



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

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

Cátia Sofia Fernandes Godinho Ferreira

INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DO ENFERMEIRO  
ESPECIALISTA NA VIA VERDE TRAUMA EM  
SERVIÇO DE URGÊNCIA

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2025

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

**Intervenções autónomas do enfermeiro  
especialista na via verde trauma em serviço de  
urgência**

Relatório Final de Estágio

**Cátia Sofia Fernandes Godinho Ferreira**

Relatório de estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação do Professor Especialista Filipe Franco.

Oliveira de Azeméis | 2025



“O propósito da nossa vida é o de acrescentar valor á vida das pessoas desta geração e á das gerações vindouras.”

Buckminster Fuller



## AGRADECIMENTOS

---

A realização deste trabalho marca o fim de uma etapa importante, mas também o começo de novos caminhos e desafios. Nada disso teria sido possível sem o apoio, o incentivo e o carinho de tantas pessoas especiais. A todos os que caminharam ao meu lado, expresso a minha profunda gratidão.

Ao orientador de todo este percurso investigativo o Professor Especialista Filipe Franco.

À Enfermeira Lídia Gomes, pela ajuda inestimável e pelo interesse genuíno demonstrados ao longo deste percurso.

Aos enfermeiros tutores, pela partilha de conhecimentos.

Aos meus pais, que sempre acreditaram em mim e me incentivaram em cada passo, com amor e dedicação incondicionais. Vocês foram e sempre serão a minha maior inspiração. Obrigada por cada palavra, por cada sacrifício, e por serem o meu porto seguro.

Ao meu noivo Henrique, pela paciência, compreensão e apoio nos dias difíceis. Obrigada por acreditares em mim, mesmo quando eu própria duvidei, se sigo em frente devo-o a ti.

À minha querida amiga Diana Vale e ao meu amigo Bruno Sá, cuja presença e ajuda foram essenciais para que este trabalho se concretizasse. Sem o vosso incentivo, companheirismo e amizade, nada disto seria possível. Obrigada por cada palavra de encorajamento e por estarem ao meu lado.

À minha melhor amiga, Emiliania Reis, a minha força de todas as horas.

À Mel e à Mara, que me provam diariamente que o amor verdadeiro existe.

A todos os que amo, pela energia positiva, pelas palavras de acolhimento e por todos os momentos de alegria compartilhados. Vocês são parte fundamental do que eu sou e do que alcancei até aqui.

Ao meu eterno Spike, fiel companheiro, que, a sua alegria e afeto, esteve ao meu lado em tantos passos desta jornada e tornou muitas horas solitárias de estudo, leves e mais alegres. Obrigada pela serenidade e alegria naqueles momentos exaustivamente desafiadores. Esta conquista também é tua, para sempre “o meu cão”.



## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

---

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AVC – Acidente vascular cerebral

CODU – Centro de Orientação de doentes urgentes

DGS – Direção geral de saúde

EE – Enfermeiro especialista

E – Enfermeiro

ECG – Eletrocardiograma

EMC – Enfermagem médico-cirúrgica

EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica

ESSNorteCVP – Escola Superior Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa

FG – *Focus Group*

IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IHTLS - *International Trauma Life Support*

MR – Médico Regulador

OE – Ordem dos enfermeiros

PAPA – Programa de apoio à prescrição antibiótica

PAI – Pneumonia associada à intubação

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

PCBI – Precauções básicas de controlo de infeção

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNCI - Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos

PNSD – Plano Nacional para a segurança dos Doentes

PSC – Pessoa em situação crítica

PHTLS - *Prehospital Trauma Life Support*

RAM – resistência aos agentes antimicrobianos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte avançado de vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SE – Sala de emergência

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIRESP - Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal

SIV – Suporte imediato de vida

SU – Serviço de urgência

SU's – Serviços de urgência

SUB – Serviço de urgência básica

SUMC- Serviço urgência médico-cirúrgica

TEPH – Técnico Emergência Pré-Hospitalar

VMER – Viatura médica emergência e reanimação

VV – Via Verde

VVT – Via verde Trauma

WHO – *World Health Organization*

## RESUMO

---

A realização deste relatório surge no âmbito da unidade curricular Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II, inserida no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, envergando como objetivos: refletir criticamente sobre as atividades que permitiram a aquisição e desenvolvimento das competências, do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica.

No início deste relatório de estágio, apresenta-se um breve enquadramento dos serviços abordados: o serviço de urgência polivalente e o pré-hospitalar. Em seguida, procede-se a uma análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas, das atividades desenvolvidas e da forma como foram adquiridas e aprimoradas as competências, tanto gerais quanto específicas, do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica para o cuidado de pessoas em situação crítica.

Na segunda parte, foca-se na componente de investigação, num estudo qualitativo, exploratório e descritivo, com recurso à *Focus Group*, cujo objetivo é explorar e descrever as intervenções autónomas do enfermeiro especialista na via verde trauma em serviço de urgência. A questão orientadora que fundamenta esta investigação é: quais são as intervenções autónomas do enfermeiro especialista na via verde trauma, em serviço de urgência?

Face à importância da avaliação e intervenção rápida, precoce e adequada à pessoa vítima de trauma, os enfermeiros dão início a um conjunto de mecanismos organizacionais, que exige cuidados diferenciados e qualificados em que os enfermeiros especialistas, pela sua competência científica, técnica e humana desempenham um papel central, potenciando a melhoria dos índices de mortalidade e morbilidade, assim como a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Seguiu-se o método com recurso a *Focus Group*, sendo a análise de conteúdos segundo as orientações de Bardin (2015), utilizando-se a estratégia do “*funil*”, assente numa amostra intencional de oito enfermeiros especialistas e peritos, considerados pelos pares, na área de urgência de duas instituições da região Norte do País com via verde trauma e sem via verde trauma instituída respetivamente (Morgan, 1997).

O presente projeto dá ênfase ao papel do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica e à sua evolução e promoção da excelência do cuidar em enfermagem.



## ABSTRACT

---

The development of this report is part of the curricular unit Nursing for the Critically Ill Person II, included in the curriculum of the Master's degree in Medical-Surgical Nursing with a specialization in Nursing for the Critically Ill Person, at the Northern Health School of the Portuguese Red Cross. The objectives of this report are to critically reflect on the activities that contributed to the acquisition and development of competencies of the specialist nurse in medical-surgical nursing, particularly in the care of critically ill patients.

At the beginning of this internship report, a brief overview of the services involved is presented: the Medical-Surgical Emergency Department and the National Institute of Medical Emergency (INEM). This is followed by a critical-reflective analysis of the experiences encountered, the activities carried out, and how the general and specific competencies of the specialist nurse in medical-surgical nursing for the care of critically ill patients were acquired and enhanced.

The second part of this report focuses on the research component, employing a qualitative, exploratory, and descriptive study using the *Focus Group* method. The objective is to explore and describe the autonomous interventions of the specialist nurse in the Trauma Green Pathway within the emergency department. The guiding research question for this study is: What are the autonomous interventions of the specialist nurse in the Trauma Green Pathway within the emergency department?

Given the importance of rapid, early, and appropriate assessment and intervention for trauma victims, nurses initiate a series of organizational mechanisms that require differentiated and qualified care. Specialist nurses, with their scientific, technical, and human competencies, play a central role in improving mortality and morbidity rates, as well as ensuring the safety and quality of care provided. The method used was a Focus Group, with content analysis according to Bardin's guidelines (2015), employing the "funnel" strategy. The study involved a purposive sample of eight specialist nurses and experts, recognized by their peers, from two emergency services in two institutions in the northern region of the country, one with a trauma green pathway protocol, and one without a trauma green pathway protocol (Morgan, 1997).

This project emphasizes the role of the specialist nurse in the care of critically ill patients, highlighting their evolution and the promotion of excellence in nursing practice.



## ÍNDICE GERAL

---

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO</b> .....	19
<b>1. Enquadramento dos contextos de estágio</b> .....	21
1.1. Estágio em contexto de urgência .....	21
1.2. Estágio em contexto de Pré-Hospitalar .....	25
<b>2. Competências comuns do enfermeiro especialista</b> .....	29
2.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal .....	29
2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade .....	35
2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados .....	44
2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	49
<b>3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica</b> .....	53
3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica .....	53
3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação .....	57
3.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência de antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas ..	59
<b>4. Considerações finais</b> .....	63
<b>PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	65
<b>1. Resumo</b> .....	67
<b>2. Abstract</b> .....	69
<b>3. Fundamentação/enquadramento teórico</b> .....	71
<b>4. Finalidade e objetivos</b> .....	75
<b>5. Metodologia</b> .....	77
5.1. Desenho do estudo .....	78
5.2. Considerações éticas .....	80

6. Resultados.....	81
7. Discussão.....	87
8. Conclusão.....	99
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
APÊNDICE.....	111
APÊNDICE I: Quadro de orientação da entrevista – guião <i>focus group</i> .....	113
APÊNDICE II – Formação sobre gestão de multivítimas: triagem em mass casualty incidents.....	115
APÊNDICE III- Algoritmo via verde trauma.....	128
APÊNDICE IV- Consentimento Informado Livre e Esclarecido (Q 190).....	130

## INTRODUÇÃO

---

A O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio à Pessoa em Situação Crítica II do 3º curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica (EMC) na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC), da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP).

Este relatório tem como objetivos: refletir criticamente sobre todas as atividades que permitiram a aquisição e desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica.

De acordo com o regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019b), o Enfermeiro Especialista (EE) deve demonstrar competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem na área da sua especialidade. No âmbito da especialização, estão também regulamentadas as competências comuns, transversais a todas as especialidades e aplicáveis a todos os contextos de cuidados de saúde (Ordem dos enfermeiros [OE], 2019b). Designa ainda que, a pessoa em situação crítica é aquela “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p.19362).

O cuidar da pessoa em situação crítica torna-se uma realidade diferente na esfera do cuidar em enfermagem e exige por parte dos profissionais conhecimentos, competências, formas de agir e atitudes específicas, que a partir da sua intervenção, podem decidir ou conduzir o desfecho da vida humana.

Um EE é aquele que busca o seu desenvolvimento de forma constante e sustentada pela atualização dos seus conhecimentos e competências. Os cuidados do EE devem ser desenvolvidos com foco no risco elevado de falência das suas componentes essenciais à vida, na satisfação das suas necessidades afetadas, na prevenção de complicações e na manutenção ou restabelecimento das funções necessárias à vida (OE, 2018). Ainda, Segundo o Art.º 8, do Estatuto da OE (OE, 2015b), o título de enfermeiro especialista reconhece competências técnicas e humanas que possibilitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem, para além da prestação de cuidados gerais.

No sentido do desenvolvimento e consolidação das competências comuns ao enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica, realizou-se o estágio em dois momentos e serviços diferentes: o primeiro de dois de outubro a oito de dezembro de 2023 no serviço de urgência polivalente de um hospital da região norte e o segundo momento de 11 de dezembro de 2023 a 12 de março de 2024 no pré-hospitalar.

Todos os enfermeiros especialistas, seja qual for a sua área de especialização, possuem competências comuns que se aplicam a todos os contextos independentemente do nível de cuidados de saúde (primário, secundário ou terciário) (OE, 2019b).

São reconhecidas como competências comuns, aquelas cujos enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstram através da sua capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados, com recurso à argumentação e fundamentação da prática do seu exercício profissional (OE, 2019b).

Por sua vez, as competências específicas decorrem das intervenções definidas por cada área de especialização, adequando-se às necessidades de saúde da pessoa, interferindo no processo de vida e resolvendo os problemas de saúde identificados (OE, 2019b).

Paralelamente, neste documento também se introduz uma componente de investigação no âmbito da via verde trauma (VVT).

O trauma traduz-se num dos maiores desafios de saúde pública do nosso século. Estima-se que o trauma é responsável por cerca de 10% do total das mortes no mundo, o equivalente a cerca de 5.8 Milhões de pessoas, constatando-se a principal causa de morte em pessoas até aos 44 anos de idade. Este facto traduz-se num número elevado de pessoas com sequelas (American College of Surgeons, 2009; World Health Organization [WHO], 2018), que origina períodos de reabilitação prolongados, acompanhados por problemas emocionais, afetando o desempenho dos papéis sociais, o que interfere de forma significativa na qualidade de vida das pessoas (Santos et al., 2018).

As vias verdes (VV) em Portugal foram criadas com o intuito de melhorar a acessibilidade ao tratamento mais adequado e eficaz, tendo sido definidas como uma estratégia organizada na abordagem, encaminhamento e tratamento, ao longo do pré, intra e inter-hospitalar, para as situações clínicas mais frequentes e/ou graves, como é o caso do trauma.

A VVT é implementada em Portugal pela Direção Geral de Saúde (DGS), em 2010, com a circular normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010 - Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Esta determina a sua implementação em

todas as unidades com serviço de urgência (SU) a nível nacional, realçando a importância da patologia em questão, bem como, o potencial impacto na diminuição das taxas de mortalidade e morbilidade nas pessoas vítimas de trauma, através da implementação de medidas relativamente simples e custo-efetivas (Direção Geral da Saúde [DGS], 2010a).

De acordo com o artigo 9º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) consideram-se intervenções autónomas

“as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” (OE, 2015b, pag.104).

Atualmente, é notório que o papel da equipa de enfermagem no SU, é cada vez mais tecnicista. Assim, a realização desta investigação, tem como principal objetivo explorar e descrever as intervenções autónomas do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica, na via verde trauma, em serviço de urgência, tendo como questão norteadora: quais as intervenções autónomas do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica, na via verde trauma, em serviço de urgência?

Este relatório, no que concerne à estrutura, encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte focada na componente prática/estágio, apresentando-se um breve enquadramento dos dois contextos, seguindo-se de uma análise crítica e reflexiva, baseando-se nas competências comuns e específicas do EE em EMC na área de especialização de enfermagem à PSC.

A segunda parte, centra-se na componente de investigação, tendo sido escolhido o método *Focus Group* (FG) segundo a estratégia do "*funil*" (Morgan, 1997).



## **PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO**

---



## **1. Enquadramento dos contextos de estágio**

---

Ao longo deste ponto é realizada uma caracterização dos contextos de estágio enquadrados na unidade curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II, essenciais para o desenvolvimento das competências do EE.

Para a concretização desta unidade curricular, foi necessária a realização de dois estágios na área da enfermagem à PSC, nomeadamente numa unidade de SU médico-cirúrgico da região norte e no pré-hospitalar.

Sem a integração dos locais de estágio não seria possível falar sobre competências, pois estes pelas suas características, bem como pelos tutores de estágio, tornaram-se facilitadores de todas as aprendizagens conseguidas.

Inicia-se assim uma descrição que resulta da observação direta ao longo do estágio; de entrevistas informais não estruturadas realizadas aos profissionais de saúde do local, e do recurso a documentos oficiais nacionais no âmbito da organização dos serviços de saúde hospitalares, de regulação profissional e outros.

### *1.1. Estágio em contexto de urgência*

Para compreender as implicações específicas de qualquer cuidado, o conhecimento do contexto em que se realiza é fundamental, pois cada contexto originará um determinado comportamento (Benner, 2001).

De acordo com o despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, os SU distinguem-se em três níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: serviço de urgência básica (SUB), serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) e serviço de urgência polivalente (SUP) (Despacho n.º 10319/2014).

O primeiro momento de estágio realizou-se em contexto de urgência de um hospital da região norte. Considerado um SUP, sendo o terceiro nível de acolhimento das situações de urgência e emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência. Refere-se a uma unidade orgânica funcional, composta por meios naturais, humanos e técnicos que lhe conferem autonomia para garantir a prestação de cuidados imediatos em situações de emergência/urgência durante as vinte e quatro horas de todos os dias do ano (DGS, 2001).

No que se refere ao acolhimento de pessoas em situação de urgência, comporta as valências médicas obrigatórias de medicina interna, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, imuno-hemoterapia, bloco operatório, imagiologia e patologia clínica e enverga ainda, a viatura médica de emergência e reanimação, assegurando a atividade pré-hospitalar (Despacho nº 10319/2014).

Relativamente à estrutura física deste SUP, o serviço está estruturado em setores distintos. Do exterior para o interior: admissão, posto de triagem, sala de emergência com capacidade para 4 macas em simultâneo, sala laranja com capacidade para 26 macas, cadeirões para utentes a pé, 1 quarto de isolamento, capacitado de pressão positiva e negativa e 1 copa para armazenamento de alimentação dos utentes, área de trauma/pequena cirurgia constituída por: sala de observação com capacidade até 8 camas, sala de trauma, 5 gabinetes médicos de especialidades (oftalmologia, otorrino, ortopedia e cirurgia) e sala de tratamentos. Tem ainda a área médica amarela/ verde e azul com espaço de 35 macas, vários cadeirões, 1 quarto de isolamento, com capacidade para três macas e 1 copa para armazenamento de alimentação dos utentes, 1 sala de tratamentos e vários gabinetes médicos. Assegura ainda fáceis acessos a meios complementares de diagnóstico, visto encontrar-se no mesmo piso do serviço de imagiologia. Tem ainda acesso fácil ao bloco operatório (em permanência), cumprindo as determinações da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). A pediatria e a ginecologia encontram-se noutra espaço físico. De realçar ainda a existência de vários postos de apoio como: sala de apoio aos familiares para comunicação de más notícias; gabinete do enfermeiro gestor; gabinete do diretor clínico; gabinete do enfermeiro coordenador onde contempla a farmácia interna do SU; copa; armazém avançado; sala de banho assistido; sala de equipamentos; casas de banho para profissionais; casas de banho para acompanhantes/familiares.

A área de triagem é formada por três postos, sendo que um deles é utilizado apenas em caso de elevada afluência ou tempos de espera superiores aos indicados.

O primeiro contacto que o enfermeiro tem com o utente é no posto de triagem, uma vez que a admissão do mesmo é realizada pela equipa de administrativos. Na triagem, o enfermeiro realiza a primeira avaliação do utente, baseado no sistema de Triagem de Manchester, que tem como objetivo os priorizar conforme a gravidade da queixa com que se apresentam no serviço, sendo-lhe atribuída uma pulseira com cor (dependendo da sua prioridade) face à sua queixa e sintomatologia (Manchester Triage System, 2022), atribuindo-lhe uma prioridade clínica. A utilização desta escala de prioridades na sua versão mais atualizada é obrigatória em todos os SU, de acordo com a norma n.º 002/2018 da DGS (DGS, 2018a).

O SUP privilegia a orientação dos utentes através da ativação dos fluxos das VV, nomeadamente a VV acidente vascular cerebral (AVC), VVT, VV coronária e VV sépsis que se encontram em funcionamento 24 horas por dia, cabendo ao serviço garantir a criação e revisão dos protocolos necessários com vista à sua implementação e melhoria contínua.

É constituído, ainda, por várias valências médicas de atendimento, nomeadamente medicina interna, neurologia, cardiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, gastroenterologia, urologia, nefrologia, cirurgia geral, ortopedia, neurocirurgia, cirurgia maxilo-facial, cirurgia vascular e plástica, com o bloco operatório em apoio permanente. Dão resposta a uma população com idade igual ou superior a 18 anos, já que o atendimento é específico para adultos. Além das valências médicas, é assegurado também o apoio de técnicos de eletrocardiografia e imagiologia, técnicos de patologia clínica e imunohemoterapia 24 horas.

