de cada pessoa e situação, aliada à valorização da relação, da partilha e da tomada de decisão, suportada pela melhor evidência científica, privilegiou uma humanização dos cuidados e fortaleceu uma prática mais crítica e reflexiva comprometida com a excelência dos cuidados.

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

Inicialmente, a aquisição e aprofundamento das competências associadas a este domínio, exige o conhecimento dos conceitos e as particularidades dos cenários de emergência, exceção e catástrofe. O regulamento nº 429/2018, define uma situação de emergência como uma “agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida”. De igual modo, o mesmo documento, esclarece que uma situação de exceção é um “desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis.” (OE, 2018, p. 19362).

Por sua vez, catástrofe pode ser entendida como um acontecimento ou sequência de acontecimento, de elevada magnitude, que desencadeia consequências graves nos sistemas de saúde, originando um nível de resposta que ultrapassa a capacidade habitual, no qual implica medidas excecionais de coordenação e mobilização de recursos (OMS, 2019).

A participação no *EU Modex Combine Exercise USAR-EMT* (Anexo III), no curso “*Princípios Básicos de Gestão de Eventos de Exceção e Catástrofe*” (Anexo VI) e no *Webinar “CAPACITAR PARA O (IM) PROVÁVEL: GESTÃO DE RECURSOS EM EMERGÊNCIA MÉDICA E CATÁSTROFE”* (Anexo VII) e foram fundamentais na aquisição de conhecimentos sobre a gestão de catástrofe e a importância da tomada de decisão nestes contextos. Estes momentos formativos permitiram aprofundar a organização de resposta, desde o planeamento e preparação até à operacionalização, com foco na definição de

prioridades, articulação entre os diversos meios (Proteção Civil, INEM, Corpo de Bombeiros, Forças de Segurança) e coordenação de recursos.

Com o objetivo de reforçar a preparação adequada a diferentes cenários, a leitura e revisão dos Planos de Emergência Interna, dos Planos de Atuação para Situações de Exceção e os Planos de Evacuação, foram essenciais para desenvolver esta competência, permitindo atuar de forma proactiva e com prontidão.

De forma a dar resposta aos objetivos propostos, realizámos um *poster* (Apêndice B) informativo sobre a VVT, por termos constatado que o documento exposto na Sala de Reanimação se encontrava desatualizado. Um *poster* informativo, um recurso visual atualizado segundo as novas diretrizes, surgiu como uma ferramenta essencial para todos os profissionais, permitindo a consulta imediata nas situações de ativação do protocolo, reforçando a uniformização dos procedimentos e diminuindo a variabilidade na prática clínica.

No âmbito da PSC vítima de trauma, surgem os casos particulares em que o trauma é provocado por agressão. Estas pessoas, são admitidas no serviço de urgência e o seu primeiro contacto é vulgarmente estabelecido com o enfermeiro da triagem. Esta proximidade exige que os enfermeiros, no âmbito das suas responsabilidades, estejam preparados para atuar neste domínio e coloca-os numa posição estratégica para reconhecer sinais sugestivos de crime, assegurando condutas que salvaguardem a perda, contaminação ou destruição de elementos com relevância forense (Gonçalves et al., 2024). Dentro dos limites legais, compete a este grupo profissional cumprir as regras básicas relacionadas com a cadeia de custódia e articular-se com as entidades responsáveis pela investigação, em conformidade com as normas e protocolos (OE, 2021).

Durante o estágio no SUP, tivemos a oportunidade de contactar com vítimas sujeitas a agressões com arma de fogo e arma branca, o que permitiu um relevante momento de aprendizagem, basilar para o cumprimento desta competência. Para além da estabilização e da prestação de cuidados imediatos à vítima, estas situações proporcionaram o desenvolvimento de competências na identificação precoce de indícios de prática criminal, bem como na compreensão e aplicação dos princípios fundamentais de preservação de vestígios, em estrita conformidade com as normas e protocolos em vigor, assegurando ainda o cumprimento rigoroso da cadeia de custódia.

Da mesma forma, no pré-hospitalar a exposição a cenários instáveis foi determinante para consolidar a aquisição destas competências, desde a definição de prioridades até à mobilização de meios e articulação com o CODU e restantes intervenientes, assegurando uma resposta estruturada e segura. Paralelamente, alguns casos assumiram um carácter marcante e traumático para as famílias, pela imprevisibilidade do resultado, com necessidade de suporte psicológico adicional. Nestas situações, a ativação do Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise do (CAPIC) do INEM, revelou-se um recurso essencial para promover apoio emocional especializado aos familiares.

De forma transversal, estas experiências permitiram reforçar uma compreensão mais madura do papel do EE na operacionalização de resposta em contextos de emergência, exceção e catástrofe, com base num pensamento crítico e flexibilidade perante cenários de elevada complexidade. A partir da análise reflexiva do percurso formativo e profissional desenvolvido, consideramos que foram atingidas com sucesso estas competências, com evidência na liderança, decisão rápida e fundamentada e capacidade de articulação com equipas multidisciplinares.

3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

A DGS define Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) como *“uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade”* (DGS, 2007, pp. 4). Estas infeções são um dos eventos adversos mais comuns, causando consequências na pessoa, nos seus familiares e nos profissionais de saúde, para além do peso significativo nos sistemas de saúde, nomeadamente no aumento de custos. Em cada 100 pessoas internadas, 7 adquirem pelo menos uma IACS durante o internamento, sendo que quase metade dos episódios de sépsis com disfunção orgânica tratados em UCI têm origem no próprio hospital (OMS, 2022). Estima-se que 20% das IACS possam ser evitadas através de programas de prevenção e controlo de infeção (European Centre for Disease Prevention and Control, 2024).

Nesse sentido, em 2007, pelo Despacho nº 14178/2007, o Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI), tem como objetivo estabelecer critérios e orientações no controlo e prevenção de IACS e, consequentemente, em 2013, surge o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), com a finalidade de reduzir as taxas de IACS e promover o uso consciente de antimicrobianos (Ministério da Saúde, 2007; (Ministério da Saúde. 2022). Este programa visa fomentar a adesão às Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e implementar medidas preventivas com a apresentação de feixes de intervenção (*Bundles*) (DGS, 2025).

No Serviço de Urgência, dado o elevado fluxo de pessoas, constatámos que os locais de isolamento eram frequentemente insuficientes, o que exigia uma gestão rigorosa e cuidadosa pela equipa de enfermagem. Neste contexto, observámos que, sempre que possível, as pessoas com infeções respiratórias eram encaminhadas para a Sala de Inaloterapia ou para a Sala de Isolamento (se não exigissem uma vigilância apertada) permitindo realizar o isolamento de forma mais segura. Perante esta realidade, enquanto futura EEEMCPSC, assumimos um papel ativo na promoção e sensibilização de práticas de prevenção e controlo de infeção, conhecendo e tentando adotar

rigorosamente as diretrizes nacionais e institucionais. Igualmente, no pré-hospitalar, a prevenção e controlo de infeções foi desafiante, pelas circunstâncias inerentes a este meio, ainda assim, não foi descurado. Procurámos integrar as precauções básicas, nomeadamente a utilização dos Equipamento de Proteção Individual (EPI), ajustadas ao cenário e ao risco identificado em cada ocorrência. Neste contexto, detetamos uma situação de quadro de infeção na qual foi ativada a Via Verde de Sépsis.

Na UCIP, as intervenções neste âmbito são mais facilitadas e mais exequíveis, sobretudo pela existência de condições estruturais e organizacionais que favorecem a implementação de medidas e o isolamento de pessoas. A existência de quartos de isolamento com pressão negativa, com adufas na entrada e existência de EPI's, aumenta a segurança dos profissionais, da PSC, das visitas e do ambiente. Neste contexto, conseguimos ver implementado e aplicado as práticas padronizadas pelos feixes de intervenção da DGS, em particular, a *bundle* Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central e Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical.

Neste domínio, e com o objetivo de aprofundar os conhecimentos nesta área, foi elaborado um Jornal de Aprendizagem intitulado “Cuidar com Segurança: Aprender sobre Controlo de Infeção e Precauções Básicas”, o qual possibilitou a transformação da experiência num processo estruturado de reflexão crítica e de consolidação da aprendizagem.

Todas as nossas intervenções e foco de atenção, foram centradas no cumprimento do Pilar 5 “*Práticas seguras em ambientes seguros*” do Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026, compromisso na adoção de práticas seguras e no fortalecimento de uma cultura de segurança (Ministério da Saúde, 2021b). Da mesma forma, a premissa “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes” (OE, 2001, pp. 15), foi respeitada e considerada como guia no cuidado à PSC. Consolidou-se o entendimento de que a prevenção e o controlo das IACS têm um impacto direto na qualidade e na segurança dos cuidados de enfermagem à PSC. Face ao exposto, considera-se que esta competência foi adquirida de forma consciente, reconhecendo o EEEMSPCS como agente promotor de boas práticas, nomeadamente através da liderança na implementação de medidas preventivas e na promoção de processos de melhoria contínua dos cuidados

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente Relatório permitiu traduzir, de forma crítica, reflexiva e sustentada, o percurso académico e profissional desenvolvido ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Para além de constituir um repositório de experiências e aprendizagens, este trabalho constitui um verdadeiro exercício estruturado de análise do desenvolvimento alcançado, das exigências inerentes ao processo formativo e da progressiva construção de uma identidade profissional mais especializada, autónoma e diferenciada.

Ao longo deste ciclo, tornou-se evidente que a intervenção do Enfermeiro Especialista supera largamente a competência técnica. Requer capacidade de análise crítica, solidez científica, maturidade relacional, domínios de saber ser e estar, num equilíbrio entre o conhecimento, decisão e sensibilidade humana. A complexidade inerente à Pessoa em Situação Crítica vítima de trauma, exige uma intervenção atempada, segura e holística, mas também individualizada, capaz de diferenciar a singularidade de cada situação e de dar uma resposta ajustada às necessidades da PSC e da família.

Os vários contextos clínicos revelaram-se preponderantes nesta etapa formativa, quer pela oportunidade de contactar com realidades distintas, quer pela forma como cada um transformou e moldou no nosso crescimento pessoal. A experiência em cenários de elevada complexidade, e instabilidade e a exigência de uma resposta rápida e eficaz contribuiu para o aprofundamento da capacidade de priorização e de tomada de decisão, bem como para o reforço da adaptabilidade, da autonomia e da reflexão crítica perante situações de elevada exigência.

A articulação entre o Pré-Hospitalar, o Serviço de Urgência e a Unidade de Cuidados Intensivos, intensificou a importância de uma cadeia de cuidados interdependentes, em que a continuidade e a uniformidade dos cuidados de enfermagem e das equipas multidisciplinares, influencia diretamente a eficácia e a qualidade das intervenções.

A realização da *Scoping Review* representou um contributo incontornável neste caminho, não só por permitir aprofundar conhecimentos sobre a temática em estudo, mas também para reconhecer o valor da investigação enquanto suporte da prática especializada. Todo este processo desde a pesquisa até à síntese da evidência confirmou a importância de questionarmos a prática e promovermos intervenções mais informadas e com base na melhor evidência científica. Em simultâneo permitiu consolidar a perceção de que a investigação e a aquisição de conhecimento em Enfermagem têm um papel fulcral na qualificação dos cuidados e na afirmação da disciplina como profissão autónoma.

A excelência dos cuidados não depende apenas da execução correta das intervenções, mas de uma interligação com as diferentes dimensões humanas, éticas e relacionais da Enfermagem. A

preservação da dignidade da pessoa, a valorização da sua família, o respeito pelos seus direitos, promoção de segurança e a criação de uma relação terapêutica demonstraram-se aspetos centrais de uma prática diferenciada, especializada, mais completa e consciente da verdadeira “arte do cuidar”.

A concretização deste caminho foi exigente e desafiante, marcado pela dificuldade em conciliar responsabilidades académicas, profissionais e pessoais. Ainda assim, este desafio potenciou o crescimento pessoal e profissional, a resiliência e a capacidade de superação. Conseguimos transformar os obstáculos em oportunidades de aprendizagem, fortalecemos o compromisso e a responsabilidade.

Considerámos que os objetivos inicialmente definidos foram alcançados, quer na realização do presente relatório, quer nos diferentes contextos clínicos. Conclui-se assim, que as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, foram alcançadas com sucesso e com uma visão mais abrangente do cuidado especializado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmed, F. R., Attia, A. K., Mansour, H., & Megahed, M. (2022). Outcomes of family-centred auditory and tactile stimulation implementation on traumatic brain injured patients. *Nursing Open*, 10, 1601-1610. <https://doi.org/10.1002/nop2.1412>
- 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*, Vol. 3 Nº1, 55-66. <https://doi.org/https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>
- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style (7th ed.). American Psychological Association.
- Assembleia da República (2015). *Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. Diário da República: 1ª série, n.º 181, 8059-8105.* <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Autoridade Nacional Segurança Rodoviária . (2025). *RELATÓRIO SETEMBRO 2025. SINISTRALIDADE 24HORAS FISCALIZAÇÃO E CONTRAORDENAÇÕES.* <http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelatoriosDeSinistralidade/Documents/2025/Relat%C3%B3rio%20de%20Sinistralidade%2024h%20fiscaliza%C3%A7%C3%A3o%20e%20contraordena%C3%A7%C3%B5es%20rodovi%C3%A1rias%20de%20se>
- Batalha, L. M., Figueiredo, A. M., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale ntubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº9), 7-16. <https://doi.org/https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239968004>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem.* Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 9789728535971
- Bonfim, L. N., de Souza, P. H., Lima, A. B., Damasceno, H. A., Duarte, T. L., Dias, L. d., de Sousa, R. S., Reis, E. d., de Araújo, K. C., & Riche, M. A. (2023). PAPEL DO ENFERMEIRO AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO: UMA. *Revista Ibero- Americana de Humanidades, Ciências e Educação- REASE*, 9(4), 768-780. <https://doi.org/doi.org/10.51891/rease.v9i4.9263>
- Carpenter, D., Menard, A., Isenberger, J., Stevens, G. A., & LaRock, L. (2024). Acute and Critical Care Nurses' Roles in Mass Shootings: An Integrative Review. *Critical Care Nurses*, 44(5), 20-31. <https://doi.org/doi:https://doi.org/10.4037/ccn2024192>
- Castillo-López, C., Vicet-Galiz, M., Torres-Torres, A., & Guerrero-Rossel, L. A. (2023). Competência profissional sobre enfermidades de transmissão sexual em enfermeiros técnicos em atenção primária de saúde. *Santiago Especial, e-issn 2215-481*, 359-369. <https://santiago.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/14560/5103>
- Coimbra, N., & Coimbra, P. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos: Capítulo 21- Trauma.* Lidel. ISBN 978-989-752-419-6
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). *CIPE®: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 9788582714447
- Costa, N., Henriques, H. R., & Durão, C. (2024). Nurses' Interventions in Minimizing Adult Patient Vulnerability During Extracorporeal Membrane Oxygenation as a Bridge to Lung Transplantation: An Integrative Review. *SAGE Open Nursing*, 10, 1-10. <https://doi.org/10.1177/23779608241262651>
- Curtis, K., Kourouche, S., Asha, S., Considine, J., Fry, M., Middleton, S., Mitchell, R., Munroe, B., Shaban, R. Z., D'Amato, A., Skinner, C., Wiseman, G., & Buckley, T. (2021). Impact of a care bundle for patients with blunt chest injury (ChIP): A multicentre controlled implementation evaluation. *PLOS ONE*, 16(10), 1-15. <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256027>
- de Aviz, A. L., Pereira, M. d., & Simões, J. F. (2022). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: Vivências Significativas dos Enfermeiros Supervisores. *Research, Society and Development*, 11(n.10, e21111032295), 1-8. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i10.322951>
- de Oliveira, L. M., Queirós, P. J., & Castro, F. V. (2015). A COMPETÊNCIA PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS.UM ESTUDO EM HOSPITAIS PORTUGUESES. *International Journal of*

- Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 143-158.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa nº 09: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI). 20. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma 001: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma 012/2022 Via Verde do Trauma*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0122022-de-18112022-via-verde-do-trauma-no-adulto-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). Norma nº008: Medicamentos de Alta Vigilância. 1-28. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082023-de-19122023-medicamentos-de-alta-vigilancia-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2025). Relatório do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. ISBN: 978-972-675-385-8. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/relatorios/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-relatorio>
- Duong, J., Wang, G., Lean, G., Slobod, D., & Goldfarb, M. (2024). Family-centered interventions and patient outcomes in the adult intensive care unit: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of critical care*, 83(154829), 1-8.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcnc.2024.154829>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2024). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2022–2023 . ISBN 978-92-9498-715-0 . <https://doi.org/10.2900/88011>
- Fitzpatrick, E. R. (2017). Open Abdomen in Trauma and Critical Care. *Critical Care Nurse*, 37(5), 22-45.
<https://doi.org/https://doi.org/10.4037/ccn2017294>
- Gaasch, S. (2021). Critical Care Considerations for Damage Control in a Trauma Patient. *Advanced Critical Care*, 32(1), 64-75. <https://doi.org/https://doi.org/10.4037/aacnacc2021817>
- Gonçalves, H. S., Rezende, L. M., Cunha, I. V., Cesar, A. S., Cabral, F. L., & Trindade, L. M. (2023). Avaliação clínico-epidemiológica dos pacientes vítimas de trauma torácico em um hospital de referência de Aracaju-SE. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 1-9.
<https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20233542>
- Gonçalves, L. M., Dixe, M. d., & Mendonça, S. M. (2024). Validação de protocolo de recolha e preservação de vestígios forenses na urgência: Técnica de Delphi. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série(nº3: e33125), 1-7. <https://doi.org/10.12707/RVI23.119.33125>
- Greif, R., Lauridsen, K. G., Djarv, T., Ekd, J. E., Monnelly, V., Monsieurf, K. G., Nikolaou, N., Olasveengen, T. M., Semeraro, F., Spartinou, A., Yeung, J., Baldi, E., Biarent, D., Djakow, J., van Gils, M., van Goor, S., Grasner, J.-T., Hogeveen, M., Karageorgos, V., Lott, C., . . . Nolan, J. P. (2025). European Resuscitation Council Guidelines 2025 Executive Summary. *Resuscitation*, 215(1 1 0 7 7 0).
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110770>
- Havilla, E. (2017). Defining Vulnerability. *Madridge Journal of Nursing*, 2(1), 63-68.
<https://doi.org/10.18689/mjn-1000111>
<https://www.ulsas.min-saude.pt/category/institucional/instituicao/?c=missao-visao-e-valores-2>
<https://www.ulssm.min-saude.pt/missao-e-valores/>
- Internacional Council of Nurses. (2023). Digital health transformation and nursing practice. 1-9.
<https://www.icn.ch/sites/default/files/2023->