Relativamente à sala de emergência (SE), nem todos os enfermeiros do SU prestam cuidados neste setor, pois é necessário ter formação específica e ser detentor de suporte avançado de vida (SAV), conforme está contemplado no Despacho n.º 10319/2014. Os cuidados à PSC podem derivar de uma situação de emergência, o que requer que a assistência seja realizada de forma imediata (OE, 2018).

Assim, segundo as orientações da ACSS (2019), considera-se a SE como a área preferencial para o tratamento da pessoa doente classificado como emergente/grave e crítico ou classificado como muito urgente, mas com sinais de gravidade.

Fisicamente a SE deste SUP é próxima da entrada principal e da área de triagem (ACSS, 2019), tendo em vista a facilidade de acesso em situações de complexa gravidade, com capacidade para assistir até 4 utentes em simultâneo, e com equipamento necessário ao transporte inter e intra-hospitalar.

É assegurada por uma equipa médica de várias especialidades, 2 enfermeiros a cada turno, 1 assistente operacional e 1 maqueiro.

Habitualmente, o enfermeiro destacado para assegurar o posto de trabalho na SE é um EE, tal como recomendado pelo Regulamento n.º 743/2019 (OE, 2019a) referente à norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.

Afirma-se que a admissão na SE é uma condição essencial para a estabilização desses utentes, pela possibilidade de mobilizar uma série de meios humanos qualificados, com equipamento altamente sofisticado e materiais diversos, capazes de uma abordagem sistemática através de algoritmos de atuação baseados e atualizados nas mais recentes

evidências científicas e sendo de extrema importância para dar resposta adequada às necessidades que a situação exige (Martins, 2013).

Em relação aos recursos humanos do SUP, este é dotado de uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos, assistente social, pessoal dos serviços gerais e seguranças.

A equipa de enfermagem é, atualmente, composta por 95 Enfermeiros, dos quais: um se destaca no posto de Enfermeiro Gestor com funções de coordenação e gestão do serviço e um EE com funções de coordenação geral, sendo os restantes distribuídos por cinco equipas (OE, 2017b).

De acordo com o contemplado no despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, no SU todos os elementos da equipa de enfermagem devem ter formação SAV e pelo menos 50% da sua equipa devem possuir competências específicas do EE em EMC na PSC, atribuída pela OE (Despacho n.º 10319/2014). Tal situação não se verifica neste SUP, ficando aquém das expectativas, visto que apenas sete enfermeiros são detentores do mestrado de EMC com Especialidade em Enfermagem à PSC, cinco são enfermeiros especializados na área da reabilitação, três na área da psiquiatria, dois na área de comunitária e 1 na área de pediatria, dando um total de 25 EE nas diversas especialidades, neste SUP.

No que se refere à organização da equipa de enfermagem, esta encontra-se organizada em cinco equipas constituídas por 16 elementos por equipa, existindo dois coordenadores por equipa e um subcoordenador.

A gestão dos recursos humanos realiza-se através da elaboração de horários mensais pelo enfermeiro (Enf.º) gestor, enquanto o plano de trabalho dos enfermeiros, com a sua distribuição pelas diversas áreas, é realizado semanalmente e inserido em acoplação ao horário mensal no sistema informático. É de realçar que nem toda a equipa de enfermagem está capacitada de formação necessária e/ou experiência para assumir todos os postos do SUP, com isto, as equipas são compostas por enfermeiros com competências diversas e o plano de trabalho é efetuado segundo estas condições.

Toda a equipa desenvolve o seu trabalho num contínuo compromisso de prestação de cuidados assentes na qualidade e segurança do utente, família/cuidadores e de acordo com as dotações seguras, conforme regulamento n.º 743/2019 (OE, 2019a). Assume assim a metodologia individual de trabalho, contudo, é promovido o trabalho em equipa e espírito de interajuda, que se denota positivamente no decorrer do estágio referido.

Os elementos da equipa realizam turnos rotativos durante as 24 horas, sendo que, em cada turno existe um enfermeiro coordenador. Este não apresenta funções de assistência direta, assumindo a responsabilidade da gestão de cuidados, dos recursos humanos, dos recursos materiais e a promoção de um bom ambiente de trabalho. No entanto, em caso de extrema necessidade colabora na prestação de cuidados nas diversas áreas.

Em forma de conclusão, o estágio realizado no SUP representou uma oportunidade ímpar para o aprofundamento de competências do EE, tendo em conta as experiências obtidas no que concerne ao atendimento de situações de urgência/emergência, ativação das vias verdes e estabelecimento de prioridades na triagem. Representou ainda uma melhoria crescente da capacidade de análise crítica dos cuidados prestados em contexto de alta complexidade e imprevisibilidade, o que levou a momentos de reflexão acerca da organização e gestão de recursos materiais e humanos bem como, acerca da humanização de cuidados, aprimorando assim, a capacidade de tomada de decisão, baseada na evidência científica, alinhando a consolidação das capacidades técnicas, científicas e éticas, ampliando a capacidade de responder às exigências da prática e contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

## *1.2. Estágio em contexto de Pré-Hospitalar*

O segundo momento de estágio realizou-se em contexto pré-hospitalar.

O INEM é uma entidade que, em conjunto com a Polícia de Segurança Pública, a Guarda Nacional Republicana, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, os Hospitais e Centros de Saúde formam o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), que desde 1981 cooperam com o objetivo de prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita.

O INEM é o organismo do Ministério da Saúde (MS) responsável por coordenar o funcionamento no território de Portugal Continental do SIEM, com a missão de dar resposta a uma necessidade nacional que garanta aos sinistrados ou vítimas de doença súbita, a pronta e correta prestação de cuidados de saúde (Instituto Nacional Emergência Médica [INEM], 2013).

A emergência pré-hospitalar consiste na disponibilização de um conjunto de recursos que assegurem a assistência a situações de risco de vida fora de uma instituição de saúde, a sua estabilização no terreno e o seu transporte para a unidade hospitalar (INEM, 2015).

A ativação destes recursos é efetuada através do Número Europeu de Emergência Médica - 112. O atendimento da chamada é realizado pelos operadores do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), em que após uma breve triagem telefónica são definidos os fluxogramas/ tipificações de eventos e o grau de urgência/emergência (INEM 2021). A par disto, dependendo da gravidade da situação, acionam-se os meios de socorro mais indicados, para que a vítima seja abordada e tratada da forma mais eficaz e rápida possível.

Estão sediados em Portugal Continental 4 CODU: Norte (Porto), Centro (Coimbra), Lisboa e Vale do Tejo e Algarve (Faro), em que a principal função é gerir e coordenar os diversos meios de socorro, funcionando de forma interligada para que o atendimento ao pedido de socorro seja efetuado com a maior brevidade possível. Por este motivo, as chamadas são encaminhadas para qualquer um dos CODU's, sem ter em conta a localização da ocorrência (INEM,2013). Por esta ordem de ideias uma ocorrência no Sul pode ser atendida no CODU do Norte e subsequentemente acompanhada pelos mesmos.

O campo de estágio pré-hospitalar, decorreu no meio de Suporte Imediato de Vida (SIV) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), foi ainda realizado um turno de 3 horas no CODU para observação dos vários contextos de comunicação e ativação de meios.

A ativação dos meios SIV e VMER ocorre através da emissão de uma mensagem de acionamento através do PC mobile, uma *Short Message Service* (SMS) no telemóvel do INEM, um telefonema por parte do CODU para a transmissão de uma breve informação acerca da ocorrência em questão e/ou uma mensagem através do rádio de Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal (SIRESP), que acompanha a equipa para todos os locais.

A aplicação informática utilizada é o *Tool for Emergency Alert Medical System* (iTEAMS, INEM), que foi desenvolvido pelo INEM e consiste numa ferramenta de registo clínico e de suporte interativo entre o CODU e os meios que estão no terreno, permitindo estratificar a gravidade clínica das ocorrências e assim contribuir para uma regulação médica efetiva nas situações de maior gravidade (INEM, 2022).

Relativamente ao meio SIV este destina-se a garantir cuidados de saúde diferenciados. A tripulação da ambulância SIV é constituída por um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH). Ao nível dos recursos técnicos tem a carga de uma ambulância de suporte básico de vida (SBV), acrescida de um monitor-desfibrilhador e diversos fármacos, cuja administração é regida por protocolos e validação do médico regulador (MR) do CODU. O equipamento das SIV permite a transmissão de eletrocardiograma e sinais vitais ao CODU através do suporte de telemedicina (INEM, 2020).

O EE converte-se num elemento naturalmente importante e diferenciador na identificação, abordagem e sistematização de procedimentos à PSC. São exemplos disso, a chegada ao local, a abordagem da(s) vítima(s) que se realiza seguindo protocolos muito bem definidos pelo Departamento de Emergência Médica, que regulam e uniformizam toda a atuação dos seus intervenientes.

No que concerne aos protocolos existentes na SIV são 29, sendo os mais frequentes: “Abordagem da Vítima”; “Paragem Cardiorrespiratória no Adulto”; “Alteração do Estado de Consciência”; “Alergia”; “Convulsões”; “Dispneia”; “Dor Torácica”; “Disritmias” e “Hemorragia”. Todos eles são aprovados e revistos pelo Conselho de Direção do INEM.

Durante o período de estágio verificou-se o decorrer da atualização de alguns destes protocolos, pelo que se participou informalmente na formação “*Cenários de simulação de abordagem extra-hospitalar*”, em parceria com o INEM, realizada na ESSNorteCVP.

A Metodologia ABCDE (*A-Airway; B-Breathing; C- Circulation; D-Disability e E-Exposure*) é uma regra importante na abordagem à vítima. No entanto, na equipa SIV a informação deve ser recolhida e transmitida ao MR do CODU, para validação das intervenções interdependentes.

Neste contacto e caso seja necessário é solicitado ao MR apoio diferenciado, transformando o enfermeiro da SIV no responsável pela tomada de decisão e subsequentes intervenções de acordo com o estabelecido nos protocolos de atuação do INEM. Após isto, é realizada a avaliação secundária da vítima também de acordo com o protocolo utilizado, sendo que a decisão do destino, tipo de transporte e acompanhamento será sempre uma tomada de decisão partilhada entre o enfermeiro SIV e o MR. O processo de transição de cuidados e a transmissão de informação da vítima é realizada de acordo com a metodologia ISBAR (*I-Identify; S-Situation; B-Background; A-Assessment; R- Recomendation*), DGS (2017a).

A VMER é um veículo de intervenção pré-hospitalar, destinado ao transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra a vítima, e tem como objetivo principal a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita (INEM, 2023).

A equipa é constituída por um Enfermeiro e por um Médico, a viatura dispõe de equipamento para o SAV em situações do foro médico ou traumatológico e age na dependência direta do CODU.

Relativamente ao exercício de funções na VMER, o enfermeiro além de responsável pela condução da VMER, participa na avaliação da vítima (primária e secundária) sendo o

“*team leader*” a parte médica em que a decisão final lhe concerne, no entanto, o processo de tomada de decisão é realizado em conjunto.

As bases das VMER estão situadas nos centros hospitalares, funcionando como uma extensão do SU à comunidade.

Neste campo de estágio foram desenvolvidas competências de EE em EMC à PSC, onde o ambiente é caracterizado por diversas intervenções de enfermagem com especificidades próprias que englobam uma multiplicidade de patologias e uma diversidade de ambientes inerentes ao cuidado da PSC.

O estágio em contexto pré-hospitalar proporcionou um cenário desafiador e dinâmico para o desenvolvimento de competências do EE. Representou um meio que possibilitou participar ativamente na gestão de situações de alta complexidade, permitindo desenvolver habilidades práticas, técnicas e éticas em ambientes muitas vezes não controlado, promovendo uma visão integrada da dinâmica pré-hospitalar, explorando tanto o papel do enfermeiro enquanto *team leader*, como o trabalho colaborativo com outros profissionais envolvidos, fortalecendo a capacidade de comunicação e tomada de decisão rápida e segura. Contribuiu ainda para aprofundamento do conhecimento sobre a organização e modo de atuação, permitindo aplicação de protocolos atualizados, possibilitando uma abordagem mais segura e eficaz à vítima. Alinha-se assim a importância do EE em contexto pré-hospitalar, destacando-se a importância do seu papel tanto na estabilização e transferência segura da vítima, como na prática de enfermagem mais qualificada e assertiva no cuidado à pessoa em situação crítica.

## **2. Competências comuns do enfermeiro especialista**

---

A OE (2018) publicou no seu regulamento n.º 429 intitulado a “Obtenção do título profissional de enfermeiro especialista – Procedimentos e orientações”, tendo por finalidade clarificar os procedimentos em vigor para a obtenção do título profissional de enfermeiro especialista. Identifica seis áreas possíveis para a atribuição do título de EE: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem Médico-cirúrgica e Enfermagem Comunitária.

Referente à especialidade médico-cirúrgica, desde 2018, passou a comportar quatro novas áreas de especialidade: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa; Enfermagem à Pessoa em Situação Peri-operatória; Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (OE, 2018).

De acordo com OE (2019b), as competências comuns são

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

As competências comuns compreendem os seguintes domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019b), envolvendo “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (p. 4744).

### *2.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal*

O EE deve desejar que os cuidados de enfermagem que fornecem à população sejam de excelência. Os juízos de enfermagem devem ser sustentados por princípios éticos, como beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, estabelecidos no código deontológico da profissão.

O código deontológico dos enfermeiros (Decreto-Lei no 156/2015) diz que todas as intervenções de enfermagem devem assentar em valores universais a ter em conta numa relação profissional, como a igualdade; a liberdade responsável com a capacidade de escolha e com consciência do bem comum, a verdade, a justiça, o altruísmo e a solidariedade.

O não cumprimento do código deontológico, ou qualquer violação dele, constitui uma violação dos valores universais.

A palavra "deontologia" refere-se ao conceito de dever e responsabilidade. É um conjunto de padrões e princípios que sustentam a ação como um dever, dando-lhe um valor moral, cuja perfeição só pode ser alcançada por livre vontade (OE, 2015a). A deontologia da enfermagem deve ser interpretada dentro de um amplo quadro jurídico em conjunto com o respeito pelos valores e princípios éticos que fundamentam o agir profissional da profissão, sendo os regulamentos que apoiam a tomada de decisões um suporte responsável.

A deontologia profissional, sendo composta por um conjunto de regras e orientações práticas que orientam o enfermeiro na forma de agir, enquanto membros de um grupo, servindo como base para o trabalho profissional (OE, 2015a).

O enfermeiro tem a responsabilidade de proteger e garantir os direitos humanos em todas as circunstâncias, oferecendo a assistência adequada com base nos recursos disponíveis de forma ética. Além disso, é da sua responsabilidade garantir que o utente receba toda a informação necessária para permitir que o procedimento ou o tratamento seja conduzido de forma livre, informada e esclarecida (Nunes, 2020).

O consentimento informado, livre e esclarecido é definido como uma comunicação contínua, participativa e verbal, escrita ou falada em linguagem fácil de entender, que ocorre continuamente entre o profissional de saúde e a PSC e dura por um período prolongado (DGS, 2013).

O consentimento presumido prevalece no caso da PSC inconsciente e em risco de saúde. Isso ocorre porque, de acordo com o princípio bioético da beneficência, a PSC teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico ou terapêutico é realizado. Isso não significa que a informação não deve ser fornecida à pessoa significativa ou representante legal (DGS, 2013; Oliveira et al., 2021).

A ética inclui princípios no que toca à proteção da PSC, e guia valores para a preservação da dignidade humana, interferindo nas transições de saúde - doença (Oliveira et al., 2021).

De acordo com o modelo da bioética, (Beauchamp & Childress, 2001), os princípios da beneficência, da não-maleficência, da justiça e da autonomia são os pilares da tomada de

decisão e da prestação de cuidados de enfermagem de alta qualidade (Caires et al., 2021; Oliveira et al., 2021).

Os princípios subjacentes aos processos de tomada de decisão e intervenção são baseados no respeito pela dignidade, um valor universal e intrínseco a cada um.

Na Enfermagem enquanto profissão, deve-se reconhecer e respeitar a dignidade e o caráter único de cada pessoa envolvida nos processos.

A autonomia está ligada à liberdade e à dignidade (OE, 2015a).

Em todas as suas atividades profissionais, o enfermeiro tem o dever de "garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos", (OE, 2015b, p. 86).

De acordo com o artigo 99º do estatuto da OE, o enfermeiro deve desempenhar as suas funções profissionais baseadas em princípios orientadores, como: "a) responsabilidade inerente ao seu papel na sociedade; b) A proteção dos direitos humanos no relacionamento com as pessoas que recebem cuidados; c) A excelência do exercício profissional em geral e em relação a outros profissionais" (OE, 2015b, p. (81).

O artigo 8º do REPE defende que "no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos" (OE, 2015b, p. 101-102).

Assim, o exercício profissional está intimamente ligado ao comprometimento do cuidar do outro e da melhoria da qualidade de vida de quem se cuida. O enfermeiro é confrontado diariamente com aspetos ético-legais, na sua maioria relacionados ao direito do utente como: a confidencialidade, privacidade e respeito pelas crenças presentes.

No SUP, a tomada de decisão geralmente ocorre no seio da equipa multidisciplinar, principalmente composta por médicos e enfermeiros, que têm fortes conhecimentos deontológicos e morais sobre cada situação ou indivíduo.

Segundo Bettinelli, Pomatti e Brock (2010), são muitas as ocasiões em que a privacidade do utente é invadida, principalmente quando se trata de procedimentos invasivos ou prestação de cuidados em que a exposição é necessária. No entanto, a privacidade do utente é um direito que se lhe assiste, este deve ter garantido que o seu corpo seja protegido da exposição e manipulação por parte dos profissionais de saúde.

Quando se trata de PSC em situações de urgência/emergência, este assunto geralmente é algo descurado, o que acaba no prejuízo dos utentes. No entanto, é da responsabilidade da equipa multidisciplinar desenvolver e implementar planos para lidar adequadamente com esses casos.

Os profissionais enfrentam essa dificuldade especialmente no SMUC, pois a administração de medicamentos ou a realização de colheitas para análise ocorrem frequentemente sob o olhar indiscreto de uma variedade de espectadores. Nas salas de tratamento, embora as cortinas e os biombos sejam usados para individualizar os espaços, esses recursos são de certa forma insuficientes para garantir o direito do utente à privacidade.

A permanência dos utentes em macas nos corredores do SMUC é uma constante, mesmo estes já tendo sido observados ou caso aguardem observação. Esta situação torna-se mais complicada quando o hospital atinge o seu limite de ocupação e o corredor do SUP transforma-se numa enfermaria, ou seja, um local de internamento para cuidados de saúde. Temos, portanto, a partilhar o mesmo espaço, utentes masculinos e femininos, com diferentes graus de gravidade. Esses utentes podem ser aqueles que aguardam apenas um resultado de exame, aqueles que estão numa situação terminal de doença ou aqueles agitados, que perderam a consciência da realidade e do pudor com constantes tentativas de fuga.

Na verdade, os corredores do SUP são locais críticos para utentes, profissionais e acesso a outros locais. Ver, escutar involuntariamente, comentar ou até questionar são situações comuns, e às vezes tornam-se complexas, pois ocorre a intromissão na intimidade do próximo ou até mesmo comentários inadequados. Além disso, os profissionais são ocasionalmente abordados por utentes e/ou acompanhantes que não se coíbem de perguntar sobre o problema do utente admitido para satisfazer sua evidente curiosidade.

O princípio fundamental da dignidade humana serve como base para outros princípios, como beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. O princípio da beneficência diz respeito ao dever de fazer o bem e ajudar o outro a obter o que lhe é benéfico.

Este princípio geralmente é definido como "não fazer o mal", especialmente "não causar dano". Por causa disso, ele é chamado de "princípio da não maleficência".

O princípio do respeito pela autonomia diz respeito à liberdade de todos. A decisão deve ser tomada de forma livre e clara após a colheita de toda a informação. Por último, mas não menos importante, o princípio da justiça, diz que situações iguais devem ser tratadas de forma semelhante e que situações diferentes devem ser tratadas de acordo com suas diferenças.

Ao desempenhar as suas funções, o EE deve agir de forma segura, profissional e ética, utilizando a sua capacidade de tomada de decisão e o seu conhecimento ético-deontológico

para avaliar sistematicamente as melhores práticas, de acordo com as preferências de cada utente (OE, 2019b).

As competências comuns do EE são as competências partilhadas por todos os EE, pois demonstram excelentes habilidades de conceção, gestão e supervisão de cuidados e apoio ao exercício profissional especializado em formação, pesquisa e assessoria. (OE, 2019b).

Em contexto Pré-Hospitalar as situações de conflito ético-legal também acontecem, pois, os profissionais precisam de uma tomada de decisão rápida acompanhada de muitas incertezas devido à escassez de informações e aos ambientes de risco que são enfrentados.

No caso do meio SIV, a tomada de decisão é feita apenas pelo enfermeiro enquanto líder e é validada pelo MR à posteriori.

Isto vai de acordo ao defendido por Nunes (2015), que refere que a maioria das intervenções são interdependentes, com a responsabilidade da implementação de atos prescritos por outros profissionais sobre os enfermeiros.

Ao cuidar da PSC, o EE em EMC deve tentar atender às suas necessidades, sendo fundamental para a sua atuação a boa relação enfermeiro/utente/família. Estar presente, validar sentimentos e dúvidas, oferecer um aperto de mão ou simplesmente dedicar atenção, são atitudes que podem ajudar a reduzir a ansiedade tanto do utente quanto da família diante da situação.

O EE em EMC enfrenta no decorrer do exercício da sua profissão frequentemente problemas éticos e deontológicos, resultantes de uma prática de alta situação de complexidade, que geralmente resulta na necessidade de tomar decisões sobre problemas que colocam os profissionais num dilema ético.

O EE em EMC deve desenvolver competências que lhe permita tomar decisões responsáveis baseadas em princípios éticos, aspetos legais, valores e normas deontológicas. Isso permitir-lhe-á tomar decisões garantindo o respeito pela singularidade de cada utente, os seus direitos e a sua dignidade, especialmente quando o utente não pode fazer isso por si mesmo. Esta competência é baseada na compreensão do domínio ético-deontológico, baseada numa avaliação cuidadosa das melhores práticas e das preferências do utente (OE, 2012).

A prática profissional do EE deve demonstrar um forte respeito pelos direitos humanos, promovendo o respeito, a confidencialidade, a privacidade, o direito à escolha e o respeito pelos valores, crenças e costumes, conforme enunciado no Decreto-Lei n.º 156/2015 e presentes na Declaração Universal dos Direitos Humanos, assim como no Código Deontológico do Enfermeiro.

Com base em normas e princípios deontológicos, denotou-se uma preocupação pelo desenvolvimento das competências ao nível da tomada de decisão no cuidado à PSC, promovendo a proteção dos direitos humanos, segurança, privacidade e dignidade do utente.

A maioria dos cuidados prestados à PSC foi baseada numa reflexão ética contínua, sobre a pertinência dos cuidados ao plano inicial do utente. Tendo sempre em conta que esses planos estão sujeitos a mudanças contínuas, com base na resposta do utente ao cuidado/tratamento.

De acordo com o Código Deontológico, o Estatuto da OE e o REPE, diversas reflexões conjuntas foram realizadas, tanto com o enfermeiro orientador como com toda a equipa presente, em resposta a questões que levantaram dúvidas ou dilemas éticos. Isso permitiu o desenvolvimento de novas abordagens, bem como o refinamento das já existentes, tendo em consideração a melhor evidência científica, e sempre promovendo a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Esta reflexão é crucial porque permite tomar consciência da postura já existente, o que ajuda a desenvolver e aperfeiçoar as habilidades para uma prática profissional, ética e legal em constante melhoria.

Os sentimentos como dependência, perda de controlo do seu corpo, insegurança e sentimentos de impotência, podem aumentar a fragilidade e vulnerabilidade inerentes ao processo de transição saúde doença, pelo que a preservação da autonomia e dignidade humana, além de poder contribuir para o alívio desse sofrimento, são direitos fundamentais consagrados no compromisso deontológico que os enfermeiros devem respeitar (Vieira, 2017).

Deste modo, a relação entre a deontologia profissional do enfermeiro e os direitos humanos é evidente, com esta relação de suporte ético centrada na responsabilidade do enfermeiro pelos outros e no cuidado que eles precisam (Sousa, 2008).

Em resumo, os vários contextos de prática clínica, foram realizados com base nas normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, bem como no respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais.

Como resultado, desenvolveu-se competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, encarou-se cada utente como único e distinto, com valores próprios, família e cultura e defendeu-se os direitos humanos ao administrar cuidados com base na segurança, privacidade e dignidade do utente, promovendo a proteção dos direitos humanos e gerindo na equipa cuidados pautados pela segurança, privacidade e pela dignidade do mesmo.

Por fim, o EE deve ter capacidade reflexiva e crítica sobre as situações de cuidados de saúde que surgem diariamente, suscitando dúvidas e dilemas éticos, ajustando respostas e promovendo a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

## 2.2. *Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade*

A excelência da prestação de cuidados de enfermagem resulta de uma busca crescente de conhecimento baseado na mais atual evidência científica. O EE cria, planeia e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, reconhece que a melhoria da qualidade envolve a análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade e a partir desses resultados, cria programas de melhoria contínua da qualidade (Decreto-Lei n.º 156/2015).

O artigo n.º 109 do REPE (OE, 2015b, p.86) diz que o enfermeiro deve “adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa.” Este tipo de organização é essencial para uniformizar os cuidados e responsabilizar todos os profissionais de saúde para se manter o nível de qualidade pretendido e reduzir a probabilidade de erro.

Portanto, “o avanço no conhecimento técnico e científico requer que o enfermeiro especialista desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem” (OE, 2021, p.15).

Segundo a OE, a melhoria contínua da qualidade é um dos domínios de competências comuns do EE. Este desenvolve competências neste domínio por meio de garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerência e colabora em programas de melhoria contínua e garante um ambiente terapêutico seguro (OE, 2019b).

O Despacho n.º 5613/2015 aprovou a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, com o objetivo de garantir a padronização das funções de governação, coordenação e ação local, focadas no utente, respeitando as diversas dimensões de qualidade na prestação de cuidados de saúde. O seu principal objetivo é promover e valorizar a excelência e a segurança no fornecimento de serviços de saúde, assegurando os direitos dos cidadãos em relação ao sistema de saúde.

Neste contexto, as prioridades definidas requerem a intensificação das seguintes medidas: aprimoramento da qualidade clínica e organizacional por meio da promoção da saúde, incremento da adesão às diretrizes clínicas, reforço da segurança dos utentes,

monitorização contínua da qualidade e segurança, reconhecimento da excelência das unidades de saúde e prestação de informações claras aos cidadãos, aumentando a sua capacidade (DGS, 2015).

Os enfermeiros especialistas em EMC na área de enfermagem à PSC são valorizados por serem fundamentais na abordagem das necessidades da PSC e/ou insuficiência orgânica.

As diretrizes de qualidade dos cuidados especializados são destinadas a ser simples, fáceis de usar e aplicar, servindo como guias para a prática especializada em EMC para uma PSC de qualidade (OE, 2017a).

Assim, em ambas as situações de estágio, houve sempre a presença de um EE encarregado de elaborar um plano de formação em serviço, identificando as necessidades de formação da equipa e desenvolvendo um plano para dar resposta às necessidades diagnosticadas. Então por este motivo, entre os membros da equipa de enfermagem, o EE destaca-se como o mais apto para liderar a formação em serviço, devido ao seu amplo conhecimento dos padrões de qualidade que lhe garantem a liderança na implementação de melhorias contínuas (OE, 2017a).

O objetivo principal da competência no domínio da melhoria contínua da qualidade é conceber, colaborar e gerir a melhoria dos cuidados prestados para criar um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2010). A qualidade e a segurança dos cuidados de saúde estão fundamentadas no trabalho diário de cada profissional (Joint Commission International, 2010), portanto, os enfermeiros especialistas em EMC devem assumir a responsabilidade de alinhar a sua prática e o seu desempenho com os padrões de excelência, contribuindo para o crescimento e reconhecimento da profissão, bem como para a satisfação de quem cuidam.

O Plano Nacional de Saúde (PNS, 2012-2016) define a qualidade em saúde como a prestação de cuidados acessíveis e justos, com um alto nível profissional, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga total adesão e satisfação do cidadão.

Apostar na qualidade significa comprometer-se com um caminho que conduz a melhorias contínuas no sistema de saúde que beneficiem todos, incluindo os usuários, unidades de saúde, entidades financiadoras, profissionais de saúde e o próprio sistema de saúde (Fernandes, 2012).

Nesta fase, importa também refletir sobre o pilar três do PNS (2021-2026) e a sua relação com a qualidade dos cuidados. Este refere-se à comunicação, considerando que:

“a comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde” (Despacho n.º 9390/2021, p.100).

Ao contrário do que acontece em meio intra-hospitalar, em que o utente/família recorre aos serviços de saúde e é acolhido pela equipa presente, no contexto extra-hospitalar é o utente, na presença da família ou até a própria família que ativa e acolhe os profissionais no local da ocorrência para prestar assistência.

Esta realidade é frequentemente vivenciada no campo de estágio do pré-hospitalar, através da ativação das equipas de VMER ou SIV, possibilitando a prestação de cuidados especializados à PSC, tendo como parceiro e alvo de cuidados a respetiva família/pessoa significativa em várias situações.

Com isto, o pilar cinco do plano Nacional para a segurança dos doentes (PNSD) (2021–2026) fala sobre práticas seguras em ambientes seguros, considerando o EE em EMC na área de enfermagem à PSC o responsável pela gestão do ambiente centrado no utente como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, promovendo ativamente o bem-estar e informando os restantes membros da equipa multidisciplinar, também envolvidos no cuidado à PSC, sobre os problemas identificados (OE, 2017b; 2019b).

Avaliando a importância de uma cultura de segurança em conformidade com as recomendações nacionais, foi notado que no SUP, os utentes foram identificados no momento da admissão ao serviço de acordo com os procedimentos e mecanismos claros de identificação de utentes em instituições de saúde (DGS, 2011).

A pulseira identificadora é um equipamento de segurança que pode reduzir as situações de risco potencial em locais específicos (DGS, 2011). Sendo assim, o enfermeiro garante que os procedimentos efetuados à PSC sejam claros antes de qualquer ação em contato com eles (DGS, 2011).

Tendo em conta o contexto do SUP e do Pré-Hospitalar e a complexidade das situações bem como, a necessidade de utilização de várias medidas invasivas, denota-se que o EE em EMC na enfermagem à PSC também maximiza a intervenção na prevenção e controle da infeção, isso deve-se à busca constante de excelência da prestação de cuidados (OE, 2017a).

Considerando o pilar cinco do PNSD, reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e a resistência aos agentes antimicrobianos (RAM) (Despacho n.º 9390/2021; OE, 2017a), o EE assume um papel de extrema importância ao colaborar na gestão do risco ao nível institucional; na participação e definição de estratégias de prevenção e controlo da infeção a implementar no serviço; da capacitação das equipas de profissionais na área da

prevenção e do controlo da infeção associados aos cuidados à PSC e na liderança para a implementação de planos de intervenção e controlo da infeção.

As IACS e as RAM cada vez mais tornam-se um problema crescente em todo o mundo e têm impacto nos indicadores de saúde, como o aumento da morbilidade e mortalidade, dos tempos de internamento e dos custos para a saúde. Como resultado do aumento do uso de antibióticos, inviabiliza-se a qualidade dos cuidados de saúde, o que aumentam a pressão geradora de RAM ameaçando a segurança dos cidadãos (DGS, 2017b; Gonçalves & Carmo, 2022).

A WHO considera a RAM uma prioridade e criou um plano de ação global com objetivos estratégicos tais como: aumentar a consciencialização e a compreensão da RAM; fortalecer a vigilância e a pesquisa sobre a RAM; reduzir o número de infeções; otimizar o uso de antibióticos; e garantir investimentos sustentáveis no combate à RAM (WHO, 2015).

Dias (2010), justifica o crescimento das IACS com o aumento da resistência antimicrobiana, o aumento do número de indivíduos com deficiência nutricional e imunodeprimidos, a presença de dispositivos invasivos e a própria exposição do utente a procedimentos invasivos.

A existência de comissões de controle de infeções nas instituições de saúde é cada vez mais urgente. Essas comissões devem monitorizar e apoiar a implementação das diretrizes de controle e prevenção de infeções.

Em Portugal, foram tomadas algumas medidas para reduzir a incidência das IACS e da RAM. Em 2013, foi criado o programa de prevenção e controle de infeções e de resistência a antimicrobianos (PPCIRA) e o programa de apoio à prescrição antibiótica (PAPA), o programa STOP Infeções Hospitalares criado em 2014, com o objetivo de reduzir em 50% a incidência de infeções adquiridas em 3 anos de intervenção: nas infeções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a algaliação (bacterémia secundária a algaliação); nas pneumonias associadas à intubação (PAI) em unidades de cuidados intensivos; e nas infeções do local cirúrgico. (DGS, 2017b; Fundação Calouste Gulbenkian, 2015).

A equipa pré-hospitalar tende a concentrar-se na priorização do controlo e reversão das causas que possam prejudicar as funções vitais da vítima, levando à desatenção dos procedimentos de controlo de infeção, com o objetivo de acelerar a estabilização da vítima. No entanto, para garantir altos padrões de assistência à vítima, é fundamental não apenas fornecer os cuidados necessários propriamente ditos, mas também aplicá-los com base em práticas padronizadas de controlo de infeção, já que qualquer falha pode causar resultados desfavoráveis para a vítima no futuro.

O risco de exposição a IACS contraídas entre as várias vítimas assistidas aumentou como resultado da incorporação de procedimentos realizados na assistência pré-hospitalar, como cateterizações endovenosas, administração de terapêutica endovenosa, toracocenteses e intubação orotraqueal, juntamente com o ambiente pouco controlado onde ocasionalmente devem ser realizados (McDonell, 2008).

Para evitar problemas futuros para o utente, os cuidados de assepsia devem ser cumpridos sempre que possível nas técnicas necessárias. Além disso, os procedimentos invasivos são mais complicados no ambiente extra-hospitalar sendo este facto relacionado com um aumento exponencial do risco de infeção associado (Heidi Storm Vikke, 2018). Outro fator importante para este tópico é o transporte de cada vez mais vítimas ao longo de um dia, associado à necessidade de disponibilidade do meio de socorro após a entrega do utente no hospital, este facto deixa por vezes pouco tempo para uma adequada limpeza e descontaminação do equipamento. O material e o equipamento reutilizável de utente para utente deve ser higienizado e desinfetado com cuidado, além de higienizar as mãos conforme recomendado pela DGS. Esses materiais e equipamentos podem contribuir para a propagação de microrganismos entre utentes se a desinfecção e descontaminação não forem realizadas corretamente.

Durante os turnos realizados nos meios pré-hospitalar, a higienização das mãos esteve sempre presente, quando indicado. A utilização do equipamento reutilizável como o monitor desfibrilhador era cuidadosamente higienizado após cada assistência, com recurso a um produto de desinfecção adequado. O insuflador manual, além de higienizado externamente, era usado com o filtro bacteriano novo acoplado para cada utente. A desinfecção do material de via aérea avançada seguia um protocolo específico, dependendo do tipo de lâmina de laringoscópio utilizada - descartável ou reutilizável. No caso das reutilizáveis estas seguiam um procedimento de limpeza e esterilização. O cabo de laringoscopia era igualmente desinfetado. Relativamente a outros materiais que são de utilização múltipla, como o compressor LUCAS, estetoscópio, termómetro, colares cervicais, planos duros e acessórios de imobilização, bem como a maca *coquille*, eram igualmente limpos e desinfetados após cada utilização. A limpeza do interior da ambulância era realizada entre cada utente e de uma forma mais aprofundada uma vez por semana ou sempre que se justificasse.

A assistência pré-hospitalar deve ter em atenção não só ao controlo da transmissão de infeção no que se refere de utente para utente, mas também no que refere à proteção do próprio enfermeiro em relação ao utente.

O enfermeiro está altamente exposto às infeções no trabalho devido à crescente complexidade dos procedimentos e às características do ambiente de trabalho. O Enfermeiro no ambiente pré-hospitalar está exposto a riscos biológicos significativos porque está frequentemente em contato com utentes vítimas de trauma e hemorragias graves com fluidos corporais, e não tem informações sobre doenças infecciosas conhecidas (Melissa K. Valdez MS, 2015).

Foram denotadas algumas situações de comportamentos menos completos, nomeadamente no que respeita à segurança da equipa perante o utente, procurou-se uma reflexão crítica sobre o assunto em conjunto com toda a equipa de uma forma construtiva e fundamentada, despertando a atenção para os riscos a que se expunham, nomeadamente a riscos evitáveis, como por exemplo a falta de proteção da via aérea e proteção ocular por parte da equipa, em utentes vítimas de trauma ou com sintomas respiratórios.

O controlo de infeção no meio pré-hospitalar é uma área que ainda necessita de melhorias, geralmente devido à falta de priorização desse aspeto. Cabe ao EE despertar e fazer garantir que os procedimentos, ainda que em meio adverso, sigam as normas de controlo e prevenção de infeção no que respeita às IACS, tais como: participar em projetos institucionais, incorporar diretivas e conhecimentos na área da qualidade dos cuidados e observar e identificar situações que necessitem de promoção na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

É responsabilidade do EE criar e manter um ambiente de cuidados seguro, através da realização de programas de melhoria, comunicando resultados das atividades aos enfermeiros e gestores, a fim de serem incorporados conhecimentos na prestação de cuidados por parte da equipa (Regulamento n.º 122/2011, 2011).

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem foram estabelecidos pela OE e pelo Colégio de Especialidade de EEM. Esses padrões incluem a satisfação do utente, promoção da saúde, bem-estar e prevenção de complicações, readaptação funcional, organização dos cuidados, prevenção e controle de infeções e resistência a antimicrobianos e segurança nos cuidados especializados (OE, 2017a), sendo estas metas audazes, mas passíveis de execução, tendo por base o trabalho multidisciplinar na busca pelo melhor cuidado ao utente.

No decorrer dos estágios existiu uma necessidade e preocupação constantes de recorrer a pesquisa bibliográfica, permitindo a reflexão para a tomada de decisões fundamentadas e promoção da melhoria da qualidade dos cuidados.

Em todo o exercício profissional o enfermeiro procura a excelência dos cuidados, assumindo o dever de analisar regularmente o seu exercício, de forma a detetar não

conformidades e consequentemente adotar mudanças de atitude promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados (OE, 2015b).