- [08/ICN%20Position%20Statement%20Digital%20Health%20FINAL%2030.06_EN.pdf](#)
- Internacional Council of Nurses. (2025). *Current nursing definitions*. Obtido em Fevereiro de 2025, de Internacional Council of Nurses. <https://www.icn.ch/resources/nursing-definitions/current-nursing-definitions>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2022). Relatório de Atividade dos meios de emergência médica 2011 - 2022. 1-64. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/07/Relatorio-Meios-de-Emergencia-Medica-2022_VFF_17072023.pdf
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023). TAS - Emergências de Trauma. 1-118. <https://www.prociv.azores.gov.pt/fotos/documentos/1716974463.pdf>
- Israel, H., Moran, V., Golden, P., & Boyd, M. (2022). Septic Emboli Resulting From Severe Trauma: A Primer on Care. *Critical Care Nurses*, 42(5), 1-8. <https://doi.org/https://doi.org/10.4037/ccn2022683>
- Joanna Briggs Institute. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. Em JBI manual for evidence synthesis. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Jones, A. R., Miller, J., & Brown, M. (2023). Epidemiology of Trauma-Related Hemorrhage and Time to Definitive Care Across North America: Making the Case for Bleeding Control Education. *Prehospital and Disaster Medicine*, 38(6), 780- 783. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S1049023X23006428>
- Kurtović, B., Gulić, P., Cukljek, S., Sedić, B., Smrekar, M., & Fičko, S. L. (2024). The Commitment to Excellence: Understanding Nurses' Perspectives on Continuous Professional Development. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(379), 1-10. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/healthcare12030379>
- Lacerda, M. R., Santos, M. I., Tonin, L., & Diogo, P. M. (2024). Contributo da construção de teorias para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, VII(3, e34542), 1-15. <https://doi.org/https://doi.org/10.12707/RV124.18.34542>
- Lott, C., Karageorgos, V., Abelairas-Gomez, C., Alfonso, A., Bierens, J., Cantellow, S., Debat, G., Einav, S., Fischer, M., González-Salvado, V., Greif, R., Metelmann, B., Metelmann, C., Meyer, T., Paal, P., Peran, D., Scapigliati, A., Spartinou, A., Thies, K., Truhlar, A., & Deakin, C. D. (2025). Special Circumstances in Resuscitation. *Resuscitation*, 215(110753). <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110753>
- Malone, R. E. (2000). Dimensions of vulnerability in emergency nurses' narratives. *Advances in nursing science*, 23(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00005>
- Marsden, N. J., & Tuma, F. (2023). Polytraumatized Patient. *StatPearls Publishing*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554426/>
- Martiniano, E. C., do Nascimento, A. M., Campos, J. R., Campos, J. B., Barros, A. B., & Luz, D. C. (2020). Cuidados de enfermagem ao paciente politraumatizado: revisão integrativa. *Nursing Edição Brasileira*, 23(270), 4861–4872. <https://doi.org/https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i270p4861-4872>
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. *Diário da República, I Série-A*(N.º 60), 2242-2257. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/03/060a00/22422257.pdf>
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. *Diário da República, 1ª Série* (N.º 157), 4147-4182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Ministério da Saúde. (2002). Despacho Normativo n.º 11/2002, de 6 de março. *Diário da República: I série-B*, n.º 55, 1865-1866. <https://files.dre.pt/1s/2002/03/055b00/18651866.pdf>
- Ministério da Saúde. (2007). Despacho n.º 14178/2007, de 4 de julho. *Diário da República: II série*, n.º 127, 19007. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/14178-2007-1928153>
- Ministério da Saúde. (2012). Decreto-Lei n.º 34/2012, de 14 de fevereiro. *Diário da República: 1ª série*, n.º 32, 748-750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/34-2012-543036>
- Ministério da Saúde. (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos: Relatório final. Governo de Portugal. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avaliação-nacional-da-situação-das-unidades-de-cuidados->

- [intensivos.pdf](#)
- Ministério da Saúde. (2014a). *Despacho Normativo n.º 10319/2014, de 11 de agosto. Diário da República: 2ª série, n.º 153, 20673-20678.*
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Ministério da Saúde. (2014b). *Despacho n.º 5561/2014, de 23 de abril. Diário da República: 2ª série, n.º 79, 11123-11124.* <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5561-2014-25696609>
- Ministério da Saúde. (2018). *Despacho n.º 9639/2018, de 15 de outubro. Diário da República: 2ª série, n.º 198.* <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
- Ministério da Saúde. (2021a). *Despacho n.º 2534/2021, de 5 de março, Comissão Nacional de Trauma. Diário da República, Série II(Nº45), 178-182.*
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/2534-2021-158872579>
- Ministério da Saúde. (2021b). *Despacho n.º 9390/2021: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República n.º 187/2021, Série II(187), 96-103.*
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Ministério da Saúde. (2022). *Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro. Diário da República: II série, n.º 174, 93-99.* <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>
- Morais, I. M. (2010). Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. *Revista Brasileira Saude Materna Infantil*, 10(2), 5331-5336. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000600010>
- Mota, M. (2023). Medidas de conforto no doente crítico vítima de trauma. *Servir*, 2 (ed espec nº1), 1-2. <https://doi.org/https://doi.org/10.48492/servir021e>
- Newlan, R., Lawrence, M., Tyndall, S., & Waterall, J. (2022). Vulnerability and trauma-informed practice: what nurses need to know. *British Journal of Nursing*, 31(12), 660-662.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.12.660>
- Nunes, P. F., Almeida, A., Tavares, M., Gomes, L., & Soares, H. (2024). Prática avançada de enfermagem em Portugal – Em que ponto estamos? *Revista Portuguesa De Investigação Comportamental e Social*, 10(2), 1-24.
<https://doi.org/https://doi.org/10.31211/rpics.2024.10.2.338>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos, p. 24.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102_015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 3ª Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, (...). *Diário da República, Série II(n.º 135), 19359-70.* <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. *Diário da República, Série II(N.º 184), 128-155.*
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, Série II(nº26), 4744 - 4750.*
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Regulamento n.º 728/2021, 5 de agosto- Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Forense. *Diário da República, Série II*

- (nº151), 173-188. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/728-2021-169107949>
- Ordem dos Enfermeiros. (2025). Regulamento n.º 395/2025: Regulamento das Especialidades e Competências Acrescidas da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, Série 2(Nº58)*, 1-15. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/37757/regulamento-395-2025.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2012). Guidelines for trauma quality improvement programmes. *Geneva: World Health Organization*, 1-114. <https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-for-trauma-quality-improvement-programmes>
- Organização Mundial da Saúde. (2019). Health Emergency and Disaster Risk Management Framework. *Geneva: World Health Organization*, ISBN 978-92-4-151618-1, 48. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/219a1a08-9ec5-4f2d-9aff-54c713fca7c/content>
- Organização Mundial da Saúde. (2022). Global report on infection prevention and control. ISBN 978-92-4-005116-4. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/ipc/ipc-global-report/who_ipc_global-report_web.pdf?sfvrsn=d15fb868_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/ipc/ipc-global-report/who_ipc_global-report_web.pdf?sfvrsn=d15fb868_5)
- Organização Mundial da Saúde. (2024). Injuries and violence. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>
- Organização Mundial da Saúde.. (2025). *Vulnerability and Vulnerable Populations*. Community Disaster Risk Management. <https://wkc.who.int/our-work/health-emergencies/knowledge-hub/community-disaster-risk-management/vulnerability-and-vulnerable-populations>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2025). Health at a Glance 2025: OECD Indicators. *OECD Publishing*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>.
- Ribeiro, N. M. (2025). Processo Educativo - a Simulação Clínica em Enfermagem. *TESE DE DOUTORAMENTO*, 725. <http://hdl.handle.net/10400.13/7317>
- Rogers, A. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 65-72. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x>
- Santos, M. C., Bittencour, G. K., Beserra, P. J., & da Nóbrega, M. M. (2022). Teoria geral do autocuidado segundo o modelo de análise de teorias de Meleis. *REVISTA DE ENFERMAGEM REFERÊNCIA*, VI(1 e21047). <https://doi.org/10.12707/RV21047>
- Scalon, A., & Lee, G. A. (2007). THE USE OF THE TERM VULNERABILITY IN ACUTE CARE: WHY DOES IT DIFFER AND WHAT DOES IT MEAN? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 54-59. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17518167/>
- Scott, C., Kuhn, L., & Moss, C. (2025). Nurses' perceptions of clinical leadership in the emergency department: A qualitative descriptive study. *International Emergency Nursing*, 79(101586), 1-8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ienj.2025.101586>
- Silva, A. C., Caniço, H. P., Lopes, S. R., & Silvestre, M. (2021). Principlism in the daily practice of family medicine. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 37(3), 214-221. <https://doi.org/https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i3.12693>
- Tanninen, A., Kouvonen, A., & Nordquist, H. (2025). Competence expected from advanced-level paramedics by emergency medical services paramedics by emergency medical services. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 33(62), 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13049-025-01384-5>
- Trigo, I. J., Coelho, M. A., & Ribeiro, O. d. (2022). GRAVIDADE DO TRAUMA EM VÍTIMAS DE ACIDENTE DE VIAÇÃO ADMITIDAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA. *Sevir*, 2(02)(e25997), 1-14. <https://doi.org/https://doi.org/10.48492/servir0202.25997>
- Wang, Z., Rostami-Tabar, B., Haider, J., Naim, M., & Haider, J. (2025). A Systematic Literature Review of Trauma Systems: An Operations Management Perspective. *Sage Journals Home*, 14, 1-21. <https://doi.org/10.1177/27536351241310645>
- Zhang, Y., Hu, Q., Wang, Y., Li, Q., Zhou, M., Yang, J., Lu, J., YangLan, R., & Ma, F. (2025). Experiences of healthcare professionals and patients regarding patient privacy in ICU. *Journals SagePub*, 32(7), 2386-2401. <https://doi.org/10.1177/09697330251339419>

APÊNDICES

APÊNDICE A- Resumo de Scoping Review

Intervenções de enfermagem especializada à pessoa em situação crítica vítima de trauma, do pré-hospitalar à UCI: protocolo de scoping review

Nursing Interventions in Critically Ill Trauma Victims, from pre-hospital to ICU: Scoping Review

AUTORES/AUTHORS

Joana Cardoso¹, Célia Vaz^{2,3,4}, Cidália Castro^{3,4}

¹ ULS Santa Maria, ² Nursing Lab, 2829-511 Almada, Portugal; jfernandes@egasmoniz.edu.pt, ³ Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CiiEM), Egas Moniz School of Health & Science, 2829-511 Almada, Portugal, ⁴ Department of Nursing, Arco Ribeirinho Local Health Unit, 2830-094 Barreiro, Portugal

RESUMO

Introdução: De acordo com a OMS, os traumas, tiram a vida a 4.4 milhões de pessoas em todo o mundo. (OMS, 2024). As pessoas vítimas de trauma constituem um peso significativo para as economias nacionais, associados a elevados custos em cuidados de saúde e a perdas significativas de produtividade laboral. São um desafio *major* para a Saúde Pública que deve ser reconhecido como um problema grave, devido ao seu impacto na morbilidade e mortalidade da população em geral.