Um outro ponto importante, são, os sistemas de informação eletrónicos. Relativamente ao contexto de estágio do SUP incluem o *SClinico* Hospitalar e o *ALERT® PAPER FREE HOSPITAL* (ALERT® PFH). Este último, integra todos os dados clínicos do utente, o que permite que qualquer profissional de saúde do serviço visualize todos os dados do mesmo. Além disso, o programa permite visualizar graficamente as diferentes áreas de trabalho, atribuindo a cada utente a área de trabalho correspondente. Isso permite gerenciar o fluxo de utentes, apresenta ainda um espaço para registo de intervenções e terapêuticas prescritas/realizadas, apresenta ainda um espaço para texto livre, onde os enfermeiros devem registar todas as intervenções de enfermagem realizadas. O *SClinico* Hospitalar, está mais ligado á gestão de estupefacientes e material consumível, bem como pedidos de alimentação para os utentes entre outros.

Ao considerar o contexto e a natureza dos cuidados de enfermagem oferecidos em cada área do SUP, percebe-se que o sistema de informações *ALERT® PFH*, em todas as áreas, é bastante funcional, porque muitos dos cuidados prestados são derivados de decisões de outro profissional, como os cuidados de enfermagem interdependentes. O sistema também permite uma melhor compreensão do fluxo do utente, dos tempos de espera tendo registos rápidos e fáceis. Segundo o Artigo 9º do REPE, define como ações interdependentes todos e quaisquer atos realizados pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, com o objetivo de alcançar uma meta comum (OE, 2017a). Essas ações resultam de planos de intervenção previamente estabelecidos pelas equipas multidisciplinares das quais fazem parte, assim como das prescrições ou orientações que foram formalmente definidas.

No que respeita aos registos no contexto pré-hospitalar, verifica-se algumas oportunidades de melhoria no sistema informático utilizado, desenvolvido pelo INEM, denominado "*iTEAMS*". Este sistema permite transmitir em tempo real a toda a informação recolhida para o CODU e para a unidade hospitalar, possui ainda a capacidade de transmissão do electrocardiograma (ECG) para o MR do CODU, de forma, a que este possa ativar ou não o protocolo VV coronária, prescrevendo o tratamento farmacológico necessário à situação e entrando em contacto com a unidade hospitalar, possibilita o registo de todas as intervenções efetuadas ao utente e dos tempos decorridos desde o acionamento do meio até à chegada do utente à unidade hospitalar, assim como, identifica ações corretivas e contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Relativamente aos aspetos a melhorar deste sistema informático, é de salientar que quando existe mais do que uma vítima não é possível realizar o registo informático de todas as vítimas. Estas falhas são do conhecimento do INEM que está a avaliar as propostas de resolução dos problemas.

Relativamente à VMER, especificamente, os registos são efetuados da mesma forma, mas desta vez, pela parte médica, no entanto, o enfermeiro na aplicação não faz qualquer registo das suas intervenções de enfermagem, e, como tal, todas as observações, decisões, intervenções e resultados que traduzem o cuidar não são registadas e, conseqüentemente, a continuidade e a qualidade dos cuidados envolvidos poderá ser comprometida.

Desta forma, o desempenho da equipa de saúde está diretamente relacionado à qualidade. Num campo de ação em que médicos, bombeiros, TAS e enfermeiros estão ativamente envolvidos, é fundamental que todos estejam habilitados e preparados para realizarem uma panóplia de ações necessárias para prestar assistência às vítimas, garantindo a coordenação e a agilidade do atendimento e assim evitar atrasos.

Só a cooperação entre os diversos grupos profissionais pode levar à excelência e qualidade holística dos cuidados ao utente. Todos os intervenientes são cruciais e fornecem contribuições distintas. Como resultado, falhas individuais podem comprometer todo o processo, afetando o desempenho da equipa como um todo.

Portanto, é necessário agir de forma articulada, onde os profissionais trabalhem juntos de forma sintonizada e precisa.

Estar preparado para o inesperado é uma condição inerente aos cuidados à PSC, que exige uma abordagem diferenciada e especializada. Em ambos os contextos de estágio, o cuidado foi sempre baseado nesta premissa, no sentido de dar a melhor resposta às necessidades dos utentes/família. Em ambientes de elevada complexidade, com necessidades de cuidados diferenciados. Estar atento e atuar antecipadamente a focos de instabilidade, sendo características a ser aprimoradas ao longo do tempo. Este facto revela-se vantajoso para a melhoria contínua do desempenho no desenvolvimento desta atividade nos ambientes de formação, permitindo uma visão mais alargada dos cuidados diferenciados, e uma atitude crítico-reflexiva mais aprofundada nos cuidados prestados à PSC.

A prática avançada de enfermagem neste campo requer intervenções imediatas e uma atuação mais célere e eficaz. A base de uma abordagem sistematizada permite identificar e/ou excluir situações de risco e estabelecer prioridades para o atendimento.

Nesse sentido, adota-se a metodologia “ABCDE” (A – Via aérea, B – Respiração, C – Circulação, D – Disfunção neurológica, E – Exposição) permitindo assim, identificar os

cuidados iniciais da PSC, bem como a focalizar as prioridades na sua abordagem para que nada falhe na sua avaliação (Silva, 2018).

Este modelo foi criado pelo Colégio Americano de Cirurgiões no sentido de padronizar o atendimento ao politraumatizado, possibilitando a identificação de lesões potencialmente fatais (Mateus de Sousa Rodrigues, 2017). O modelo de avaliação “ABCDE” permite identificar ou excluir situações com risco de vida, tanto em casos de doença súbita como de trauma guiando a equipa na priorização e sistematização da abordagem à vítima (INEM, 2012).

Além disso no sentido de recolher o máximo de informação essencial acerca do utente e da situação, utiliza-se a mnemónica orientadora e designada “ISBAR”. Define-se como uma

“ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do utente em situações de transição de cuidados e serve ainda como um auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal” (DGS, 2017a, p.4).

Esta mnemónica define-se em: I) Identificação – Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor), bem como do utente a que diz respeito a comunicação; S) Situação atual – Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; B)(background) Antecedentes – Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes; A)Avaliação – Informações sobre o estado do utente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas; R)Recomendações – Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do utente.

Encontra-se também a ser utilizada no SUP na altura de transição de cuidados de saúde de utentes para colegas de outras enfermarias e/ou entre colegas na passagem de turno, onde se confirma a praticidade da utilização do mesmo.

Entende-se como transição de cuidados de saúde “qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (DGS, 2017a, p.4), sendo considerados como momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados, nomeadamente, admissões e altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados bem como as passagens de turno (DGS, 2017a).

Ao longo deste percurso cumpriram-se os procedimentos e estratégias necessárias para a prevenção e controlo de infeção, tendo em conta as vias de transmissão de infeção da

PSC, nomeadamente as precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) e as precauções de isolamento.

Segundo a OE (2017a) “a pessoa em situação crítica, muitas vezes, requer a utilização de dispositivos invasivos e é sujeita a múltiplos procedimentos que aumentam o risco de desenvolvimento de IACS”, sendo por isso fundamental cumprir os procedimentos estabelecidos para a prevenção e controlo de infeção. As realizações das várias atividades diárias permitem desenvolver competências neste domínio, nomeadamente: reconhecer a importância de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as formas de prevenção e respetivas normas da DGS, para prevenir a infeção e assim diminuir a utilização de antimicrobianos, não sendo intervenções desconhecidas.

Em suma, o EE assume-se como elemento fundamental no processo de melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde, de acordo com o enunciado descritivo de “*a organização dos cuidados de enfermagem*”, o EE em EMC na área de enfermagem da PSC é responsável pelo desenvolvimento de políticas de formação contínua para enfermeiros especialistas que promovam o desenvolvimento profissional e a qualidade da intervenção especializada (OE, 2017a).

### 2.3. *Domínio da Gestão dos Cuidados*

O Regulamento das Competências Comuns do EE determina que este a fim de melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao utente, deve orientar os cuidados, maximizar a resposta da equipa de enfermagem, colaborar com a equipa multidisciplinar e gerir os recursos de acordo com o contexto e as circunstâncias (Decreto-Lei n.º 156/2015).

Com o objetivo de desenvolver competências em gestão de cuidados, o EE deve gerir os cuidados de enfermagem de forma a maximizar a resposta da equipa, com a colaboração da equipa de saúde, e adaptar a liderança e a gestão de recursos às circunstâncias e contextos para garantir a qualidade dos cuidados (OE, 2019b).

Segundo a OE, o EE em EMC adapta a resposta de forma eficiente, tanto em recursos humanos quanto materiais, a cada situação enfrentada durante o atendimento ao utente. Entre as suas competências, destaca-se a habilidade de reconhecer os estilos de liderança mais adequados para responder às exigências impostas pela prática, o que contribui para a eficácia da tomada de decisão envolvida nas intervenções de enfermagem (OE, 2019b).

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019b), o EE deve gerir a equipa, as práticas de cuidados, fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do utente;

orientar e colaborar na elaboração de protocolos; ser responsável pela avaliação da qualidade das práticas, sendo integrado nas equipas de auditorias; deve promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual para a segurança e proteção dos indivíduos/grupo; gerir o nível do risco das unidades; facilitar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade; deve adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto e deve ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho (OE, 2019b).

O enfermeiro só pode ser uma mais-valia no grupo, se lhe forem reconhecidas capacidades técnicas, comunicativas e interpessoais que lhe permitam receber a atenção, aprovação e respeito do grupo. Este facto é ainda mais importante para os enfermeiros que lideram equipas, como é o caso dos enfermeiros especialistas que coordenam ou chefiam a equipa do SUP e da ambulância SIV.

No SUP, é importante observar que o enfermeiro de referência no turno, designado por enfermeiro coordenador, além de contribuir para a dinamização e garantir que os cuidados sejam de alta qualidade, também está envolvido na prestação de cuidados de acordo com as necessidades identificadas ao longo de cada turno. Têm ainda um papel fulcral na distribuição dos recursos humanos pelas diversas áreas existentes realizando um plano de trabalho diário, de forma que seja garantido o equilíbrio nos cuidados prestados aos utentes. São também o elo de ligação com a restante equipa multidisciplinar e servem de ponte com o enfermeiro gestor.

Numa equipa de maior dimensão e com vários elementos a trabalhar em simultâneo é inevitável a ocorrência de conflitos. Estes também são comuns com utentes e as suas famílias/cuidadores pelo que é da responsabilidade do enfermeiro coordenador a sua gestão, necessitando de ter competências desenvolvidas nesta área, sejam elas de assertividade, capacidade de liderança e/ou comunicação. Desta forma permitirá que haja um ambiente de satisfação por parte dos colaboradores e equipa multidisciplinar o que acaba por se refletir também nos utentes.

Os enfermeiros desenvolvem atividades ao nível da prestação de cuidados e de gestão nas organizações onde, enquanto gestores, assumem o papel de líderes (Martins et al., 2020)

Assim, competências como a liderança, comunicação, trabalho em equipa, relacionamento interpessoal, gestão de conflitos, interação, tomada de decisão e cooperação são atributos essenciais para o exercício de funções de gestão pelo enfermeiro (Mororó et al., 2017; Soares et al., 2016).

Uma outra responsabilidade do enfermeiro coordenador é a reposição de stock fixo de material e terapêutica nos diversos setores, por norma esta tarefa é efetuada mais detalhadamente no turno da manhã. Em caso de rutura de equipamentos, consumíveis, fármacos, é feito um pedido em registo próprio pelo enfermeiro coordenador a outros serviços, para que não sejam postos em causa os cuidados aos utentes. Também é da sua responsabilidade articular com a manutenção e comunicar as avarias ou necessidades de reparação de equipamentos clínicos e não clínicos. Na realidade é ao enfermeiro gestor que toda a equipa recorre em caso de dificuldades/ necessidades, sejam elas do foro clínico ou de gestão.

Enquanto líder, o EE de EMC deve procurar continuamente aperfeiçoar as suas capacidades e competências, munindo-se de conhecimento técnico-científico e habilidades pessoais para liderar, adequando-se às expectativas da instituição e da equipa, promovendo uma prática crítica, reflexiva e participativa.

O processo de enfermagem passa pela criação de plano de cuidados de enfermagem, e a sua implementação é fundamental em qualquer área de intervenção do EE de EMC. Este deve ter competências interpessoais para melhor lidar com problemas e desafios, potencializando talentos e gerindo o trabalho num clima de confiança e satisfação. Deve olhar para o meio que o rodeia e ser capaz de compreender a complexidade das relações entre seres humanos, levando a uma melhoria no desempenho das organizações, controlando os custos e promovendo melhor qualidade dos serviços (Aguiar et al., 2005).

Ao longo do estágio, a colaboração com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados especializados e em outras atividades permitiu desenvolver estratégias de liderança e de resolução de problemas que poderão ser aplicadas noutros contextos de trabalho. De facto, a gestão dos cuidados possui um carácter transversal a todos os outros domínios abordados ao longo deste capítulo.

Além disso, durante a prestação de cuidados, delegaram-se tarefas de forma adequada, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados. Adicionalmente, desenvolveram-se estratégias de gestão de recursos humanos e materiais adequadas a cada situação.

Todas as atividades realizadas no SUP permitiram desenvolver competências do domínio da gestão dos cuidados e da EMC na área de enfermagem à PSC, nomeadamente: planear e priorizar as intervenções de enfermagem, desenvolver uma relação de confiança com a equipa multidisciplinar e demonstrar métodos de organização de trabalho adequados e sustentáveis, revelando conhecimento sobre métodos eficazes de gestão de recursos humanos e materiais.

Em suma, foi sempre realizada a supervisão e avaliação das tarefas delegadas, de forma a garantir a segurança e a qualidade, assumindo a responsabilidade a que se propõe. Existiu assim a oportunidade de constatar a otimização do trabalho da equipa, adaptando os recursos às necessidades de cuidados e a adaptação da liderança adequando-o ao clima organizacional, propiciando-se a melhor resposta do grupo e de cada indivíduo (OE, 2019b).

No pré-hospitalar, a gestão criteriosa de recursos humanos e materiais é essencial para a funcionalidade e prontidão esperadas do meio de socorro. Sendo as equipas que, constituem os meios, de grande rotatividade e os recursos presentes nos meios com stock muito limitado pelas contingências físicas dos veículos, o EE assume um papel de extrema importância na gestão da operacionalidade do meio que integra.

O enfermeiro do meio VMER e SIV é responsável por administrar todo o material do meio de socorro para garantir que esteja disponível e funcional no momento da utilização. Cabe, ao enfermeiro do meio de socorro, garantir a realização da *checklist* aos diferentes compartimentos de material de acordo com o que se encontra protocolado.

Se essa liderança na gestão pode estar presente ou ser colaborativa no meio VMER, é uma realidade ainda maior no meio SIV, onde o enfermeiro lidera a equipa e é a voz de comando na gestão dos cuidados, especialmente no que diz respeito à abordagem e assistência à vítima. Também deve coordenar e distribuir tarefas ao técnico, com quem faz, a equipa, bem como gerir os cuidados quando se comunica com as equipas de SBV presentes no local.

Esta competência do enfermeiro SIV, assume um papel de extrema importância, no que diz respeito à organização e funcionalidade da equipa presente na ocorrência. Compete também ao enfermeiro a gestão de intervenções autônomas como o tratamento de feridas, alívio da dor com recurso a medidas não farmacológicas, a estabilização de fraturas, tração ou posicionamento, apoio psicológico e emocional com base em técnicas de comunicação, avaliação da vítima, garantia da segurança da equipa e da vítima, realizando ensinamentos e educação para a saúde.

Relativamente às intervenções interdependentes, o enfermeiro administra terapêutica, realiza exames de diagnóstico como o ECG, validando o seu resultado com o MR do CODU, assim como transporta a vítima para a unidade indicada por esse mesmo médico.

De acordo com o REPE, em contexto pré-hospitalar, as intervenções interdependentes exigem ações previamente definidas por protocolos de atuação, algoritmos ou planos de ação que possibilitem ao enfermeiro realizar juízos, organizar, executar, supervisionar e avaliar as suas intervenções (OE, 2007).

Em contexto de emergência, os enfermeiros procedem à administração da terapêutica prescrita, avaliam os seus efeitos e atuam em conformidade, devendo, em emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais (Decreto-Lei n.º 161/1996, 1996). Além disso, na gestão de cuidados, o enfermeiro assume ocasionalmente a necessidade de mediar e gerir conflitos no local da assistência, especialmente quando existe ânimos exaltados ou desacatos, além de articular com as forças de segurança, deve procurar garantir a segurança e assistência necessária às suas vítimas e principalmente a sua segurança e da equipa que lidera.

A comunicação eficaz em meio pré-hospitalar torna-se mais difícil de garantir devido ao meio não controlado onde normalmente ocorre e ao fato de existir vários intervenientes presentes. Cabe ao enfermeiro assumir e usar as suas competências de comunicação no sentido de estabelecer a relação terapêutica necessária à prestação de cuidados de enfermagem no momento.

Neste campo de prestação de cuidados, o enfermeiro enfrenta situações em que o utente e os seus familiares experimentam, emoções e sentimentos negativos. É necessário que o enfermeiro esteja alerta para identificá-los e também estar preparado para lidar com eles de forma assertiva, mantendo uma comunicação adequada e eficaz.

A criação de uma relação terapêutica com base em competências comunicacionais em especial nas situações de emergência torna-se muitas vezes difícil. Isso deve-se à condição que preocupa os três intervenientes, sendo eles, o profissional de saúde que “corre contra o tempo”, o utente que se encontra em situação de perigo, e a família que enfrenta o medo das consequências (Regiane Tigulini, 2002).

Torna-se necessário em primeiro lugar que o enfermeiro consiga gerir circunstâncias que lhe são stressantes, mantendo-se lúcido e ao mesmo tempo identificando as necessidades do seu utente e família, de forma que estes se sintam compreendidos pelo enfermeiro, aumentando assim a possibilidade de se estabelecer uma comunicação eficaz (Samyra Gambarelli, 2018).

Para o sucesso de integração nas diferentes equipas dos meios VMER e SIV, determinou-se útil a consulta dos manuais disponibilizados pelo INEM, da mesma forma que foi de extrema importância a consulta de protocolos, nomeadamente a função da responsabilidade da função do enfermeiro da ambulância SIV, no sentido de sintonizar a forma de atuação de acordo com o preconizado pelo instituto. Também a realização da *debriefings* após cada saída de emergência, na maioria das vezes efetuada em conjunto com a equipa, foram contributos indispensáveis para melhorar a atuação na saída seguinte.

Assim, tendo em conta a especificidade e singularidade desta área, exigiu uma maior atenção para identificar e absorver um modelo de organização e atuação muito diferente do meio hospitalar.

Neste seguimento, foi adotada uma postura de disponibilidade, demonstrando vontade de aprender e gradualmente participar de forma a atingir o máximo de autonomia ao longo do estágio e evolução em cada situação de emergência atendida.

#### 2.4. *Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

O EE, no que diz respeito ao desenvolvimento de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica (OE, 2019b).

A criação de uma identidade profissional começa pelo reconhecimento das necessidades e melhorias em falta, dando ao enfermeiro a oportunidade de contruir o seu projeto pessoal e formativo capacitando-se de ferramentas que lhe permitam apoiar a sua prática clínica com base na aquisição de conhecimento e estado da arte, bem como o recurso à investigação. De acordo com essas ideias, ter a oportunidade de obter conhecimento por meio da formação e aquisição de competências no âmbito do EE em EMC é um passo importante e significativo no percurso de formação enquanto futuro EE.

No SUP, algumas vezes, sabendo *a priori* o que leva o utente à urgência, quando são referenciados pelos SUB ou transferidos de outros hospitais com menos valências, é possível ter a SE preparada e/ou os profissionais de saúde sob aviso, bem como, os meios de diagnóstico a postos. Todavia, na maioria dos casos, os utentes entram na SE após triagem com atribuição de pulseira de prioridade, o que leva à ativação da sala com sinais sonoros, conforme as recomendações da ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2015). Nestes casos, a informação é escassa e a necessidade de agir para evitar falência orgânica é elevada, exigindo perícia e conhecimento sobre protocolos a utilizar em emergência, nas vias verdes, administração de fármacos, bem como familiaridade com os equipamentos presentes. O EE atribuído à SE deve, contudo, ter competência de tomada de decisão acerca de atribuição de prioridades e gestão de *stress* inerente às situações de emergência.

Na SE, prestam-se cuidados ao utente e família em várias situações de risco iminente de vida, como por exemplo: paragem cardiorrespiratória, desequilíbrios hidroeletrólíticos graves, hemorragia maciça, via verde (VV) AVC, VV coronárias, VVT, insuficiências

respiratórias, entre outros. Na maior parte das situações os focos de instabilidade foram resolvidos e os utentes melhoraram sendo transferidos para outros serviços/hospitais, onde de acordo com o estado clínico do utente, dá-se continuidade aos cuidados sob o ponto de vista da monitorização e implementação de intervenções terapêuticas. No entanto, também existiram situações de insucesso em que os utentes acabaram por sucumbir à vida, e a estes são prestados os cuidados pós-morte inerentes. Os processos de luto destas famílias iniciaram-se com a equipa, através da explicação do contexto da morte e de tudo o que mediou a mesma, reforçando que tudo foi feito e permitindo a despedida dos mesmos.

A consulta de documentos, normas, procedimentos, regulamentos e protocolos de serviço assim como a pesquisa bibliográfica realizada com base na evidência científica mais atual, permitiram o aprofundamento de conhecimentos e aptidões, levando a processos de tomada de decisão e a agir em conformidade, sempre com a finalidade de um exercício profissional de excelência.

Assim, com vista à prestação de cuidados de excelência, o enfermeiro deve “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015b, p. 86).

Conclui-se, que no exercício profissional de excelência por parte do EE “os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (OE, 2019b).

No que concerne ao contexto pré-hospitalar, este campo de estágio permitiu a consolidação de técnicas no âmbito do trauma, no que se refere à estabilização e imobilização da vítima. Estando Portugal no topo da lista de mortes por trauma na Europa (INEM, 2013), esta é uma realidade muito presente nas equipas de assistência pré-hospitalar.

Tanto no meio SIV como VMER, foram aplicados conhecimentos que geraram o desenvolvimento de competências no âmbito dos procedimentos realizados à vítima com suspeita de trauma, nomeadamente: 1) aplicação da avaliação ABCDE; 2) identificação de lesões potenciais decorrentes do tipo de mecanismo de lesão, possibilitando assim ao enfermeiro estar desperto para identificar e controlar lesões que numa abordagem *fast* por vezes podem não ser evidentes, evitando situações irreversíveis.

Paralelamente a este facto, é necessário agir no sentido de estabilizar e conter as lesões identificadas, sendo para isso necessário trabalho em equipa.

No decurso do estágio pré-hospitalar foram utilizados de forma integrada e com contributo positivo os protocolos instituídos na identificação de lesões de trauma e imobilização e transporte adequado da vítima até à instituição hospitalar.

Neste campo de estágio, existe um contacto frequentemente de vítimas com diferentes critérios de gravidade e risco de vida, devendo o EE em EMC, reconhecido como o profissional de saúde com os conhecimentos científicos que lhe são conferidos, assumir a capacidade de identificar não só situações de risco iminente de vida, como atuar de acordo com os protocolos e diretrizes preconizadas. Deve ainda apresentar a capacidade de antecipar e prevenir sinais precoces de falência orgânica.

Foram então adquiridas competências no âmbito da antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, de forma a responder atempadamente prevenindo complicações, sendo, na simbiose perfeita desta trivalência à PSC desenhada a evolução como EE em EMC na área da PSC, utilizando a evidência científica para suporte da prática clínica.

Ao longo de ambos os estágios, a riqueza e diversidade de situações vivenciadas no âmbito da enfermagem à PSC, permitiram o desencadear do desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades fulcrais para a aquisição de competências específicas nesta área de especialidade. A experiência vivida, pela complexidade e exigência dos cuidados, tornou-se uma oportunidade de ampliar conhecimentos e desenvolver uma reflexão crítica em cada situação, por forma a aperfeiçoar permanentemente o desempenho profissional com vista à excelência dos cuidados diferenciados.

Termina-se, afirmando que a prática baseada na evidência é uma forma de contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, na medida em que permite aos enfermeiros basear as suas tomadas de decisão na prática baseados num referencial teórico válido, atual e pertinente, essencial para uma assistência diferenciada devidamente fundamentada (OE, 2019b).



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

---

A especialidade em EMC tem uma grande abrangência, no que diz respeito as competências especializadas na área da enfermagem à PSC (OE, 2018). A realização do Mestrado em EMC na área da PSC tem como finalidade adquirir, desenvolver e consolidar essas mesmas competências especializadas. Para o mesmo regulamento, as competências do EE em EMC à PSC são cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação; maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018).

Sendo a PSC aquela em que a sua vida se encontra ameaçada quer por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, exige cuidados de enfermagem altamente qualificados, prestados de forma contínua e imediata, e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2018). Portanto são necessários cuidados de enfermagem

“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 recuperação total” (OE, 2018, p19362).

Atendendo às competências específicas do EE em EMC no cuidado à PSC, seguidamente realiza-se uma análise detalhada e individual de cada uma das competências desenvolvidas durante o estágio.

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

Um EE é aquele que busca o seu desenvolvimento de forma constante e sustentada pela atualização dos seus conhecimentos e competências. O EE em EMC na área de enfermagem à PSC é aquele que “ajuda a pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018, p. 19359).

A complexidade inerente às situações de saúde e às respostas necessárias face à PSC e/ou falência orgânica e à sua família/cuidador exige ao EE conhecimentos e habilidades para responder de forma eficiente e holística (OE, 2018).

O EE é aquele que responde eficazmente através da mobilização de conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar.

A PSC requer cuidados altamente especializados e qualificados, e o EE em EMC é o profissional que detém as competências necessárias para prestar os melhores cuidados perante estas situações à pessoa, família/cuidador.

O EE deve ser capaz de fornecer cuidados de enfermagem complexos, bem como de antever complicações do estado do utente dando uma resposta atempada e correta. Os cuidados referidos são prestados de uma forma contínua e altamente qualificada, o que permite manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidade. Para se atingir este nível é necessário empenho, bases sólidas de conhecimentos e prática clínica.

Durante o estágio no SUP, na SE foi possível participar na prestação de cuidados diferenciados, exigindo a mobilização e aquisição de conhecimentos, para que se identifique focos de instabilidade, implementando diagnósticos de enfermagem, formulando e avaliando as intervenções implementadas.

Neste contexto as oportunidades de aprendizagem foram diversificadas, devido às diferentes etiologias das emergências médicas e de trauma. Aquando da admissão do utente na SE é realizada a avaliação primária de acordo com a abordagem ABCDE, seguindo-se da avaliação secundária e definindo-se posteriormente o plano de cuidados de enfermagem a ser implementado.

Esta prática é aplicada a todos os utentes sendo eles ou não acompanhados pelas equipas diferenciadas da área pré-hospitalar, particularmente as equipas VMER e SIV.

Ainda sobre a avaliação primária, segundo Antunes & Costa (2022), a abordagem deve ser sistematizada e ordenada, determinando as prioridades das intervenções de enfermagem. Essa abordagem é facilitada usando o acrónimo ABCDE (A – *Airway*; B – *Breathing*; C – *Circulation*; D – *Disability*; E – *Exposure*), sendo considerada como uma ferramenta primordial, que permite ordenar e sistematizar as intervenções, bem como, determinar as prioridades na assistência à PSC (Antunes & Costa, 2022).

A permanência na SE faz com que a vigilância, monitorização contínua e avaliação sejam uma constante, possibilitando identificar e implementar precocemente respostas de enfermagem apropriadas às complicações.

A triagem do utente não fornece ao profissional um diagnóstico, no entanto é estabelecida uma prioridade clínica baseada na identificação da queixa principal, escolha de um fluxograma e atribuição de uma pulseira de cor, que define prioridade, após selecionar o discriminador respetivo, isto leva à categorização de uma de cinco prioridades clínicas: emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul) (Steiner et al., 2016).

São muitos os focos de instabilidade identificados aquando da realização da triagem, segundo o protocolo de Manchester.

Farrohknia et al. (2011) referem que a triagem tem como objetivo otimizar o tempo de espera dos utentes, de acordo com a gravidade da sua condição, de forma a reduzir eventuais atrasos no tratamento.

A grande afluência de utentes ao SUP, torna essencial a existência de um sistema de triagem, realizada por enfermeiros de forma a não diagnosticar, mas a estabelecer uma prioridade clínica para serem observados face aos problemas identificados e não pela ordem de chegada (Despacho n.º 10319/2014).

A triagem é um marco em qualquer SU, pois promove a segurança do utente e a tomada de decisão do EE, priorizando as situações críticas e zelando pela prestação de cuidados de excelência (Zagalioti et al., 2023).

De acordo com o Grupo Português de Triagem (2021), o profissional de triagem deve ter experiência suficiente de cuidados de urgência, pelo menos de seis meses, e capacidade para comunicar de forma eficaz com a PSC e a sua família/pessoa significativa.

A organização, a priorização, os conhecimentos, o juízo clínico e a intuição são competências fundamentais para a tomada de decisão dos enfermeiros na triagem. Contudo, a experiência profissional em SU, muitas vezes operacionalizada por um processo de intuição, é o fator que mais influencia a tomada de decisão (Azevedo et al., 2023; Benner, 2001). Sendo assim, e segundo o estudo realizado por Freitas (2014) os enfermeiros especialistas são os que apresentam um maior grau de satisfação na triagem, relativamente ao enfermeiro de cuidados gerais, pois apresentam elevados conhecimentos técnico – científicos, pensamento crítico, tomada de decisão e experiência.

O SUP, onde se realizou a primeira parte do estágio, tem implementadas as seguintes vias verdes: VVT (Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 2010a); VV sépsis (Norma n.º 010/2016); VVAVC (Norma n.º 015/2017) e VV coronária (Norma n.º 002/2018).

De acordo com o Ministério da Saúde (2020) as vias verdes (VV) têm como objetivo melhorar a acessibilidade no acesso rápido ao tratamento mais adequado e eficaz, sendo

definidas como uma estratégia organizada na abordagem, encaminhamento e tratamento, ao longo do pré, intra e inter-hospitalares, para as situações clínicas mais frequentes e/ou graves, pela sua relevância em termos de impacto na saúde das pessoas e pela relação inversamente proporcional entre o período de tempo decorrido desde o início dos sintomas/problemas até à eficácia do tratamento, com repercussões diretas ao nível do prognóstico (Ministério da Saúde, 2020).

A VVT é um sistema de organização de cuidados a vítimas de trauma que é inclusivo, pois é aplicável a todas as unidades de saúde com SU. Esta encontra-se aplicada no SUP onde decorreu a primeira fase do estágio, fazendo assim entender que o sistema de trauma inclusivo se torna responsável por incluir toda a cadeia de tratamento multidisciplinar, desde o pré-hospitalar até à reabilitação do utente, relativamente à sua área geográfica de influência. Para operacionalizar este sistema, existe colaboração entre entidades nacionais ou regionais de coordenação, como o CODU, serviço de emergência médica e SU hospitalar (DGS, 2022).

A DGS criou a circular normativa nº 012 de 18 novembro 2022 – Via Verde Trauma no Adulto (DGS,2022), onde se encontra definido que compete a cada conselho de administração de cada instituição, inserida na rede de trauma, disponibilizar os recursos necessários à efetiva implementação da VVT. A publicação desta norma veio materializar as orientações previamente estabelecidas pelos serviços do Ministério da Saúde através da Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010a, que informava que a Norma 23 de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, implícita nesse documento, deveria ser instituída em todas as unidades de saúde com SU.

Como resultado, detetou-se a inconformidade da atualização do algoritmo da ativação VVT em contexto de urgência inserida no título supracitado “Via Verde Trauma no Adulto” (DGS, 2022). Pelo que se procedeu á atualização do mesmo e afixação na área da triagem em formato poster (Apêndice III).

Em suma, as mais variadas experiências no decorrer dos dois contextos de estágio permitiram o desenvolvimento de competências, tais como: gerir a comunicação interpessoal, prestar cuidados ao utente em situação emergente e a antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (OE, 2018).

Tanto no SUP como no INEM, como forma de colmatar as dificuldades sentidas, ressalva-se a importância de aquisição de conhecimentos através da evidência científica pertinente, tendo em consideração as experiências, análise e reflexão realizada, para a promoção de aquisição e desenvolvimento de competências no cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Ressalva-se que no final de todas as situações, em ambos os contextos de estágio, procedeu-se à realização de *debriefing* com o enfermeiro de referência, analisando as etapas de todos os procedimentos, tornando-se um momento de reflexão, interiorização e preparação para situações futuras.

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

O EE face a uma situação de emergência, exceção ou catástrofe deve atuar de forma pronta e sistematizada, na conceção, planeamento e gestão da resposta, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem negligenciar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime (OE, 2018).

Segundo o OE (2018) uma situação de emergência requer assistência à vítima de forma imediata, a mesma é consequência de uma agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, causando-lhe perda de saúde, bruscamente ou violentamente, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida.

Ainda de acordo com o mesmo regulamento, uma situação de exceção ocorre quando de verifica um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, exigindo uma atuação, coordenação e gestão criteriosa de recursos humanos e técnicos disponíveis (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2012).

A situação de catástrofe conforme a Lei de bases da Proteção Civil – Decreto-Lei nº 27/2006 e alterada pela Lei n.º 80/2015, de 3 de agosto de 2015 descreve-se por “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (Diário da República n.º 149/2015, Série I, p. 5316). Face à catástrofe, esta pode ter como origem: desastres naturais, eventos biológicos (pandemias), acidentes graves e elementos hostis (International Strategy for Disaster Reduction, 2009).

Os hospitais e as unidades de saúde desempenham um papel crítico em tempos de emergência e desastres, sendo imperativo que permaneçam estruturalmente sólidos e totalmente operacionais. Os recursos humanos continuam a ser os mais importantes entre os recursos disponíveis num hospital ou unidade de saúde, devendo estar adequadamente preparados para emergências e desastres (WHO, 2010).

As situações de emergência, exceção ou catástrofe são circunstâncias especiais, onde a sua gestão requer a cooperação por parte de toda a equipa multidisciplinar, principalmente pelos enfermeiros. Estes além de serem os primeiros a entrar em ação, são os que passam mais tempo em contacto com as pessoas e desempenham um papel ativo na gestão de desastres (Pourvakhshoori et al., 2017).

Tendo em consideração esta linha de pensamento, denota-se real importância que os enfermeiros sejam dotados de conhecimentos e competências, através de programas de educação e formação nesta área específica, promovendo o desenvolvimento da sua prática em situações de emergência, exceção ou catástrofe.

Neste âmbito, o EE em EMC à PSC constitui-se como um elemento fundamental, ao apresentar competências necessárias perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, que envolve o cuidar e o conceber em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe; o planejar respostas às situações de catástrofe; gerir os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe; e assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime (OE, 2018).

Ao longo do período de estágio, não se evidenciaram situações de catástrofe ou exceção, contudo através da entrevista informal à equipa do SUP e da consulta do regulamento interno das instituições onde decorreram os estágios (documento oficial), constata-se a existência de um plano de emergência de origem externa com o objetivo de garantir a eficácia da estrutura, das condições e dos recursos de forma a dar resposta a uma situação de exceção ou catástrofe.

Assim, no cumprimento da circular normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010a da DGS, o SUP apresenta um plano de emergência interno do serviço, como resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe. Este plano desenvolve-se em três fases: alerta, alarme e execução. É coordenado pelo gabinete de crise, sendo o coordenador do plano o diretor do SU (ou o chefe de equipa na sua ausência), e o coordenador dos recursos humanos e materiais é o enfermeiro gestor do SU (ou o coordenador de enfermagem na sua ausência).

Contudo, apesar de não se ter vivenciado situações de catástrofe ou exceção ao longo do estágio, foram consultados os planos de emergência e catástrofe existentes nos contextos, adquirindo assim conhecimentos e fomentando o desenvolvimento desta competência.

Foi ainda planeada uma formação em serviço, com o título “gestão de multivítimas – *Triagem em Mass Casualty Incidents*, (Apêndice II). O objetivo da formação tem por base: análise de conceitos e análise global de cenário multivítimas; abordagem sobre os desafios

da gestão de situações de multivítimas e triagem de evacuação: tipos de triagem e sistemas de triagem existentes. A formação é efetuada com a apresentação de diapositivos e no final um teste de validação de conhecimentos. Por agilização benéfica de ambas as partes foi realizada pós-termino do curso, no mês de dezembro.

Em conclusão, para Hutton et al. (2016), as competências de enfermagem na área da exceção e catástrofe foram identificadas como sendo essenciais para um planeamento, educação e preparação das populações e organizações para as possíveis situações de exceção e catástrofe.

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

face aos múltiplos contextos de atuação, a complexidade das situações e a diferenciação dos cuidados, exigidos pela necessidade de recursos a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, necessários à sobrevivência da PSC e/ou em falência orgânica, o EE tendo em consideração o risco aumentado de infeção deve atuar de forma eficaz na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos (OE, 2018).

As IACS devido a microrganismos resistentes aos antimicrobianos (RAM) são atualmente um dos mais importantes desafios para a medicina moderna (Friedrich, 2019).

As IACS são definidas como uma infeção adquirida pelas pessoas como consequência dos cuidados e dos procedimentos de saúde e que, afeta também, os profissionais de saúde durante o seu exercício profissional, em todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde (DGS, 2007a).

A transmissão de microrganismos relacionados aos cuidados de saúde é complexa, pois tanto pode ocorrer pelo contacto direto com os profissionais de saúde bem como, pelo contacto com o ambiente contaminado ao seu redor (Monegro et al., 2022).

Reconhece-se então, como essencial para a prevenção e controlo de infeção, as PBCI (DGS, 2012) e os feixes de intervenção. Estas representam a boa pratica que deve ser adotada por todos os profissionais de saúde, de forma que a transmissão cruzada e o risco de infeção seja *minor* (DGS, 2012; 2017b). São padrões de qualidade: a avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e isolamento de pessoas doentes; higiene das mão; etiqueta

respiratória; utilização de equipamento de proteção individual; descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; manuseamento seguro da roupa; gestão adequada dos resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2012; 2017b).

Relativamente aos feixes de intervenção, estes são um conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas de uma forma integrada no mesmo tempo e espaço, promovem melhor resultado e têm como objetivo assegurar que os utentes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente (DGS, 2015d).