Objetivo: Mapear e analisar a evidência científica acerca das intervenções de enfermagem especializada na abordagem à pessoa em situação crítica (PSC) vítima de trauma, desde o pré-hospitalar até à UCI.

Materiais e Métodos: Esta *Scoping Review* foi executada de acordo com as orientações de *Joanna Briggs Institute*, segundo o acrónimo PCC, para dar resposta à seguinte questão de investigação: “Quais são as intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica, vítima de trauma, desde o pré-hospitalar até à UCI?”. A pesquisa bibliográfica foi realizada através das bases de dados da PubMed e EBSCOHost, após se aplicarem os critérios de inclusão/exclusão definidos. Os artigos recolhidos foram organizados de acordo com a *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).

Resultados: Do total de 607 artigos identificados na pesquisa inicial, foram incluídos 10 no corpo de texto. Os estudos foram divididos segundo o *continuum* pré-hospitalar – urgência – UCI, destacando as intervenções de enfermagem em cada área de atuação.

Conclusão: Esta *scoping* evidenciou que intervenções de enfermagem especializadas e estruturadas na abordagem à PSC vítima de trauma, promovem segurança, eficiência e continuidade dos cuidados, reforçando a necessidade de equipas treinadas e de práticas alinhadas com a melhor evidência para otimizar o prognóstico da pessoa vítima de trauma.

Palavras-Chave: Trauma, Pessoa em Situação Crítica, Intervenções de Enfermagem, Cuidados Pré-Hospitalar, Urgência e Cuidados Intensivos.

APÊNDICE B- Poster: “Via Verde Trauma”

VIA VERDE TRAUMA

REDE DE TRAUMA (RT)

Integrada no SIEM, com níveis: Pré-hospitalar, SUB, SUMC, SUP/CT, garantindo capacidade cirúrgica em <45 min do local do acidente

ATIVAÇÃO

Fisiológicas

- Fr < 10 ou > 29 Cpm
- SaO₂ < 90% com O₂ suplementar
- PAS < 90 mmHg
- Escala de Coma de Glasgow (ECG) < 14 ou queda superior ou igual a 2 pontos desde o acidente

Mecanismos da Lesão

- Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ao cotovelo e ou joelho
- Qualquer mecanismo com projeção da vítima
- Encarceramento físico ou mecânico (mais de 30 minutos)
- Quedas superiores a 6 metros Evento Multi-Vítimas (com 5 ou mais vítimas)
- Enforcamento, submersão ou afogamento

Anatomia da Lesão

- Fratura do crânio com afundamento
- Traumatismo vertebro-medular
- Retalho costal móvel Fratura de 2 ou + ossos longos (úmero, fémur, tibia)
- Fratura instável da bacia
- Amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo
- Amputação de membro ou parte deste, com potencial para reimplantação (viabilidade do segmento)
- Queimaduras Major: 2º Grau > 20% ou 3º Grau > 5% (face, pescoço, tórax circunferenciais, mãos e pés)
- Queimaduras com inalação



PRÉ AVISO CODU

Sala de Reanimação - Ativar VVT **96241**

COMPOSIÇÃO DA ET

EM SALA DE REANIMAÇÃO

Médicos - Formação em SAV e Avançada em Trauma (coordenador da ET, Anestesiologia, Cirurgia, Medicina Intensiva, etc.).

Enfermeiros: Pelo menos 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica ou com competências acrescidas em Emergência Extra-Hospitalar, com experiência em SAV e procedimentos de trauma.

Assistentes Operacionais: formação em SBV, técnicas de trauma e imobilização.

CIRURGIA GERAL
96260

MEDICINA
98055

DOENTE CRÍTICO
90880

ENFERMAGEM
96234



SALA DE REANIMAÇÃO

← AVALIAÇÃO INICIAL: ABCDE (EM <20 MIN)

A – Via Aérea e imobilização da coluna cervical - Avaliar e controlar a via aérea, com estabilização e imobilização total da coluna, a par do fornecimento de suplemento de oxigénio.

B – Ventilação e oxigenação - Avaliar e controlar a respiração, procedendo a intubação traqueal e ventilando, se necessário.

C – Circulação - Avaliar e controlar a função cardiovascular, parando a hemorragia externa e iniciando fluidoterapia judiciosa e ativando protocolos de hemorragia maciça se necessário. Diagnóstico de outras causas de choque.

D – Disfunção neurológica - Avaliar e controlar a disfunção do sistema nervoso central utilizando, preferencialmente a Escala de Coma de Glasgow.

E – Exposição - Avaliação do ambiente externo, evitando a hipotermia.



ATITUDES ADJUVANTES

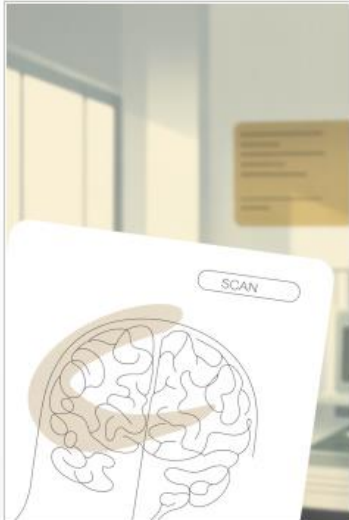
- **Electrocardiograma** de 12 derivações - **99421**
- **Gasometria** - (Monitorização de lactato sérico).
- **Hemograma + Coagulação + Bioquímica** (Alcoolemia; Pesquisa de tóxicos e/ou drogas de abuso & HCG – na vítima de trauma do sexo feminino até aos 50 anos)
- **Estudo da Coagulação** (ROTEM)
- **Grupo de Sangue com provas cruzadas** (tubo rosa)
- **Dispositivos**: sonda nasogástrica (se indicado), cateter vesical (após avaliação perineal), acesso arterial ou venoso central conforme necessidade.
- **Imagiologia rápida** - RX tórax e bacia; FAST; TC corpo inteiro com contraste e angio-TC conforme situação clínica - **96330**
- **Preservação de evidência forense** (se aplicável).
- Preparação para possível **transfusão maciça**.
- **Cirurgia emergente corretiva** (se as condições clínicas da vítima de trauma o permitirem) ou cirurgia de controlo de danos (Damage Control Surgery)



AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA <60 MIN →

- **Obtenção de história detalhada** - AMPLE (alergias, medicação habitual; antecedentes pessoais e cirúrgicos; tempo desde a última refeição e eventos relacionados com o trauma como qual o mecanismo de lesão, avaliação e tratamento no local do acidente, tempo decorrido desde o acidente até a chegada do INEM).
- **Exame físico completo** - todas as regiões corporais: áreas facilmente esquecidas como o couro cabeludo, olhos (uso de lentes de contato ou óculos), o pescoço, o dorso e o períneo.
- **Analgesia adequada**
- **Profilaxia antibiótica e antitétânica**, se indicada.
- **Análises clínicas complementares** dirigidas à situação específica.
- **Registos de dados SBAR** - Situation-Background-Assessment-Recommendation)
- **Avaliação da evolução da resposta** à terapêutica instituída
- Identificação de **problemas** e definição de **diagnósticos** provisórios
- Formulação de um **plano de atuação** incluindo o tratamento e encaminhamento da vítima de trauma

APÊNDICE C- Apresentação: “Traumatismo Cranioencefálico: Intervenções de Enfermagem Especializada”



Traumatismo Cranioencefálico

Uma abordagem abrangente ao diagnóstico e tratamento de lesões cerebrais traumáticas: Cuidados de Enfermagem Especializada

Joana Cardoso
Enfermeira Especialista Alexandra Silveira
Prof. Mestre Celso Vaz

1

Epidemiologia do TCE

1.7M milhões

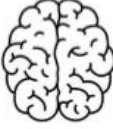
Pessoas sofrem TCE anualmente

52 mil

Mortes anuais por TCE

15-35%

Pessoas com TCE grave que chegam ao hospital



O traumatismo cranioencefálico representa um **problema de saúde pública** significativo, com mais de 1,7 milhões de pessoas afetadas anualmente.



(Densie et al., 2019; Naidich, 2022)

2

Classificação do TCE

O TCE pode ser classificado de várias formas, consoante: **mecanismo de lesão, natureza focal ou difusa da lesão e a localização das lesões cerebrais.**
A gravidade baseada na Escala de Coma de Glasgow (GCS) é uma das formas mais comuns de classificar o TCE.