As IACS e o aumento das RAM representam problemas com impacto à escala mundial. O peso das IACS é evidenciado no agravamento das taxas de morbilidade e mortalidade, no prolongamento do tempo de internamento, no aumento dos custos em saúde e no aumento da pressão geradora de RAM, o que resulta assim no aumento do uso de antibióticos, inviabilizando a qualidade dos cuidados, transformando-se na principal ameaça à segurança dos cidadãos e, conseqüentemente, representando uma grave ameaça à saúde pública (DGS, 2017b; DGS, 2018b).

O PPCIRA foi criado através do despacho n.º 2902/2013 e atualizado em 2017, pela fusão do então PNCI com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, programas com objetivos e estratégias comuns para a redução das IACS e do consumo de antimicrobianos.

Ainda neste domínio, a integração das orientações do PPCIRA, nomeadamente das PBCI no exercício diário da profissão, apresentam especial relevância no cuidado à pessoa vítima de trauma. Os cuidados prestados nesta fase aguda, onde a necessidade de uma intervenção adequada e precoce requer tomadas de decisão rápidas e assertivas com foco na estabilização do utente poderá acarretar sérias implicações no seu prognóstico, uma vez que numa fase tardia a principal causa de morte é devido ao desenvolvimento de complicações como a sépsis e/ou disfunção multiorgânica, podendo estas ser reflexo dos cuidados prestados até então.

O EE em EMC, deve ser detentor de conhecimentos e competências específicas na área da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos no cuidado à PSC, sendo um elemento fundamental na promoção e integração das orientações do PPCIRA tanto no seu exercício diário, como no seio da equipa multidisciplinar (OE, 2018). Deve ainda salvaguardar o seu cumprimento assim como deve proceder à monitorização, registo e avaliação das medidas de prevenção e controlo implementadas (OE, 2018).

As atividades realizadas contribuíram eficazmente para o desenvolvimento enquanto EE em EMC à PSC no que concerne ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, permitindo desenvolver competências específicas da área de especialidade à PSC, nomeadamente: desenvolver conhecimentos especializados e baseados em evidência científica sobre as estratégias utilizadas para reduzir as IACS, adotando sempre as intervenções apresentadas pelas respetivas normas da DGS para prevenir a infeção e assim diminuir a utilização de antimicrobianos.

Desta forma, o EE deve demonstrar habilidades técnico-científicas para garantir a implementação dos feixes de intervenção, afirmando-se como detentor de maior conhecimento da evidencia científica e das necessidades da equipa, de maior perícia nos diagnósticos dos utentes, demonstrando ser um agente fundamental para a prevenção do controlo das IACS.



## 4. Considerações finais

---

O desenvolvimento e aumento da exigência técnica e científica dos cuidados de saúde traduz-se num aumento da complexidade dos cuidados de enfermagem. O EE em EMC deve identificar rapidamente focos de instabilidade e intervir de forma pronta e antecipatória, diagnosticando as complicações resultantes de protocolos complexos (OE, 2018).

Ao longo deste período decorrente deste relatório onde é aprofundada a capacidade de análise crítico-reflexiva, enaltece-se que o estágio no SMUC e em contexto pré-hospitalar, permitiu o desenvolvimento e aquisição das competências comuns específicas do EE em EMC na área de enfermagem à PSC.

Reconhece-se que a especificidade na área da PSC, exige que o enfermeiro seja capaz de recrutar um conjunto de conhecimentos, que demonstre habilidade na procura de mais informação em conjunto com as experiências vivenciadas, deve ser capaz de deter um elevado conhecimento de si mesmo que o capacite para a gestão das emoções e conflitos que decorrem da prática clínica, por fim deve ainda ter a capacidade de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares.

Os campos de estágio abriram a possibilidade para a concretização dos mesmos, pela busca e facilitação constante de oportunidades para o desenvolvimento de competências enquanto EE em EMC, em articulação com o enfermeiro Tutor e restante equipa multidisciplinar, que se mostraram sempre disponíveis e facilitadores da aprendizagem.

Simultaneamente, o Decreto de Lei n.º 65/2018, referente ao título de mestre, pressupõe a demonstração de habilidades e de conhecimentos sobre os métodos científicos como forma de produzir conhecimento e assim conseguir a atribuição do grau de mestre.

Portanto, a realização destes estágios permitiu consolidar e enriquecer o conhecimento existente, além de adquirir novas competências. Aprofundou-se uma prática clínica especializada e baseada em evidência científica através da fundamentação teórica e relevante na área em questão. Desenvolveu-se capacidade para tomadas de decisão fundamentadas a partir de evidência relevante no âmbito da especialidade. Possibilitou ainda, a aquisição de competências no âmbito de EMC na área da PSC estimulando o sentido crítico – reflexivo e a procura na fundamentação da prática na melhor evidência científica disponível e dessa forma contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC e família/cuidador.

Algumas foram as dificuldades sentidas ao longo deste período, nomeadamente face à conciliação da vida profissional e pessoal. Contudo, através da capacidade de resiliência e motivação estas foram ultrapassadas.

A elaboração deste documento possibilitou aprofundar os conhecimentos sobre as competências que são exigidas ao EE e a importância do seu papel na sociedade em evolução e modernização, exigindo cada vez mais cuidados especializados em saúde.

Do ponto de vista pessoal, a realização do estágio torna-se excepcionalmente imprescindível, para o crescimento e desenvolvimento profissional e pessoal, em consequência de conseguir adquirir e aplicar na prática todos os conhecimentos adquiridos, com a responsabilidade de tornar o contexto prático mais especializado.

Termina-se este capítulo com um conceito que se julga fazer total sentido neste momento. Laeng (1973) afirmou que um estágio pode ser definido como uma atividade preparatória para uma profissão e é feito em condições semelhantes às do exercício na respetiva profissão, porém, sob orientação de uma pessoa competente.

## **PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO**

---



## 1. Resumo

---

**Enquadramento** – O trauma representa uma das principais causas de morte em idades jovens. A ativação da via verde trauma favorece o diagnóstico precoce e a rápida implementação de medidas interventivas, potenciando o prognóstico da pessoa vítima de trauma e melhorando os índices de mortalidade e morbilidade. As intervenções autónomas do enfermeiro são da sua exclusiva iniciativa e responsabilidade, no que concerne à prestação de cuidados, gestão, formação e assessoria, tendo a investigação em enfermagem como contributo.

**Objetivo** – Explorar e descrever as intervenções autónomas do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica, na via verde trauma, em serviço de urgência

**Metodologia** – Estudo qualitativo, exploratório e descritivo com recurso à *Focus Group* seguindo a estratégia do "*funil*" sob as orientações de Morgan (1997) e com método de análise de conteúdos segundo Bardin (2015), para a questão norteadora: Quais as intervenções autónomas do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica, na via verde trauma, em serviço de urgência? Esta estratégia é realizada por meio das seguintes fases: Fase de Planeamento; Fase de Preparação; Fase de Moderação; Fase de Análise de Dados e Fase de Divulgação de Resultados, imergindo sob forma de relatório de investigação escrito.

**Resultados** – Com base no *focus Group*, utilizou-se a análise categorial, que agrupa os dados em categorias pré-definidas ou que emergem do conteúdo. Assim surgiram quatro categorias que abordam as vantagens percebidas para cada uma das cinco questões levantadas. São as categorias: 1) Ativação da via verde trauma, 2) Uniformização de procedimentos e estruturação do protocolo da via verde trauma, 3) Autonomia e papel do enfermeiro especialista, e 4) Importância da formação especializada e atualização contínua.

**Conclusão** – Esta investigação destacou que, para maximizar a eficiência da via verde trauma, é essencial investir em programas contínuos de educação e formação na área do trauma. Este estudo reforça o valor das intervenções autónomas do enfermeiro especialista, sublinhando o seu papel indispensável na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Espera-se que estes resultados inspirem futuras investigações na área e incentivem a criação e implementação adequada de protocolos da ativação da via verde trauma.

**Palavras-chave** – Nurs\*; Trauma Centers; Critical Case; Trauma Nursing; Code Trauma Protocol

Cátia Ferreira



## 2. Abstract

---

**Background** – Trauma is one of the leading causes of death among young individuals. The activation of the trauma green pathway promotes early diagnosis and the rapid implementation of intervention measures, improving the prognosis of trauma victims and enhancing mortality and morbidity rates. The nurse's autonomous interventions are entirely their own initiative and responsibility regarding care delivery, management, training, and advisory, with nursing research contributing to this process.

**Objective** – To explore and describe the autonomous interventions of the specialist nurse in the field of critically ill patients, within the trauma green pathway in the emergency department.

**Methodology** – Qualitative, exploratory and descriptive study using Focus Group following the “funnel” strategy according to Morgan's guidelines (1997), with content analysis as outlined by Bardin (2015), addressing the guiding question: What are the autonomous interventions of the specialist nurse in the care of critically ill patients within the trauma green pathway in the emergency department? This strategy is carried out through the following phases: Planning Phase; Preparation Phase; Moderation Phase; Data Analysis Phase and Results Dissemination Phase, culminating in a written research report.

**Results** – Based on the Focus Group, categorical analysis was used, grouping the data into pre-established categories or those emerging from the content. Four categories emerged, addressing the perceived advantages for each of the five questions raised. These categories are: 1) Activation of the trauma green pathway, 2) Standardization of procedures and structuring the trauma green pathway protocol, 3) Autonomy and role of the specialist nurse, and 4) Importance of specialized training and continuous updates.

**Conclusion** – This research highlighted that, to maximize the efficiency of the trauma green pathway, it is essential to invest in continuous education and training programs in trauma care. This study further reinforces the value of autonomous interventions by the specialist nurse, emphasizing their indispensable role in providing care to critically ill patients. It is hoped that these results will inspire future research in the area and encourage the creation and proper implementation of trauma green pathway activation protocols

**Keywords** – Nurs\*; Trauma centers; Critical Case; Trauma Nursing; Code Trauma Protocol



### **3. Fundamentação/enquadramento teórico**

---

O trauma traduz-se num dos maiores desafios de saúde pública do nosso século. Estima-se que o trauma é responsável por cerca de 10% do total das mortes no mundo, o equivalente a cerca de 5.8 milhões de pessoas constatando-se a principal causa de morte em pessoas até aos 44 anos de idade. Este facto traduz-se num número elevado de pessoas com sequelas (American College of Surgeons, 2018; WHO et al., 2009), o que origina períodos de reabilitação prolongados, acompanhados por problemas emocionais, afetando o desempenho dos papéis sociais, o que interfere de forma significativa na qualidade de vida das pessoas (Santos et al., 2018). Importa assim, definir trauma. O trauma é considerado qualquer acontecimento accidental ou intencional que se converte numa emergência médica e numa das maiores causas de mortalidade e morbidade com lesões permanentes associadas. Definida como uma patologia que resulta da troca de energia entre o meio ambiente e o corpo, que provoca diversas lesões nos diferentes sistemas e órgãos (Parreira et al., 2017).

Face à importância da avaliação e intervenção rápida, precoce e adequada à pessoa vítima de trauma, os enfermeiros dão início a um conjunto de mecanismos organizacionais, nomeadamente a ativação da VVT. Inicia-se uma abordagem adequada à pessoa vítima de trauma, favorecendo o diagnóstico precoce, a rápida implementação de medidas interventivas, respondendo a toda a complexidade que a pessoa vítima de trauma acarreta, potenciando desta forma o seu prognóstico, no sentido de melhorar os índices de mortalidade e morbidade, assim como a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

As Vias Verdes em Portugal foram criadas com o intuito de melhorar a acessibilidade ao tratamento mais adequado e eficaz, tendo sido definidas como uma estratégia organizada na abordagem, encaminhamento e tratamento, ao longo do pré, intra e inter-hospitalar, para as situações clínicas mais frequentes e/ou graves, como é o caso do trauma.

A VVT é implementada em Portugal pela DGS, em 2010, com a circular normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010a - Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Esta determina a sua implementação em todas as unidades com SU a nível nacional realçando a importância da patologia em questão, bem como, o potencial impacto na diminuição das taxas de mortalidade e morbidade nas pessoas vítimas de trauma, através da implementação de medidas relativamente simples e custo efetivas (DGS, 2010a). Faz parte do SIEM em Portugal e tem como objetivo garantir o atendimento rápido

Cátia Ferreira

e eficiente de vítimas de trauma, com a totalidade dos meios disponíveis e a garantia da continuidade de cuidados hospitalares, segundo a circular normativa nº 012 de 18 novembro 2022 – Via Verde Trauma no Adulto (DGS,2022).

Deve-se ainda realçar a importância da existência de centros de trauma/ sistemas de trauma pois estão intimamente ligados a uma redução de tempos no pré-hospitalar e no internamento, tendo impacto na qualidade de vida no pós-alta e na diminuição do custo médio de atendimento.

Cuidar da PSC vítima de trauma é um grande desafio, que exige cuidados diferenciados e qualificados em que os Enfermeiros Especialistas, pela sua competência científica, técnica e humana desempenham um papel central, carecendo-lhes de conhecimentos, competências, formação e preparação nesta área específica

De acordo com o (OE, 2018, p.19363),

“Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.”

Como tal, é fundamental a implementação contínua de programas de educação e formação na área do trauma no sentido de promover o desenvolvimento e a manutenção das competências necessárias em todos os níveis de intervenção.

Assim, surge a necessidade de formação específica das equipas de profissionais de saúde, definindo a formação e o currículo dos profissionais de atendimento na rede, o qual devem contemplar, entre outros, a formação em SAV em trauma, ventilação e controle hemodinâmico e transporte de doentes críticos e em Vias Verdes (Despacho n.º 10319/2014).

A Triagem de Manchester é um sistema de triagem inicial que tem como objetivo promover o atendimento médico em função de critério clínico, ao invés do administrativo ou da ordem de chegada aos serviços de urgência (SU's).

Este Sistema foi criado em 1994 com o intuito de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do SU. Destaca-se assim o papel do enfermeiro nesta função, ao considerar-se ser um processo complexo, que exige conhecimentos e experiência demonstrando a importância e relevância que o enfermeiro assume. Esta posição privilegiada permite a identificação precoce das situações urgentes, garantindo a atribuição da prioridade adequada, possibilitando a integração das Vias Verdes, dos normativos e

algoritmos clínicos, contribuindo desta forma para a melhoria da gestão dos recursos (DGS, 2018a).

Porém, o importante papel que o enfermeiro desempenha não se reduz apenas à triagem, mas ao longo de todo o processo inerente à VVT desde a triagem, SE, sala de trauma, encaminhamento e transferência. Considera-se ser um fator essencial para a sua implementação e para a eficácia de todo o processo, promovendo sempre a excelência da qualidade dos cuidados prestados.

Os cuidados de enfermagem, aliados ao processo de enfermagem, são definidos pela utilização da metodologia científica, que enverga a identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade; a recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta; a formulação de diagnósticos de enfermagem; a elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem; a execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários; a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções (Decreto-Lei nº161/96, de 4 de setembro). Ainda sobre os cuidados de enfermagem estes assentam nas intervenções autônomas e nas interdependentes, ambas realizadas pelos enfermeiros de acordo com as suas qualificações profissionais (OE, 2017a), estando estes em parceria com os diagnósticos de enfermagem.

Destaca-se assim, a teoria das transições de Afaf Meleis, que norteia os enfermeiros para estarem atentos à reação da pessoa na situação de transição saúde-doença. Estes assumem o papel na definição de estratégias com a pessoa, familiares e cuidadores, que possibilitem o enfrentar das mudanças para o controle da doença; identificando os fatores envolvidos, sejam eles, ambientais, condição socioeconómica, apoio familiar e vontade pessoal, com vista na melhoria e adaptação ao tratamento de uma forma global. Assim, assume-se que a transição é uma passagem de um estado estável para outro estado estável. Considera-se que ao nascer de uma mudança as transições tornam-se dinâmicas, mas também marcos de viragem, podendo ser caracterizadas a partir deste processo ou de resultados (Meleis, 2010).

Sendo atualmente notório que o papel da equipa de enfermagem no SU é transformado cada vez mais numa situação tecnicista, a realização desta revisão da literatura, surge da necessidade de tentativa de contrariar esta tendência, tendo como principal objetivo explorar e descrever as intervenções autônomas do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica, na via verde trauma, em serviço de urgência.



#### **4. Finalidade e objetivos**

---

Este *Focus Group* teve como objetivo - explorar e descrever as intervenções autónomas do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica, na via verde trauma, em serviço de urgência.

Com a identificação das intervenções autónomas de enfermagem da pessoa vítima de trauma, prevê-se assim o contributo para o desenvolvimento de melhores práticas dos enfermeiros, traduzindo-se em indicadores de resultado que podem decorrer dos processos de enfermagem, em particular das intervenções autónomas de enfermagem, assim como no reconhecimento de necessidades de investigação nesta área.



## 5. Metodologia

---

Estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa. Pela estratégia do "*funil*" segundo as orientações de Morgan, (1997) e com método de análise de conteúdos segundo Bardin (2015). A recolha de dados foi efetuada com recurso a *Focus Group* realizada, com elementos de dois centros hospitalares da região Norte, com a duração aproximada de 90 minutos. Partiu-se da seguinte questão de investigação: Quais as intervenções autónomas do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica, na via verde trauma, em serviço de urgência?

O *Focus Group* consiste numa ferramenta que permite a colocação de uma mesma pergunta aos diferentes participantes, fomentando a interação social (Caillaud & Flick, 2017) e através da discussão, interação e cruzamento de opiniões, permite ao investigador analisar a forma como os diferentes participantes interpretam determinada realidade (Mangas, Freire & Santos, 2018).

Inicia-se com uma breve apresentação do moderador (elemento externo à respetiva), instituição de Ensino Superior e dos participantes, seguidamente ocorre a sensibilização do tema a partir de um resumo acerca do conteúdo do *Focus Group*, assim como dos objetivos da investigação.

Apresentam-se 5 questões (Apêndice I) que guiaram o *Focus Group*, tendo como questão principal "Quais as intervenções autónomas do enfermeiro especialista na Via Verde Trauma em serviço de urgência?"

O *Focus Group* foi gravado através de áudio e transcrito fielmente. Os dados recolhidos foram analisados segundo a análise de conteúdo de Bardin (2015), sem categorização *a priori*. Esta, baseou-se nas três fases fundamentais abordadas pelo autor, nomeadamente, a pré-análise que obedeceu a regras como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade, a pertinência e a exclusividade; de seguida, a exploração do material, de onde emergiram as respetivas categorias e por fim, a terceira fase denominada tratamento dos resultados, inferência e interpretação, fase esta de busca de significado das mensagens, intuição e análise reflexiva e crítica.

O anonimato e confidencialidade dos participantes manteve-se assegurada uma vez que se objetiva a análise final dos resultados independentemente das instituições de proveniência, os participantes tiveram uma designação numérica, tendo sido atribuído um

número de 1 a 8, de forma aleatória, passando a sua identificação a constar como “E1”, “E2” ... “E8”.

### 5.1. *Desenho do estudo*

A escolha metodológica recaiu sobre o *Fócus-Group* (FG), por ser um método que possibilita a recolha de dados a um grupo, com uma experiência semelhante, permitindo a interação na discussão do grupo a partir do papel ativo do investigador na dinamização da discussão do grupo para efeitos de recolha dos dados (Silva, Veloso & Keating, 2014).