TCE Ligeiro
GCS 13-15
Prognóstico geralmente favorável com recuperação completa esperada



TCE Moderado
GCS 9-12
Requer monitorização intensiva



TCE Grave
GCS ≤ 8
Requer cuidados intensivos imediatos e intervenção neurocirúrgica

(Densie et al., 2019; Naidich, 2022)

3

Mecanismos de Lesão



Lesão por Impacto
Trauma direto no crânio resultante de colisão com objeto ou superfície



Carga Inercial
Lesão causada por aceleração e desaceleração súbitas do cérebro



Lesão Penetrante
Trauma causado por objetos que perfuram o crânio e o tecido cerebral



Lesão por Explosão
Trauma resultante de ondas de pressão de explosões

☒ **Mais de um tipo de mecanismo pode estar presente simultaneamente na mesma pessoa.**

(Densie et al., 2019; Naidich, 2022)

4

Tratamento do TCE Ligeiro

GCS 13-15

A maioria das pessoas com TCE ligeiro recupera sem complicações.
A avaliação inicial cuidadosa é fundamental para possível investigação adicional.

Critérios para TC Craniana

Perda de consciência > 5 minutos
Anisócia retrógrada > 30 minutos

Prognóstico

Recuperação completa esperada na maioria dos casos



(Gardner et al., 2019; Neiderh, 2022)

7

Tratamento do TCE Moderado

GCS 9-12 Os exames neurológicos seriados são essenciais, pois 20% dos casos apresentam deterioração do seu estado neurológico. Requer monitorização intensiva e cuidados especializados.



(Gardner et al., 2019; Neiderh, 2022)

8

Tratamento do TCE Grave

GCS 3-8

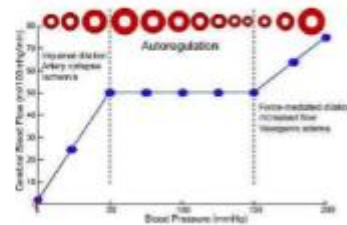
O tratamento do TCE grave centra-se no controlo da pressão intracraniana e na manutenção da perfusão cerebral adequada.

Pressão de Perfusão Cerebral
PPC = PAM - PIC

Pressão Intracraniana (PIC)
A PIC é de aproximadamente 10 mmHg.
Valor ideal: <20-25 mmHg

Indicações:

- Quando GCS < 8 com TC anormal (efeito do trauma da lesão com hematomas, contusões ou edema cerebral).
- TC normal se dois dos seguintes fatores estiverem presentes: idade > 40 anos, resposta anormal ao GCS < 8 ou 40 mmHg.



(Gardner et al., 2019; Neiderh, 2022)

9

Sinais de Herniação Cerebral Iminente



Anisocóricas
Assimetria Pupilar Significativa
Diferença notável no tamanho das pupilas



Depressão Respiratória
Compromisso do centro respiratório



Midríaticas
Pupilas Fixas e Dilatadas
Unilaterais ou bilaterais, sem reação à luz



Triade de Cushing
Hipertensão, bradicardia e bradipneia



Postura Anormal
Decorticação ou decerebração

(Gardner et al., 2019; Neiderh, 2022)

10

Suporte Ventilatório

O suporte ventilatório adequado é crucial para manter a oxigenação cerebral e controlar a pressão intracraniana através da regulação do CO₂.



Entubação Precoce

Proteção da via aérea em pessoas com TCE grave

Evitar Hipóxia

Manter saturação O₂ >98%, PaO₂ >60 mmHg

Monitorização CO₂

ETCO₂ para todos as pessoas ventilados com TCE

Ventilação Normal

Objetivo pCO₂ 35-45 mmHg

Evitar hiperventilação: reduzir pCO₂ <30 mmHg pode causar vasoconstrição levando a isquemia cerebral.

Um breve período de hiperventilação (PaCO₂ 25-30 mmHg) pode ser necessária em casos de deterioração neurológica, para reduzir a PIC

Traqueostomia Precoce → Pode reduzir os dias de ventilador

(Dorsie et al., 2019; Naidech, 2022)

10

11

Gestão Fluidos

Fluidos Recomendados

→ É preferível usar Soro fisiológico (SF); Lactato de Ringer (LR); Plasma-Lyte

→ Evite fluidos que contenham glicose para prevenir hiperglicemia (mantenha a glicose entre 140 e 180 mg/dl) ou fluidos hipotônicos para prevenir hiponatremia e agravamento do edema cerebral.



Em casos de PIC elevada ou edema cerebral grave, pode permitir que o Na aumente de 160 a 165mEq/L

(Dorsie et al., 2019; Naidech, 2022)

11

12

Gestão de Hemodinâmica

Pressão Arterial

→ Mantenha a normovolemia e a normotensão.

PAS ≥100 mmHg para pessoas com idades entre 50 e 69 anos.

PAS ≥110 mmHg para pessoas com 15 a 49 ou >70 anos

→ A hipotensão e a hipóxia duplicam o risco de mortalidade. A hemorragia intracraniana não pode causar choque hemorrágico. Se ocorrer hipotensão, explore outras causas

Pressão de Perfusão Cerebral (PPC)

→ Objetivo: PPC 60-70 mmHg, PAM 80-100 mmHg

→ A PPC baixa está associada ao desenvolvimento de lesão cerebral secundária. A hipertensão pode piorar o edema cerebral; portanto, o foco inicial deve ser na redução da PIC.

(Dorsie et al., 2019; Naidech, 2022)

12

13

Sedação e Analgesia

Reduzir a PIC, diminuindo a demanda metabólica, o fluxo sanguíneo e o volume sanguíneo cerebral

Sedação

→ O propofol é o agente sedativo preferido

→ Diminui a demanda metabólica cerebral e a PIC.

→ Tem duração curta para permitir avaliação clínica neurológica intermitente.

Analgesia

→ A analgesia opióide é preferível à infusão de sedativos.

→ O fentanil é preferível à morfina (maior eficácia e minimização da instabilidade hemodinâmica).



(Dorsie et al., 2019; Naidech, 2022)

13

14



Hipotermia e Hipertermia

Hipotermia
A evidência atual não suporta o uso de hipotermia profilática para melhorar os resultados.

Controlo da Febre
Febre >38°C leva a aumento do FR, FC e PIC. Tratamento agressivo com antipiréticos e arrefecimento controlado.

(Dorrie et al., 2019; Nadech, 2022)

15



Profilaxia e Cuidados Gerais

Profilaxia TEV
Meias mecânicas são apropriadas.

Anticonvulsivantes
→ A hemorragia intracraniana está associada a um risco aumentado de convulsões pós-traumáticas precoces (primeira semana), e a terapia anticonvulsivante profilática pode ser apropriada.
→ Terapêutica anticonvulsivante (levetiracetam) e indicação para EEG.

Nutrição
→ Deve-se iniciar alimentação, de acordo com as suas necessidades calóricas totais, o mais cedo possível, e pelo menos até ao 5.º-7.º dia após a lesão
→ É importante tratar a hiperglicemia.

(Dorrie et al., 2019; Nadech, 2022)

16



Pontos-Chave no Tratamento do TCE

O tratamento bem-sucedido do traumatismo cranioencefálico requer uma abordagem multidisciplinar coordenada, focada na prevenção de lesão cerebral secundária e na otimização da recuperação neurológica.

Avaliação Rápida
Classificação por GCS e imagiologia precoce são fundamentais para orientar o tratamento

Controlo da PIC
Manutenção da perfusão cerebral adequada através do controlo da pressão intracraniana

Prevenção da Lesão Secundária
Evitar hipóxia, hipotensão e hipertermia para prevenir lesão cerebral adicional

Cuidados Gerais
Vigilância neurológica rigorosa (GCS e Pupilas)
Elevação da Cabeceira 30° para facilitar drenagem venosa

(Dorrie et al., 2019; Nadech, 2022)

17



Intervenções de Enfermagem: Síntese

- Posição neutral da cabeça
- Elevação da cabeceira 30°. Acima de 45° pode agravar a lesão cerebral.
- Evitar flexão excessiva da articulação coxo-femural
- Aspiração endotraquel apenas quando necessário
- Manter a normotermia, normotensão e normoglicemia
- Administração de terapêutica laxante
- Prevenção de fenómenos tromboembólicos e administração de anticonvulsivante

18

APÊNDICE D- Apresentação: “Trauma: *ERC Guidelines* 2025 e Protocolo SIV: da evidência à prática pré-hospitalar

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE EGAS MONIZ

INEM

Trauma

ERC Guidelines 2025 e Protocolo SIV: da evidência à prática pré-hospitalar

Joana Cardoso
Orientador: João Lourenço
Professora Orientadora: Célia Vaz

1

Objetivos

- Reforçar a importância do trauma como condição tempo-dependente, valorizando a rapidez de reconhecimentos e de intervenção para melhorar o prognóstico;
- Explicar a fisiopatologia do trauma, com destaque para a tríade letal e as suas implicações na reanimação;
- Caracterizar a PCR traumática e reconhecer as principais causas reversíveis, orientado a intervenção para a sua correção precoce;
- Comparar e integrar o Protocolo SIV e as ERC Guidelines 2025 na PCR traumática, identificando pontos de convergência e implicações práticas para a atuação da equipa pré-hospitalar.

2

ÍNDICE

- 01 Mortalidade em Trauma
- 02 Fisiologia do Trauma
- 03 Protocolo SIV vs ERC Guidelines 2025
- 04 Considerações Finais

3

01

Mortalidade em Trauma

+++

4

Mortalidade em Trauma

External causes were responsible for 7% of deaths across OECD countries – notably accidents (including traffic accidents, falls and poisoning), which accounted for almost 6% of all deaths, and suicides, which accounted for 1.2% of all deaths. Falls are particularly important for ageing populations, as some older adults have physical vulnerabilities and lack the support mechanism to call on medical services quickly (Ka, Ou and Li, 2022c)



Key facts

- Injuries – both unintentional and violence-related – take the lives of 6.6 million people around the world each year and constitute nearly 9% of all deaths.
- For people age 0-29 years, 3 of the top 5 causes of death are injury-related, namely road traffic injuries, homicide and suicides.
- Injuries and violence are responsible for an estimated 10% of all years lived with disability.
- Injuries and violence place a massive burden on national economies, costing countries billions of US dollars each year in health care, lost productivity and law enforcement.
- Preventing injuries and violence will facilitate achievement of several Sustainable Development Goal (SDG) targets.



WHO, 2024, 18 Oct 2024

5

Mortalidade em Trauma



No Continente, 446 casos de RDS, registados ao 17.255 acidentes com vítimas, dos quais resultaram 193 vítimas mortais, 1.183 feridos graves e 20.480 feridos leves.

Comparando com o período homólogo de 2019, a tendência observada foi o aumento dos casos de suicídios, em especial nos feridos graves (+27,8%), apesar de todos os indicadores terem diminuído 11,9%.

Tabela 3.3. Evolução de vítimas mortais por Continente, 2015 a 2019 e 2019

Ano	EU	AMÉRICA	ÁFRICA	ASIA	OCE	PA	TL	OR
2015	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144
2016	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144
2017	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144
2018	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144
2019	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144
2019	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144
2019-2019	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144
2019-2019	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144
2019-2019	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144	1.144

ANR, 2024, 18 Oct 2024

6

Em Portugal, as taxas de acidentes e mortalidade relacionados com o trauma estão entre as mais altas da Europa

Principal causa de morte entre os indivíduos com menos de 45 anos. A hemorragia é a principal causa evitável de morte em doentes com trauma



(Quem, 2019, 18 Oct 2024)

7

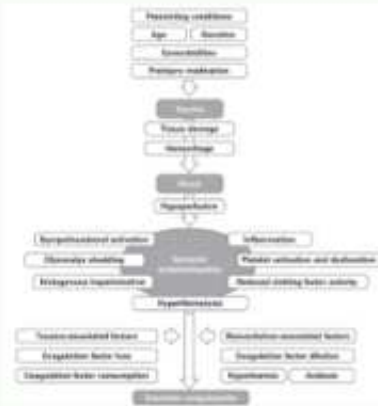
02 Fisiologia do Trauma



8

Tríade Letal do Trauma

Se estas características não forem corrigidas rapidamente, esta torna-se num ciclo vicioso e pode levar rapidamente à morte.



(Sawicki, 2021)

9

Tríade Letal do Trauma

Hipotermia

Devido a exposição física (tanto no local do acidente como no hospital), intoxicação, alterações circulatórias e administração de fluidos frios. Impacto profundo na coagulação, inibindo a agregação plaquetária e reduzindo a atividade dos fatores de coagulação.



- Minimizar a exposição
- Aplicar lençóis quentes e cobertores
- Administrar fluidos aquecidos



(Sawicki, 2021)

10

Tríade Letal do Trauma

Coagulopatia

O Trauma provoca a ativação da cascata de coagulação, formando um coágulo que, por sua vez, esgota as plaquetas e os fatores de coagulação, provocando uma coagulopatia de consumo. Esta coagulopatia é agravada pela administração de soluções cristalóides e concentrados eritrocitários sem a administração de fatores de coagulação.



- O fluido cristalóide promove a acidose, dilui os fatores de coagulação e perturba os marcadores inflamatórios.
- Proporções de plasma, plaquetas e concentrado de glóbulos vermelhos numa proporção de 1:1:1



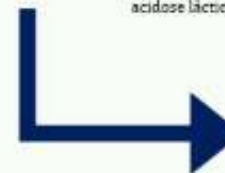
(Sawicki, 2021) (Quilley et al, 2008)

11

Tríade Letal do Trauma

Acidose

A diminuição do volume circulatório resultante da hemorragia afeta o fornecimento de oxigénio aos tecidos, levando ao desenvolvimento de metabolitos tóxicos, metabolismo anaeróbio e acidose láctica



O objetivo é otimizar o fornecimento de oxigénio através da transfusão de sangue e aumentar o débito cardíaco com agentes farmacológicos, ao mesmo tempo que se controla a hemorragia para travar a acidose.



(Sawicki, 2021)

12



03

Protocolo SIV

+++

13

Abordagem da Vítima- ABCDE

+++

Disfunção Neurológica

GCS, AVDS, Pupilas, défices motores e sensitivos
Dor, Glicémia, fatores que alteram o estado de consciência

Via Aérea

Compromisso da VA, cavidade oral, respiração ruidosa, alterações anatómicas

Ventilação

Auscultação, padrão respiratório, inspeção/palpação, SpO2

Circulação

TA+ritmo, pulso central e periférico, sinais de hemorragia oculta,

Exposição

Lesões, alterações da pele e temperatura

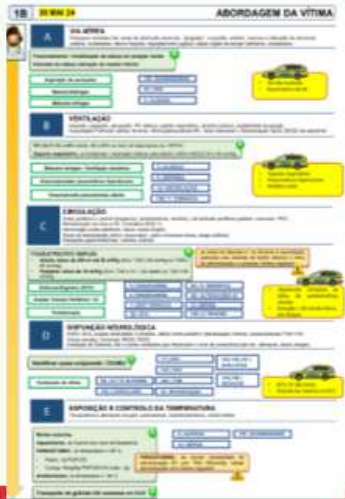


(PREF, 2024)

14

Abordagem da Vítima- ABCDE

+++

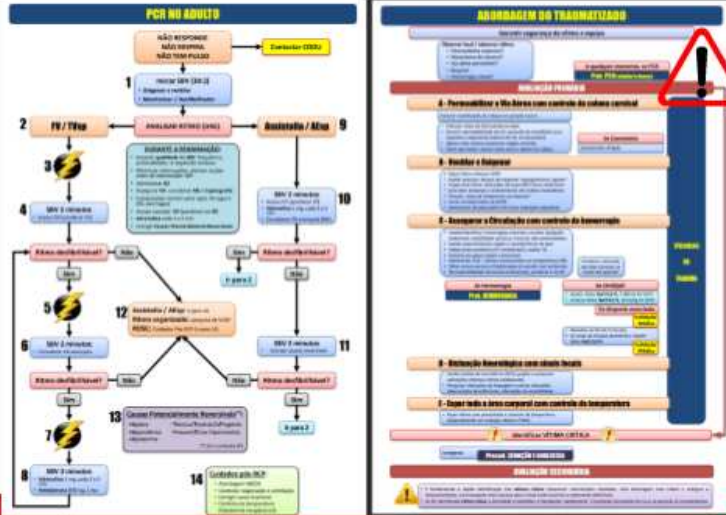


(PREF, 2024)

15

Abordagem da Vítima- ABCDE

+++



(PREF, 2024)

16



03

ERC Guidelines 2025

+++

17

Paragem CardioRespiratória PCR

A PCR, qualquer que seja a sua causa, exige uma **atuação imediata**, iniciada por um **reconhecimento rápido da situação**, **ativação precoce dos recursos de emergência** e um início de uma **reanimação de elevada qualidade**.

A condução adequada do evento implica ainda a **identificação rápida das etiologias potencialmente reversíveis**, tradicionalmente agrupadas na mnemónica "4Hs e 4Ts". Contudo, determinadas circunstâncias clínicas requerem **adaptações específicas às recomendações habituais**.



(Lewi et al., 2025)

18

Causas Reversíveis - H

1	2	3	4
Hipóxia	Hipovolémia	Hiper-Hipocaliémia	Hipo e Hipertermia



(Bauer et al., 2025)

19

Causas Reversíveis - T

1	2	3	4
Tóxicas	Tamponamento Cardíaco	Tensão (pneumotórax)	Trombose (cardíaca e pulmonar)

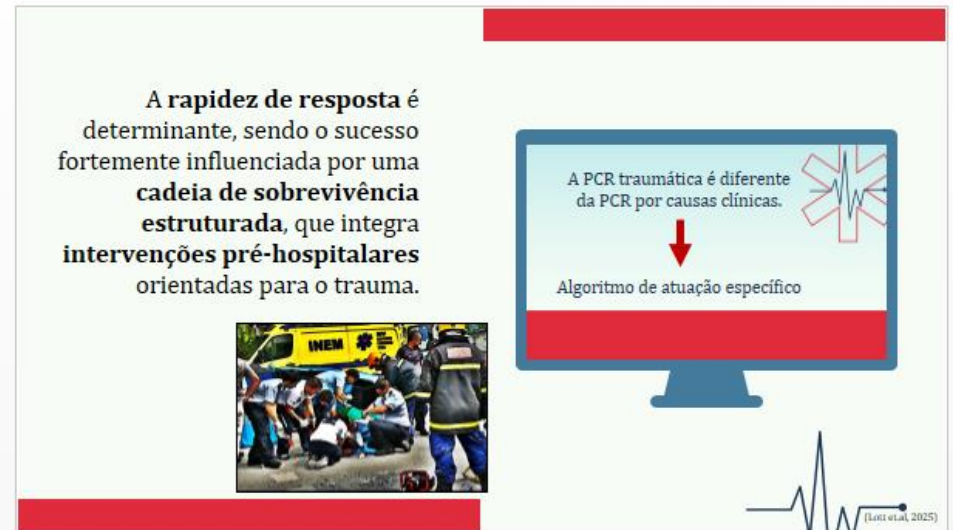


(Bauer et al., 2025)