Esta estratégia é efetuada com a realização das seguintes fases: 1) Fase de Planeamento: definição do objetivo de estudo, composição e número de grupos; 2) Fase de Preparação: o recrutamento dos participantes e as condições logísticas de realização dos grupos como a escolha do local; 3) Fase de Moderação: situar a entrevista em 90 minutos definidos segundo Morgan (1996), através do Microsoft Teams; 4) Fase de Análise de Dados: gravar e transcrever o mais fielmente possível as entrevistas, de forma sistemática e rigorosa e 5) Fase de Divulgação de Resultados: sob forma de relatório de investigação escrito.

Esta abordagem de compromisso com a discussão do grupo torna possível aceder, por um lado, às perspetivas dos próprios participantes na primeira parte de cada discussão e, por outro, às respostas a interesses específicos do investigador na segunda parte (Silva, Veloso & Keating, 2014).

A revisão da literatura torna-se um ponto crucial para a estruturação do guião da entrevista (Apêndice I), que se organizou em volta da questão – Quais as intervenções autónomas do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica, na via verde trauma, em serviço de urgência?

Os tipos de fontes para pesquisa bibliográfica de apoio incluíam: artigos escritos em português, inglês e espanhol; artigos que responderam à pergunta de investigação enunciada; estudos primários (do tipo quantitativa, qualitativo e misto) e secundários; documentos de texto e de opinião, ensaios clínicos e estudos encontrados nas referências bibliográficas secundárias.

Refere-se ainda que tanto a questão principal como as secundárias, são norteadoras, não tendo o intuito de condicionar a discussão. Neste sentido toma-se consciência que à medida que a discussão avança, podem surgir questões mais específicas em função dos contributos do grupo. Esta estratégia torna possível aceder, por um lado, às perspetivas dos próprios participantes, e, por outro, às respostas de interesses específicos do investigador.

Participaram no *Focus Group* oito (8) enfermeiros de duas instituições da região Norte do País com e sem VVT instituídas respetivamente. Foram critérios de inclusão serem especialistas e/ou peritos, considerados pelos pares na área de urgência. A amostra foi intencional e homogénea para permitir focalizar a discussão no tema, uma vez que os participantes têm em comum uma característica relevante face ao tema em discussão – são especialistas e/ou peritos, reconhecidos pelos pares, na área de urgência.

No desenrolar do envolvimento do projeto os enfermeiros foram informados sobre a participação de forma livre esclarecida no *Focus Group*. Uma semana antes foi enviado um e-mail com informação sobre o objetivo do estudo e as regras de participação, incluindo tempo estimado de duração, proporcionando o direito à autodeterminação, confidencialidade e anonimato dos participantes. Foi ainda enviado para assinatura, o consentimento informado, livre e esclarecido da ESSNorteCVP (Modelo Q 190) (Apêndice IV) assim como consentimento informado para realização de videogravação. Esta decorreu em ambiente tranquilo e reservado de forma a garantir as devidas condições de privacidade e gravação (Morgan, 1196). Decorreu em sala privada, reservada para o efeito e que garantia as devidas condições de privacidade e gravação, bem como uma atmosfera confortável para facilitar a participação e evitar interrupções (Krueger & Casey, 2014; Silva, Veloso & Keating, 2014).

O investigador conduziu a discussão e assumiu a responsabilidade de gravar e transcrever o mais fielmente possível as entrevistas, de forma sistemática e rigorosa, os dados foram tratados manualmente pelo investigador, pesquisando a perceção das equipas em relação ao tema, segundo o método de análise de conteúdo de Bardin (2015). Os registos escritos bem como as gravações de vídeo/áudio no programa Microsoft Teams foram protegidas, armazenadas e eliminadas no computador pessoal do investigador, sendo o próprio responsável por tais atos.

Na definição das categorias foi assegurada a representatividade, a exaustividade, a homogeneidade e a pertinência

Este estudo está autorizado por uma Comissão de Ética (Parecer 2024-036). Foram respeitados os princípios éticos e formais desde a autorização dos enfermeiros para integrarem o projeto, às questões éticas inerentes ao desenvolvimento da investigação. Foi informado ainda a todos os participantes o direito a desistir da pesquisa, o anonimato e a confidencialidade dos dados.

## 5.2. *Considerações éticas*

Este estudo de investigação demanda a aprovação da comissão de ética da ESSNorteCVP. Os participantes foram claramente informados sobre o objetivo do estudo e as regras de participação, incluindo tempo estimado de duração, de modo a evitar abandonos precoces aquando da discussão em grupo, proporcionando o direito à autodeterminação, confidencialidade e anonimato dos participantes.

Todos os participantes neste estudo de investigação assinam previamente o consentimento informado, livre e esclarecido da ESSNorteCVP (Modelo Q 190) (Apêndice IV), assim como consentimento informado para realização de videogravação.

Este estudo de investigação não acarretou qualquer tipo de custo para o investigador e participantes.

Os investigadores comprometeram-se a cumprir todos os pressupostos éticos inerentes ao método de investigação proposto.

Não existe qualquer conflito de interesse na realização deste projeto de investigação por parte do investigador, sendo garantida e mantida a integridade da propriedade intelectual encontrada citando de forma rigorosa os devidos autores.

## 6. Resultados

---

Opta-se por esta escolha metodológica com a finalidade de adquirir várias perspetivas sobre a temática em estudo, fomentado a discussão entre os participantes e incentivando-os à justificação das suas opiniões.

No que diz respeito à caracterização da amostra, esta faz-se constituída por 8 enfermeiros especialistas e/ou peritos na área considerados pelos pares, com funções ativas no serviço de urgência e/ou pré-hospitalar. A amostra é constituída por 75% do sexo masculino (6 participantes) e 25% do sexo feminino (2 participantes), com uma idade média de 43.75 anos, numa variável entre os 38 anos e 50 anos, com experiência em contexto de urgência mínima de 10 anos e máxima de 30 anos, com cerca de 22 anos de experiência média. Desses, 75% corresponde a EE em EMC, 12.5% EE em Reabilitação e 12.5% perito considerado pelos pares. De ressaltar ainda que 50% dos participantes envergam funções na área do pré-hospitalar com mais de 5 anos de experiência na mesma.

Os peritos devem ter um nível de qualificação profissional e experiência na temática em estudo, para que possam dar contributos válidos e que estejam dispostos a discutir os pressupostos iniciais para atingir consenso e, desta forma, a seleção do grupo de peritos é de extrema importância para a realização do FG e varia consoante o objetivo do estudo e os critérios de inclusão definidos pelo investigador (Krueger & Casey, 2014).

O *focus group* teve uma duração média de 90 minutos.

Os dados de áudio (unidade de análise) foram reproduzidos várias vezes e transcritas as conversas, o que exigiu uma anotação fidedigna das declarações dos participantes procurando respeitar dentro dos limites possíveis, as características próprias do registo verbal, uniformizando o tratamento formal das conversas por forma a evitar desvirtuações do conteúdo original (Bardin, 2018; Young et al., 2020).

Da análise qualitativa do conteúdo foram definidas categorias de acordo com os objetivos do *Focus Group*, registadas as frases mais representativas das opiniões/posições dos participantes, bem como, a frequência relativa das mesmas (Young et al., 2020).

Segundo Bardin (2015), a categorização na análise de conteúdo, consiste no processo de agrupar os dados recolhidos em categorias e/ou temas que representem as unidades de sentido encontradas no material analisado. Esse processo é essencial para transformar dados brutos (como textos, entrevistas, documentos) em informações mais compreensíveis e estruturadas, permitindo assim uma interpretação mais profunda.

Da análise dos dados desta investigação, resultaram quatro categorias com base nas citações das entrevistas efetuadas, organiza-se as respostas em quatro categorias que abordam as vantagens percebidas para cada uma das cinco questões efetuadas.

### ***Ativação da via verde trauma***

A ativação da VVT é uma intervenção inicial e autónoma do EE, que identifica a gravidade da situação na triagem e aciona os protocolos de VVT para garantir que a equipa de trauma esteja preparada. Segundo relata E4: "*Na triagem ativar a VVT, desencadeando assim um conjunto de mecanismos organizacionais.*", E7 reforça: "*Ativação [...] é logo uma intervenção autónoma que só o enfermeiro é que define.*"

Os entrevistados enfatizam que a ativação da VVT acelera o atendimento, permitindo uma abordagem mais rápida e precisa da vítima como refere E1 "*Há um conjunto de procedimentos pré-definidos, com critérios de ativação e com protocolos a seguir que visam atendimento mais precoce e mais abrangente e seguro para a vítima.*". Afirma E4: "*A existência de critérios de ativação da equipa de trauma tem vantagens no atendimento mais célere à pessoa com trauma.*" e E8: "*Diminuição do tempo de espera: A ativação da VVT permite um encaminhamento rápido e eficiente para serviços especializados [...] onde cada minuto conta*"

A VVT facilita uma atuação mais rápida, pois proporciona acesso mais ágil a uma equipa de trauma e aos recursos necessários para o atendimento, como afirma E4: "*Permite uma atuação mais rápida e permite ter à disposição uma equipa de trauma para atuar.*", e E5: "*Há uma via verde [...] imediata para se conseguir fazer um exame o mais rapidamente possível.*"

### ***Uniformização de Procedimentos e Estruturação do Protocolo da Via Verde Trauma***

A VVT carece da uniformização dos procedimentos, de forma a facilitar a atuação dos enfermeiros e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Deste modo, deve incluir protocolos claros e uniformes que sejam compreendidos e seguidos por todos, para que o processo de atendimento à pessoa vítima de trauma seja eficaz, minimizando inconsistências e erros.

E3 cita: "*Há uma uniformização de procedimentos que obrigatoriamente tem que seguir aquele protocolo e assim conseguiremos melhorá-los.*", esta afirmação sustentada por E5 que afirma ser: "*Fundamental até para ganharmos mecanismos naquilo que é a abordagem do utente em trauma numa abordagem sistematizada.*" Ainda a refletir sobre o tema E3 afirma que: "*Atualizações e momentos para discussão de casos, [...] partilha de*

*experiências para melhorar.”. E7 sustenta a afirmação anterior com: “A formação tem que ser transversal [...] falta uma metodologia de trabalho.” Por fim E2: “Deveríamos partilhar algum tipo de informação [...] reuniões onde aprendêssemos em conjunto a manusear o material.”*

Sob esta linha ainda é possível afirmar que a VVT possibilita que diferentes especialistas trabalhem em conjunto, promovendo uma intervenção organizada e coordenada para o atendimento ao trauma, E3 *“Envolve todas as especialidades e ‘obriga-os’ a entrar no protocolo e a todos serem céleres.”*, E6 cimenta a proposta afirmando que *“A via verde vai permitir termos uma equipa multidisciplinar dedicada ao utente [...] reduz assim a mortalidade e morbilidade desses utentes.”*, E8 termina com *“A VVT promove uma abordagem multidisciplinar mais célere [...] que poderá significar novamente melhor resultado final para a vítima.”*

### ***Autonomia e Papel do Enfermeiro Especialista***

A VVT destaca o papel do EE na identificação e início rápido do tratamento, conferindo mais autonomia e responsabilidade na gestão dos cuidados prestados á pessoa vítima de trauma. E8 refere que: *“É sem dúvida mais uma forma dos Enfermeiros e a Enfermagem poderem assumir um papel importantíssimo [...] através da deteção rápida de sinais e sintomas.”*, E5 completa a afirmação, *“Nós todos sabemos que começa sempre pela parte da segurança [...] uma abordagem sistematizada.”* Os enfermeiros especialistas possuem conhecimentos técnicos e científicos profundos, essenciais para diagnosticar e tratar lesões complexas em pessoas vítimas de trauma. Este conhecimento permite intervenções rápidas e precisas, impactando diretamente na segurança e prognóstico dos utentes. Segundo E4: *“Permite uma melhor abordagem à pessoa, um diagnóstico precoce e implementa medidas que permitem melhorar o seu prognóstico.”*, E8 consolida a afirmação: *“Possui um conhecimento aprofundado sobre os princípios de avaliação, diagnóstico e intervenções em situações críticas.”*

O papel do EE em EMC inclui a capacidade de lidar com situações críticas de forma eficiente e segura, como atuar em cenários de emergência onde a capacidade de gestão do stress e de priorização são cruciais para o atendimento eficaz de vítimas de trauma.

Enquanto profissão e disciplina, o desenvolvimento e crescimento da enfermagem exigem um corpo de conhecimentos próprio para que a intervenção se sustente num sólido suporte de conhecimentos científicos tendo como referência a prestação de cuidados de enfermagem (Nunes, 2019). E1 realça que tal situação *“Exige um determinado perfil, ter*

*competências para uma gestão de stress, estabelecimento de prioridades e sistematização do raciocínio.*", E6 refere-se ao *"Juízo crítico reflexivo do especialista e a sua prática baseada em evidência [...] poderá fazer a diferença."*

A atuação dos enfermeiros especialistas é essencial para a redução da mortalidade e morbidade em casos de trauma, além de elevar a qualidade dos cuidados prestados, graças à sua formação e experiência específicas na área. O EE em EMC também assume um papel formador, promovendo boas práticas, compartilhando conhecimento e preparando outros profissionais e estudantes para enfrentar situações críticas de forma eficaz, como afirma E8, *"Os enfermeiros especialistas também têm um papel na formação de outros profissionais e estudantes, promovendo boas práticas."*, E2 refere ainda que: *"É essencial [...] com o seu desenvolvimento pessoal e profissional [...] que vai permitir uma maior tranquilidade e segurança."*

O EE assume a responsabilidade de preparar o ambiente e o material necessário para a receção e intervenção da pessoa vítima de trauma, agilizando os procedimentos e facilitando a atuação da equipa de trauma, como refere E4: *"Reunir todo o material de trauma [...] agilizar todo um conjunto de procedimentos de enfermagem."*

O EE realiza uma avaliação inicial da condição do utente e monitora continuamente sinais vitais e de agravamento como refere E1: *"Monitorização do utente [...] estar alerta para os sinais de agravamento"*, ajustando a abordagem conforme necessário e registando detalhadamente o que ocorre. Dando prioridade como E8 afirma a *"Avaliação inicial [...] e encaminhar numa primeira fase."*

E5 realça que: *"Orientar a colocação da maca [...] e demais dispositivos."* inúmeras vezes faz parte da autonomia, incluindo a aplicação de técnicas de imobilização (ex., colar cervical, maca de vácuo) e estabilização imediata do utente, sendo muitas vezes como E7 refere *"Imobilização [...] com autonomia e voz de comando."*

O EE deve ser capaz de avaliar a monitorização da vítima e antecipar focos de instabilidade, como refere E8,): *"Monitorização [...] com a capacidade de avaliar o ritmo e iniciar manobras"*, permitindo atuar rapidamente com base na sua experiência e julgamento clínico em situação crítica.

De realçar a importância dos registos clínicos referentes a todas as intervenções e evoluções no processo clínico do utente. E1 fala sobre *"Sistematizar e valorizar o cuidado [...] demonstrar aquilo que fazemos."* assegurando que as ações tomadas sejam documentadas e valorizadas no contexto dos cuidados.

Cabe ao EE a iniciativa de promover a aproximação da família ao utente, considerando o impacto psicológico e o bem-estar do utente e dos seus familiares tal como refere E8. *"Promover aproximação da família, quando possível."*

O EE exerce um papel de liderança E7: *"O enfermeiro [...] tem a voz de comando."*, coordenando e orientando a equipa para assegurar uma abordagem integrada e eficiente, especialmente em contextos de alta complexidade e urgência. Tal como refere E5 *"Comando de voz para orientar [...] tudo que for necessário para a segurança do utente."*

### ***Importância da Formação Especializada e Atualização Contínua***

A formação específica e contínua é essencial para garantir que todos os profissionais estejam preparados para atuar eficazmente em situações de trauma. É destacado que a formação precisa ser periódica e adaptada às novas diretrizes e práticas clínicas. Como cita E2: *"Deve existir formação para compreensão destes critérios."* E1 sustenta esta afirmação *"Faz sentido uma atualização periódica e sistemática até para as pessoas se formalizarem com as novas guidelines de atendimento."* Ainda na mesma linha de pensamento E8: *"A formação prévia é fundamental para garantir que as equipas estejam preparadas para responder de forma eficaz."*

É consenso que os enfermeiros especialistas em EMC devem ter formação e atualização contínua, focada em trauma e atendimento ao doente crítico, para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados, visto que os conhecimentos variam entre as instituições.

E7 realça esse ponto *"A formação específica é preferencial para enfermeiros especialistas[...] em trauma é necessário suporte avançado de vida dirigido especificamente ao trauma."*, E6 relembra que *"Mesmo dentro das especialidades [...] os planos de cursos diferentes vão diferenciar o enfermeiro especialista entre si."*

A formação de equipas específicas para trauma permite aos enfermeiros desenvolver competências que elevam a qualidade dos cuidados e a eficiência do atendimento como afirma E6: *"A formação destas equipas específicas vai se traduzir em competências específicas para podermos oferecer os melhores cuidados de qualidade á pessoa vítima de trauma."*, conclui E5: *"Agora as equipas estando treinadas e tendo rotinas [...] faz com que tudo seja mais fácil na abordagem á vítima"*.

Outro ponto de destaque por parte dos elementos entrevistados assenta na consideração que a formação teórica precisa ser complementada por treinos práticos e simulações, preparando as equipas para responder de forma ágil e coordenada em cenários

reais de trauma, tal como cita E6: *"Empowerment das equipas [...] seja uma pela formação, seja outra pela casuística que [...] se traduz em capacidades desenvolvidas."* E8 apoia a afirmação referindo que: *"Treinos práticos e simulações ajudam a preparar as equipas para responder a situações reais, por fim E5 relembra que: "A formação [...] deve ser acompanhada daquilo que é a experiência a trabalhar com estes utentes."*

Os Enfermeiros apontam ainda que a formação deve ser voltada ao desenvolvimento de competências específicas para o atendimento de trauma, resultando numa equipa com autonomia para a tomada de decisões rápidas e precisas., E4 enfatiza que: *"Todos os SU possuam uma VVT, com profissionais dotados de competências e formação específica."*, E6 acrescenta um pensamento curioso: *"Formação certa para o hospital certo e para o grupo certo."* E5 termina a consolidar que *"A formação é importante, mas deve incidir primeiro nas equipas [...] que recebem diariamente destes utentes."*

## 7. Discussão

---

Segundo Almeida & Freire (2008, p.38) “(...)qualquer investigação é conduzida tendo em vista esclarecer uma dúvida, replicar um fenómeno, testar uma teoria ou buscar soluções para um dado problema”.

A ativação da VVT é amplamente considerada uma mais-valia no contexto da prestação de cuidados a vítimas de trauma, assegurando um atendimento célere e eficiente. Este sistema, criado com protocolos específicos para o atendimento de emergência em casos de trauma, traz diversas vantagens para a vítima, desde o tempo de resposta até à qualidade dos cuidados prestados.

É consensual o reconhecimento que a intervenção precoce e adequada melhora o prognóstico. Nesse sentido, constituiu-se em outubro de 2017 a Comissão Nacional de Trauma que tem como objetivo a melhoria da eficácia do socorro, o tratamento especializado e a integração das vítimas de acidentes rodoviários, sendo que a sua área de ação não se resume a este tipo de vítimas (Despacho n.º 1947/2016).