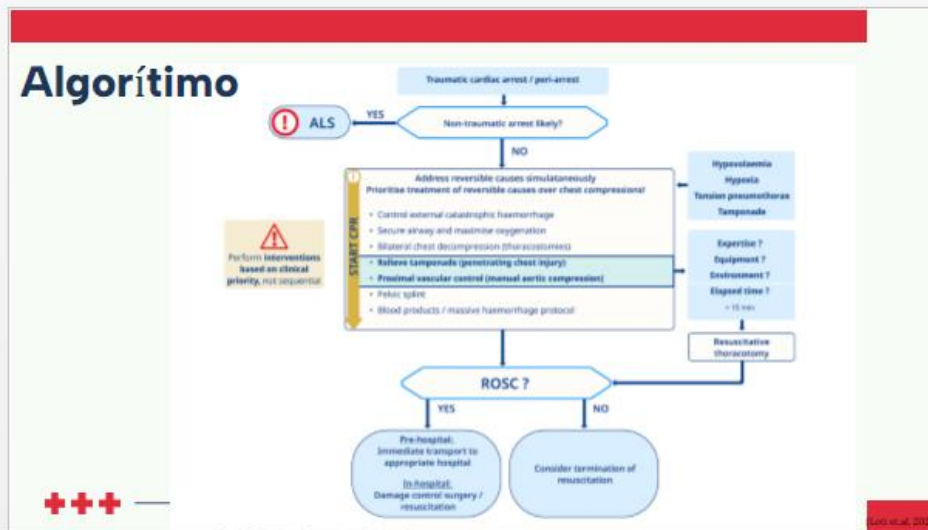
20



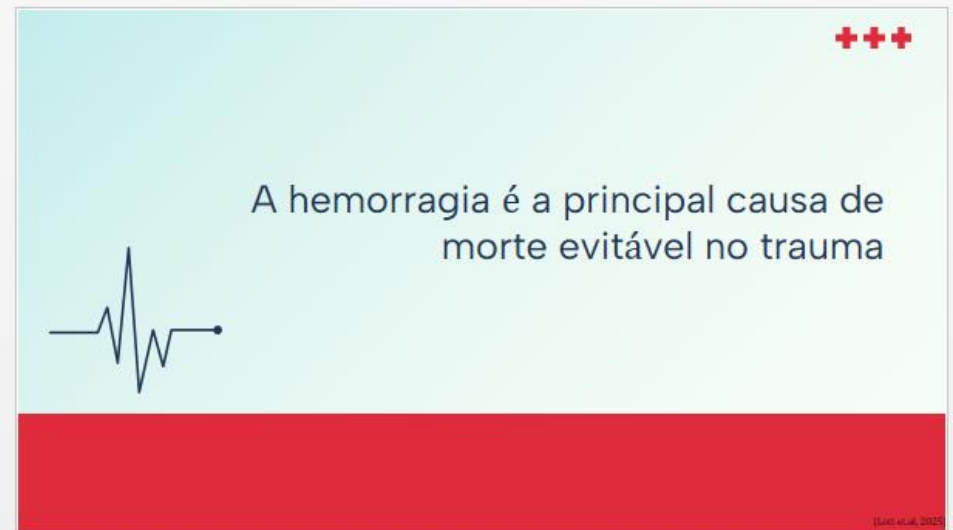
21



22



23



24

Causas Reversíveis

Hemorragia incontrolável

Choque hipovolémico, por perda sanguínea grave.

Pneumotórax hipertensivo

Aumento da pressão intratorácica

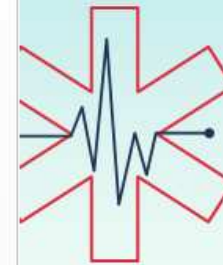
Tamponamento Cardíaco

Acumulação de sangue pericárdico



(Lima et al, 2023)

25



PCR Traumática: Cuidados de Enfermagem



26

Hipovolémia

O princípio fundamental é conseguir uma hemostasia imediata

A hemorragia externa pode ser tratada com **elevação do membro** que sangra, **compressão direta ou indireta**, **pensos compressivos**, **garrotes** e **agentes hemostáticos tópicos**.



A hemorragia interna é mais difícil de tratar e, para o controlo cirúrgico da hemorragia, podem ser utilizados **cintos pélvicos** (no caso da fratura pélvica), **hemoderivados**, **fluidos intravenosos aquecidos**, **vasopressores** e **ácido tranexâmico**.



(Lima et al, 2023)

27



Hipóxia

Pode ser causada por obstrução das vias aéreas, asfixia traumática ou apneia cerebral por impacto.

→ A gestão eficaz das vias aéreas e a ventilação com oxigénio podem prevenir e reverter a paragem cardíaca hipóxica.

→ Utilização de uma Via Aérea Supraglótica



A VMI em doentes com compromisso circulatório está associada a riscos importantes devido ao **aumento da pressão intratorácica**, que pode levar a uma diminuição ainda maior do débito cardíaco. Minimizar a pressão intratorácica utilizando **volumes correntes baixos** e **PEEP mínima** pode ajudar a otimizar a pré-carga cardíaca.

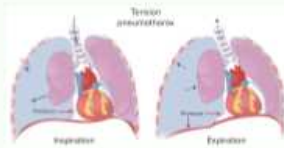


(Lima et al, 2023)

28

Pneumotórax Hipertensivo

É uma condição reversível.



Pode levar à paragem cardíaca obstruindo o retorno venoso através de desvio mediastínico e comprometendo as trocas gasosas. A ventilação com pressão positiva pode converter um pneumotórax simples num pneumotórax hipertensivo.

Os sintomas incluem **compromisso hemodinâmico** (hipotensão ou paragem cardíaca) em conjunto com **sinais sugestivos de pneumotórax** (dificuldade respiratória prévia, hipoxia, ausência de murmúrio vesicular unilateral à auscultação, enfisema subcutâneo e desvio mediastínico com desvio da traqueia e distensão da veia jugular).



(Linn et al., 2020)

29

Pneumotórax Hipertensivo

É uma condição reversível.



→ Expor o lado do pneumotórax hipertensivo e **localizar o segundo espaço intercostal no tórax anterior na linha medioclavicular.**

→ Preparar rapidamente a área com um antisséptico.

→ Usar cateter de **calibre G14** ou superior, com 6-9 cm de comprimento e inserir a **agulha no segundo espaço intercostal num ângulo de 90 graus no bordo superior da terceira costela**, para evitar o feixe neurovascular.

→ O sentido do bisel da agulha é irrelevante para o sucesso dos resultados. Ter muito cuidado para não inclinar a agulha no sentido do mediastino (medialmente). À medida que a agulha entra no espaço pleural, poderá sentir um "estalido".



(Alonso et al., 2020)

30

Pneumotórax Hipertensivo

É uma condição reversível.



→ Na presença de um pneumotórax hipertensivo, ouvir-se-á um sopro de ar à medida que a pressão torácica é aliviada. Ao utilizar um cateter com mandril, introduzir o conjunto no tórax. **Retirar o mandril e deixar o cateter colocado.**

→ Para evitar deslocação, o cateter pode ser estabilizado no tórax com adesivo.

→ Deixar o cateter de plástico e fixá-lo na posição até ser substituído por um dreno torácico no hospital



(Alonso et al., 2020)

31

Cuidados pós-ressuscitação

Otimização do débito cardíaco é essencial para restaurar a oxigenação e satisfazer as exigências metabólicas da fisiologia pós-paragem. Isto inclui **ressuscitação volêmica** e suporte vasopressor, conforme necessário, para **manter a perfusão tecidual** adequada e o **fornecimento de oxigénio.**



O **controle da temperatura** é crucial, uma vez que a **hipotermia** agrava a **coagulopatia**, a **acidose** e a **instabilidade hemodinâmica** (a "triade letal"). Para evitar uma maior deterioração, as estratégias de **aquecimento ativo**, incluindo o aquecimento de fluidos, os dispositivos de aquecimento exterior e a manutenção de um ambiente ideal para a reanimação, devem ser **implementadas precocemente.**



(Linn et al., 2020)

32

Cuidados pós-ressuscitação

O controlo da coagulação é um componente essencial da reanimação, dado que a **coagulopatia** induzida pelo trauma **pode agravar a hemorragia e a disfunção orgânica**. As estratégias incluem a administração precoce de hemoderivados (ex. plasma, plaquetas, fibrinogénio ou sangue total), **ácido tranexâmico** e **monitorização da coagulação** no local de prestação de cuidados para orientar a terapêutica hemostática dirigida.



(Lott et al, 2025)

Caso Clínico: PCR traumática no terreno

Colisão carro-mota

Homem, de ~28anos com projeção.

À chegada, encontra-se no chão, inconsciente com *gasping* ausente, sem pulso central, pele muito pálida e sudorética.



A destacar:

- Hemorragia exsanguinante na coxa (suspeita de laceração)
- Tórax com assimetria de expansão
- Local inseguro (trânsito)



33

34

Caso Clínico: Distribuição de Funções

Enfermeiro SIV: Líder + tomada de decisões críticas + Supervisão.

Dá comandos curtos, controla tempos e define prioridades

Faz uma triagem rápida, trata as causas reversíveis e decide o que é imediato vs o que pode esperar.

Comunica com o CODU

Assegura uma VA avançada

Reavalia



Caso Clínico: Distribuição de Funções



Equipa de Bombeiros

Compressões contínuas de alta qualidade (troca com o outro bombeiro se cansaço ou se necessário)

Apoia o enfermeiro e o TEPH

Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

Localiza e controla a hemorragia (torniquete/pensos compressivos/hemostáticos/cinto pélvico se necessário)

Apoia o enfermeiro, colocação de acessos venosos

Monitoriza o doente

Encarrega-se de manter a via aérea/ventilação



35

36



04

Considerações Finais



37

Diferenças



ERC Guidelines	Protocolo SIV
Introdução de um algoritmo específico de paragem cardíaca traumática	Em casos de trauma com PCR remete para o protocolo geral de PCR, sem um algoritmo dedicado à PCR traumática.
Afirma que, a eficácia das compressões é incerta e, não devem atrasar o tratamento imediato das causas reversíveis, mesmo que isso implique interrompê-las brevemente.	Reforça a elevada qualidade e minimização de interrupção de compressões, tratando as causas reversíveis "durante a reanimação", mas mantendo a lógica clássica do protocolo PCR.



38

Semelhanças



-  Controlo imediato da **hemorragia exsanguinante**: como eixo central da abordagem.
-  **Gestão da via aérea e oxigenação precoce**: ambos protocolos incluem intervenções para garantir uma via aérea permeável e ventilação/oxigenação como medidas críticas para reverter a PCR por hipóxia.
-  Atuação baseada em equipa com uma abordagem altamente coordenada com os diversos meios.
-  **Monitorização e reavaliação contínuas durante a abordagem**: com uso de parâmetros fisiológicos para guiar as intervenções.
-  **Decisão operacional orientada pelo sistema e recursos**: a estratégia depende das competências/ equipamentos disponíveis, com foco em evitar tempos pré-hospitalares prolongados e garantir o transporte adequado.



39

Conclusão



- A PCR traumática é um **evento tempo-dependente**
- O uso de **algoritmos** permite transformar um cenário caótico numa sequência de decisões claras, reduzindo atrasos e variabilidade entre equipas
- Na PCR traumática, o **foco é reconhecer e corrigir rapidamente causas reversíveis**, atuando de forma coordenada e em paralelo sempre que possível
- As diferenças entre algoritmos traduzem-se sobretudo na **hierarquização das prioridades** e na execução no terreno, sendo essencial garantir que as **intervenções decisivas sejam iniciadas precocemente**
- A articulação entre os algoritmos e as condições reais de atuação **promove uma maior segurança, facilita a comunicação em equipa** e aumenta a probabilidade de reversão do quadro clínico.

40

ANEXOS

ANEXO I- *Internacional Congress on Emergency*



ICE

INTERNATIONAL
CONGRESS ON
EMERGENCY

www.apemerg.pt

LISBOA 4 abril 2025

Patrocinador Gold



Patrocinadoras Silver



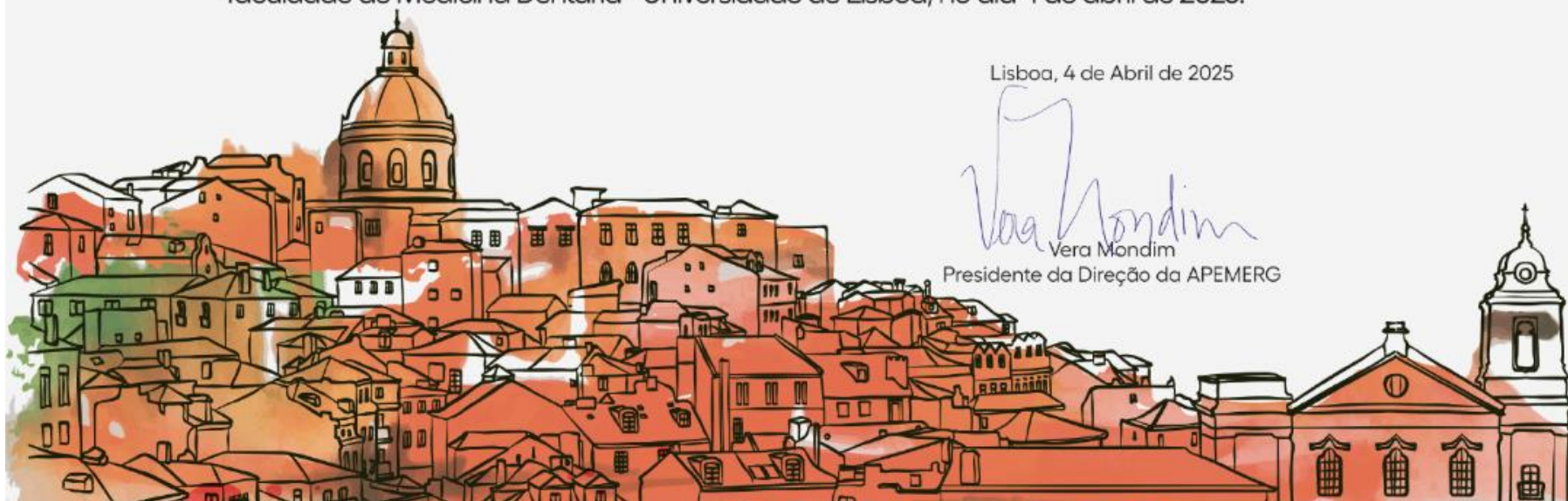
Certifica-se que JOANA FRANCISCA FERNANDES CARDOSO

participou no **INTERNATIONAL CONGRESS ON EMERGENCY (ICE25)** by Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência, realizado no Auditório Prof. Armando Simões dos Santos, faculdade de Medicina Dentária - Universidade de Lisboa, no dia 4 de abril de 2025.

Lisboa, 4 de Abril de 2025

Vera Mondim
Vera Mondim

Presidente da Direção da APEMERG



ANEXO II- EU Modex Combine Exercise USAR-EMT



CERTIFICATE OF ATTENDANCE

Attended in the
EU MODEX COMBINE EXERCISE
USAR-EMT PORTUGAL 2025
as Role-player
held on

27 – 31 January 2025

JOANA FRANCISCA FERNANDES CARDOSO

European-scale exercise under the EU MODEX project, part of the European Civil Protection Mechanism organised by the Guarda Nacional Republicana (GNR), the Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) and the EU MODEX European Consortium.

Participation of international Urban Search and Rescue (USAR) and Emergency Medical Teams (EMT), and prestigious entities such as the European Civil Protection Mechanism (UCPM) and the World Health Organisation (WHO - EMT Initiative).

Venue Manager

José Ricardo Gomes Rodrigues

Major-general da GNR

Venue Manager Support

Sérgio Dias Janeiro

Presidente do INEM



Funded by the
European Union



ANEXO III- Congresso Internacional do Doente Crítico

#DC '25

CONGRESSO INTERNACIONAL DO DOENTE CRÍTICO

Certificado

A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica que

Joana Francisca Fernandes Cardoso

participou no Congresso Internacional do Doente Crítico 2025, com a duração de 13 horas e
que decorreu nos dias 7 e 8 de novembro, no Instituto Politécnico de Setúbal –
Escola Superior de Saúde.

Lisboa, 10 de Novembro de 2025

O Presidente da APE



João José Santos Fernandes

WORKSHOPS | MASTERCLASSES

IPS SETÚBAL 6, 7, 8 NOV



Anexo IV- *MasterClass*: Imobilização e Transporte da Vítima de Trauma

#DC '25

CONGRESSO INTERNACIONAL DO DOENTE CRÍTICO

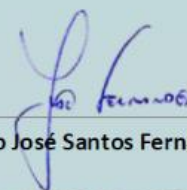
Certificado

A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica que

Joana Francisca Fernandes Cardoso

participou como formando na Masterclass **Imobilização e Transporte da Vítima de Trauma**, com a duração de 2 horas, inserida no Congresso Internacional do Doente Crítico 2025, que decorreu nos dias 7 e 8 de novembro de 2025, no Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde.

O Presidente da APE



João José Santos Fernandes

Lisboa, 10 de Novembro de 2025

WORKSHOPS | MASTERCLASSES

IPS SETÚBAL 6, 7, 8 NOV



ANEXO V- Princípios Básicos de Gestão de Eventos de Exceção e Catástrofe

CERTIFICADO

Certifica-se que Joana Francisca Fernandes Cardoso portadora da Cédula Profissional nº 98081 concluiu com aproveitamento o curso conducente a Microcredencial - **Princípios Básicos de Gestão de Exceção e Catástrofe**

Objetivos:

Elaborar estratégias e tomar decisões adequadas em situações de exceção e catástrofe.

Conteúdos programáticos:

Módulo 1 – Situações de Exceção: conceitos fundamentais

Módulo 2 – Resposta às Situações de Exceção

Módulo 3 - Resposta Hospitalar à Catástrofe Externa e Interna

Metodologia/s de ensino-aprendizagem usada/s:

Sessões teóricas e teórico-práticas com recurso a métodos expositivos e interativos.

Coordenadora: Carla Nascimento

Duração: 25 Horas

Créditos: 1ECTS

Local: Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa

Data: 07, 14 e 21 de janeiro de 2026

Lisboa, 27 de janeiro de 2026


Professora Odete Lemos e Sousa
(Vice-Presidente da ESEUL)

**ANEXO VI- *Webinar*: CAPACITAR PARA O (IM) PROVÁVEL: GESTÃO DE
RECURSOS EM EMERGÊNCIA MÉDICA E CATÁSTROFE**



Certifica-se que Joana Francisca Fernandes Cardoso, nascido(a) em 13/07/1998, com o número de identificação civil *****3748, participou no webinar

// CAPACITAR PARA O (IM)PROVÁVEL: GESTÃO DE RECURSOS EM EMERGÊNCIA MÉDICA E CATÁSTROFE

que decorreu em 20/12/2024, com a duração de 8 horas .

Porto Salvo, 20 de dezembro de 2024

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 242611411

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

ANEXO VII- Suporte Básico de Vida

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A Egas Moniz Cooperativa de Ensino Superior CRL, certifica
que Joana fernandes Cardoso participou com
aproveitamento no Curso de Suporte Básico de Vida Adulto
e Desfibrilhação Automática Externa (SBVDAE) realizado
em 09/07/2025 com uma carga horária de 7 horas.

Este curso teve como objetivo capacitar os participantes
para identificar e atuar em situações de paragem
cardiorrespiratória, utilizando técnicas de suporte básico de
vida e desfibrilhação automática externa, conforme as
diretrizes mais recentes.

Emitido em
Caparica, 24/07/2025.