Em resposta à primeira questão colocada: Consideram uma mais-valia a ativação da VVT para a prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma e reconhecem vantagens para a vítima? Na perspetiva dos enfermeiros pertencentes à instituição do Norte com VVT implementada, E1 afirma que a VVT proporciona claros benefícios porque *“a ativação assim o pressupõe. Há um conjunto de procedimentos pré-definidos, com critérios de ativação e com protocolos a seguir que visam atendimento mais precoce e mais abrangente e seguro para a vítima.”* Desta forma, este sistema organiza a intervenção de modo a garantir que cada passo do atendimento é seguido com precisão e dentro de um tempo otimizado, minimizando os riscos e aumentando as chances de uma recuperação rápida. Complementando esta ideia, E2 ressalta a importância de um tratamento direcionado e prioritário: *“acrescento ainda que até o tratamento se torna mais direcionado e mais prioritário.”* Esta priorização é essencial em cenários de trauma, onde a rapidez e o foco são cruciais para estabilizar a vítima e proporcionar-lhe os cuidados mais adequados à sua situação específica.

Além disso, a ativação da VVT assegura a participação coordenada de várias especialidades médicas, como salienta E3: *“envolve todas as especialidades e ‘obriga-os’ a entrar no Protocolo e a todos serem céleres. Porque olham todos da mesma forma nas várias direções.”* Esta colaboração interdepartamental é uma característica da VVT, garantindo que

Cátia Ferreira

cada especialista contribua de maneira harmoniosa, proporcionando uma abordagem holística no tratamento da vítima de trauma.

Por fim, E4 reforça a vantagem desta organização, afirmando que *“Sim, considero uma mais-valia a ativação da VVT para a prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma e a existência de critérios de ativação da equipa de trauma tem vantagens no atendimento mais célere à pessoa com trauma.”* Esta rapidez no atendimento, assegurada pelos critérios rigorosos da VVT, maximiza as probabilidades de uma intervenção eficaz, reduzindo o tempo de espera e otimizando o percurso de atendimento.

Compete aos enfermeiros a avaliação inicial da vítima de trauma e seguidamente, se justificável, através da entidade coordenadora proceder à ativação da equipa de trauma (Gauss et al., 2019).

Em comparação, a perspetiva dos enfermeiros pertencentes a um hospital da região Norte sem via verde trauma implementada, E5 afirma que *“a VVT é essencial, pois a abordagem da vítima em utentes críticos ou utentes que até possam nem ter uma criticidade assim tão grande permite que os profissionais identifiquem sinais e sintomas críticos com rapidez”*. Ele refere ainda que *“desde a cinética do trauma, desde a história de quem da equipa do pré-hospitalar que vai à rua, até aos sinais e sintomas visíveis durante a triagem, a ativação da VVT possibilita que o utente seja imediatamente alocado a uma equipa multidisciplinar”*, Segundo a DGS (2022), os critérios de ativação da equipa de trauma devem ser identificados na área da triagem.

A avaliação da pessoa vítima de trauma grave requer uma abordagem multidisciplinar, em que cada elemento deve ter formação e experiência em trauma. Facilmente se deduz que, tal como acontece em contexto hospitalar, é essencial que todos estes profissionais integrantes da equipa multidisciplinar, desde bombeiros, paramédicos, técnicos, médicos, enfermeiros, entre outros, conheçam as melhores abordagens para cada situação, e se articulem de forma eficiente (Simões et al., 2012).

Desta forma, permite a maximização das probabilidades de recuperação e minimiza o impacto do trauma. Concordando com esta perspetiva, E6 destaca o valor da VVT em *“permitir termos uma equipa multidisciplinar dedicada ao utente, seja ela de médicos e enfermeiros, desde cirurgião ortopedista até o enfermeiro especialista com formação.”* Esta coordenação entre diferentes especialidades reduz a mortalidade e morbilidade associadas ao trauma, assegurando que cada utente recebe os cuidados especializados de que necessita, sem demora e de forma integrada. É necessário dispor de uma equipa multidisciplinar, organizada, coordenada e coesa, sólida, em termos de suporte científico e experiência, liderança no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão (DGS,2010).

Além disso, E8 aponta outras vantagens da ativação da VVT, entre elas a “*diminuição do tempo de espera.*” Ele destaca que o encaminhamento rápido para serviços especializados, essencial na gestão de traumas complexos, “*permite um melhor ‘outcome’ para os utentes.*”, refere ainda que a VVT “*promove uma abordagem multidisciplinar mais célere,*” garantindo que a vítima recebe cuidados coordenados de diferentes especialidades, o que novamente contribui para um melhor resultado.

Em resumo, a ativação da via verde trauma é amplamente considerada uma mais-valia na prestação de cuidados a vítimas de trauma, em ambas as realidades presentes, pois permite uma resposta rápida, coordenada e altamente especializada. A VVT reduz os tempos de espera, aumenta a eficiência no atendimento e promove resultados mais positivos para as vítimas, tanto em termos de sobrevivência quanto na recuperação a longo prazo.

A ativação da VVT é reconhecida como uma ferramenta vantajosa para os enfermeiros, oferecendo-lhes uma abordagem estruturada e eficiente no atendimento a vítimas de trauma. Este sistema permite que os enfermeiros desempenhem um papel essencial na triagem e cuidados iniciais, proporcionando uma resposta rápida e eficaz em cenários críticos.

Os detalhes do evento lesivo podem fornecer pistas para identificar 90% das lesões que a vítima de trauma apresenta (American College of Surgeons, 2018). É uma variável muito importante nas tomadas de decisão ao nível da triagem e da monitorização de pessoas de maior risco (Parreira et al., 2017).

Questiona-se então, se é considerável e vantajosa a ativação da VVT para os Enfermeiros enquanto profissionais de saúde?

Segundo a visão dos enfermeiros que pertencem à instituição onde a VVT está implementada, E3 aponta que a VVT promove uma “*uniformização de procedimentos*”, o que beneficia o atendimento e permite aos profissionais seguir um protocolo claro e padronizado. Esta uniformidade contribui para melhorar os cuidados prestados e facilita a coordenação entre equipas, permitindo que a vítima receba os cuidados necessários no local adequado, seja um internamento ou uma unidade hospitalar específica. Para E1, a ativação da VVT “*ajuda sempre*”, mesmo em contextos onde a instituição atua essencialmente como um centro recetor de utentes com diferentes especialidades. Neste sentido, a VVT permite organizar as rotinas e facilita o processo de decisão, garantindo uma adaptação contínua dos profissionais a diferentes cenários e necessidades de saúde do utente.

Em comparação os enfermeiros pertencentes à instituição sem VVT implementada, E5 ressalta a importância da VVT, afirmando que esta abordagem estruturada é

*“fundamental até para ganharmos mecanismos naquilo que é a abordagem do utente em trauma numa abordagem sistematizada”*, embora os enfermeiros tenham conhecimento teórico das abordagens ABCDE em emergências, a implementação prática e sistemática só é possível quando as equipas estão bem treinadas e focadas. O conhecimento prático é um dos principais recursos de que o enfermeiro necessita para o exercício da sua prática profissional, garantindo o cuidado eficiente e eficaz (Baptista et al., 2014). E5 observa que um dos desafios está na integração com outros serviços, como Radiologia e Hematologia, que precisam responder com agilidade para que os exames e materiais necessários estejam prontos a tempo, evitando atrasos na abordagem à vítima. Por fim, E8 observa que a VVT permite que os enfermeiros desempenhem um papel crucial no início do tratamento de vítimas de traumas graves, *“através da deteção rápida de sinais e sintomas que poderão passar despercebidos aos olhos de outros profissionais”*. Esta capacidade de resposta ágil e especializada traduz-se em benefícios claros para o destinatário dos cuidados, que recebe uma intervenção mais eficiente e cuidadosa.

Em conclusão, a ativação da VVT representa uma mais-valia para os enfermeiros, pois promove uma atuação sistematizada, capacitação especializada e uma integração interdepartamental. Estes fatores permitem aos profissionais de enfermagem prestar cuidados rápidos e eficazes, contribuindo para a recuperação e segurança da vítima de trauma. O trauma está relacionado com altas taxas de mortalidade e morbidade, o que exige aos profissionais de saúde que adotem os princípios de uma abordagem sistematizada à pessoa vítima de trauma, neste contexto, é crucial ressaltar que os protocolos de gestão assumem um papel importante na tomada de decisão e na abordagem sistematizada, visando obter os melhores resultados possíveis (Marsden & Tuma, 2021).

A implementação da VVT em todos os SU acompanhada de formação específica é amplamente vista como uma estratégia essencial para a eficácia do atendimento a vítimas de trauma. Profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, reconhecem que a formação contínua e o treino específico podem melhorar significativamente a resposta nas emergências e garantir uma atuação coordenada e segura.

Insurge assim um debate sobre a concordância relativamente à implementação da VVT em todos os SU's, fazendo-se ser acompanhada de formação específica na abordagem da pessoa vítima de trauma?

Na conceção dos enfermeiros da instituição com VVT implementada, E2 aponta que, *“mesmo com protocolos escritos e critérios na triagem, a ausência de formação especializada em trauma limita a capacidade de resposta da equipa”*. Este profissional observa que nem todos os profissionais possuem o mesmo nível de formação, enfatizando a necessidade de

formação prática que aprofunde a *“compreensão destes critérios”*, além de sugerir *“reuniões regulares para prática conjunta de manuseio de material. A formação contribuiria para uma atuação mais uniforme e bem preparada em todo o SU, diminuindo diferenças na abordagem.”*, E3 reforça que *“atualizações e momentos para discussão de casos seriam fundamentais para a melhoria contínua, permitindo a troca de experiências entre profissionais”*. E1 acrescenta que uma *“atualização periódica e sistemática é importante para que a equipa esteja a par das novas diretrizes e procedimentos”*, garantindo um conhecimento uniforme e eficaz, independentemente da experiência prévia de cada profissional. Por sua vez E4 defende a implementação da VVT em todos os SU e enfatiza a importância de *“profissionais dotados de competências e formação específica na atuação a pessoa vítima de trauma. Esta formação é especialmente relevante para que os profissionais possam agir com confiança e precisão, garantindo uma abordagem estruturada e eficaz que beneficie o utente e agilize o processo de emergência.”*

Na mesma linha de pensamentos os enfermeiros da instituição sem VVT implementada,

Defendem que o conhecimento sobre trauma capacita os enfermeiros a lidar com situações de risco iminente de vida para a vítima, permitindo-lhes realizar as intervenções necessárias e compreender a complexidade envolvida na assistência à pessoa vítima de trauma. O conhecimento prático é, assim, um recurso essencial para o exercício profissional do enfermeiro, assegurando um cuidado eficiente e eficaz (Simões et al., 2012). Segundo E5, *“a formação é vital, mas apenas é eficaz quando aliada à prática constante com utentes de trauma”*. E5 ainda sugere *“que as equipas possam trabalhar regularmente com este tipo de casos, pois só assim podem adquirir as competências necessárias para uma resposta ágil e adequada”*.

Ainda E5 aponta obstáculos logísticos, como a falta de recursos imediatos de Hematologia, destacando a importância de uma gestão que assegure a coordenação entre diferentes serviços hospitalares. E6 sublinha a necessidade de *“empowerment das equipas”* por meio de formação contínua e da experiência prática. Este sugere a formação em cursos específicos como o ITLS (International Trauma Life Support) ou PHTLS (Prehospital Trauma Life Support), que se mostram adequados para a atuação de equipas de trauma, especialmente nas emergências.

E7 observa que a VVT se torna um processo *“bastante complexo”* e com múltiplos intervenientes, o que requer uma coordenação eficaz. Ele salienta *“a necessidade de um plano de formação transversal e de um método de trabalho documentado e bem definido,*

*para que todas as etapas do processo, desde a triagem até à cirurgia, sejam uniformizadas. Sem esta estruturação, o processo pode falhar, comprometendo a segurança do utente”.*

Por fim, E8 destaca que a VVT deve ser implementada em todos os SU com urgência polivalente e médico-cirúrgica, afirmando que a *“formação prévia é fundamental”*. Este menciona que *“a prática com simulações e treinos ajuda as equipas a desenvolver a confiança necessária para responder a emergências reais”*. Enfatizando que a implementação da prática fundamentada em evidências científicas sobre a simulação permite uma melhoria no processo de ensino e aprendizagem aos estudantes de enfermagem, facultando concomitantemente uma otimização da qualidade dos cuidados a prestar aos utentes, tendo em conta que os estudantes começam a desenvolver as suas capacidades psicomotoras de decisão, destreza, conhecimento, liderança, julgamento clínico e atitude face à enfermagem e ao ser enfermeiro (Baptista et al., 2014) . A atualização de conhecimentos, ainda segundo E8, *“é crucial para que os profissionais estejam alinhados com as melhores práticas, promovendo uma atuação rápida e eficaz.”*

Em resumo, a implementação da VVT em todos os Serviços de Urgência, aliada a uma formação específica e contínua, é essencial para garantir um atendimento de qualidade às vítimas de trauma. Esta combinação de conhecimento teórico, prática contínua e protocolos bem estruturados contribui para uma atuação mais segura, eficaz e coordenada dos profissionais, melhorando assim os resultados para os utentes. Segundo a Emergency Nurses Association (ENA) (2007), a melhoria dos cuidados prestados aos utentes com trauma é mais eficaz quando se trabalha de forma colaborativa, onde todos os membros da equipa adotam uma abordagem sistemática. Nesse contexto, os enfermeiros de urgência assumem um papel fundamental na equipa de trauma. A formação contínua dos enfermeiros pode resultar numa redução significativa da mortalidade e morbilidade das pessoas vítimas de trauma.

O papel do EE em EMC na área da PSC é considerado essencial no cuidado a vítima de trauma. Este profissional, com formação específica e experiência aprofundada, contribui para uma abordagem rápida, precisa e de alta qualidade, fatores decisivos para melhorar os índices de morbilidade, mortalidade e o prognóstico dos utentes em situações críticas.

Neste seguimento, levanta-se a questão de ser considerado fulcral o papel do EE em EMC à PSC no que concerne aos cuidados da pessoa vítima de trauma?

O ponto de vista dos enfermeiros da instituição com VVT implementada reforça esta visão, em que E4 destaca a importância deste papel, afirmando que *“o EE em EMC permite um diagnóstico precoce e implementa medidas que permitem melhorar o seu prognóstico, melhorar índices de morbilidade e mortalidade, bem como a segurança e qualidade dos cuidados prestados à pessoa vítima de trauma.”* Este conhecimento específico e a capacidade

de intervenção rápida e eficaz tornam o EE em EMC um recurso essencial no atendimento inicial, aumentando as hipóteses de um desfecho favorável. Nesta linha de pensamento E2 afirma que *“os enfermeiros especialistas geralmente possuem conhecimentos científicos, técnicos e humanos mais avançados, algo essencial para a tranquilidade e segurança no atendimento de doentes críticos”*. No entanto, ressalta que *“mesmo enfermeiros sem especialização podem, com o desenvolvimento pessoal e profissional adequado, adquirir competências para lidar com essas situações, se tiverem desenvolvimento pessoal e profissional”* em contexto de emergência. E2 valoriza, assim, o papel dos profissionais com experiência e compromisso com o desenvolvimento contínuo, independentemente da especialização formal.

Benner (2001), enfatiza que os anos de experiência do enfermeiro são um fator importante para a qualidade dos cuidados, pela capacidade de concepção de planos de intervenção mais eficazes promovendo níveis de desempenho superiores. Autores como Eganã et al. (2014), acrescentam a necessidade de apresentarem pelo menos cinco anos de experiência.

E1 destaca que o EE *“propõe um campo de conhecimentos mais abrangentes e um olhar para a situação de uma forma diferenciada, além de habilidades como gestão de stress, estabelecimento de prioridades e raciocínio sistematizado”*. Apesar disso realça a afirmação anterior afirmando que estas competências não são apenas acadêmicas, mas também práticas e interpessoais, e são fundamentais no ambiente de emergência, onde decisões rápidas e eficazes são vitais para o sucesso do atendimento.

Segundo Nunes (2010) perito é um elemento cujo saber e formação numa determinada área é reconhecida tanto na perspectiva científica como na prática, tendo em conta a sua experiência profissional.

Mantendo a questão para a linha de pensamento dos enfermeiros da instituição sem VVT implementada, E7 reforça a importância de formação específica para atuar na sala de emergência, citando que *“o enfermeiro de cuidados gerais, no mínimo, para ir à sala de emergência, deve ter suporte avançado de vida em trauma.”* Ele destaca que a formação especializada em trauma é indispensável para os enfermeiros que atuam nestes contextos críticos, sugerindo que *“o enfermeiro especialista em EMC seria o perfil preferencial para a sala de emergência”*. Além disso, menciona a importância de seguir as orientações da Ordem dos Enfermeiros, que recomenda a presença de EE em ambientes de emergência para garantir cuidados de excelência e segurança. Com o mesmo olhar E6 concorda, acrescentando que o *“juízo crítico reflexivo do especialista e a sua prática baseada em*

*evidência fazem a diferença em situações de trauma*”. Embora também valorize os enfermeiros generalistas que buscam formação específica, E6 aponta que *“o enfermeiro especialista já possui uma formação avançada que lhe permite uma atuação mais precisa e informada*”. No entanto, ressalva que *“a formação de especialistas pode variar entre instituições, o que implica uma necessidade de uniformização e alinhamento com as exigências práticas do atendimento ao doente crítico*”. Para E8, o conhecimento aprofundado do EE em EMC sobre *“princípios de avaliação, diagnóstico e intervenções em situações críticas*” é essencial para o reconhecimento rápido de lesões e interpretação de sinais vitais, fatores que impactam diretamente no desfecho do utente. Além disso, acrescenta que *“o EE em EMC contribui para a formação de outros profissionais e estudantes, promovendo boas práticas e melhorando o atendimento em geral, uma responsabilidade que fortalece o papel do enfermeiro especialista não apenas na intervenção direta, mas também na capacitação contínua da equipa*” indo de encontro à afirmação da DGS (2010b) refere que uma rápida e sistematizada intervenção pode melhorar o prognóstico na pessoa vítima de trauma, sendo importante que todos os membros de uma equipa de trauma tenham formação e experiência para abordar este tipo de utentes.

Em síntese, O EE em EMC oferece não apenas segurança e qualidade no atendimento, mas também colabora com a formação e desenvolvimento de outros profissionais, fortalecendo o ambiente de cuidados e promovendo melhores resultados para os utentes em situações de alta complexidade, afirma o Despacho n.º 10319/2014 que o EE em EMC na Área da Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC) desempenha um papel fundamental no cuidado à PSC vítima de trauma, estando recomendada a sua integração na equipa da VVT, dando relevo à necessidade de formação específica das equipas (Despacho n.º 10319/2014).

O EE em EMC no SU, especialmente na VVT, desempenha um papel autónomo e crucial na abordagem inicial e contínua da PSC. As suas intervenções, baseadas em competências avançadas e numa atuação prática ágil, são fundamentais para assegurar que o processo de atendimento decorre de forma organizada, rápida e segura.

Ergue-se assim a questão fulcral desta investigação: Quais as intervenções autónomas do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica, na via verde trauma, no serviço de urgência?

Para esta questão o prisma dos enfermeiros da instituição com VVT implementada, E4 destaca a autonomia do EE ao ativar a VVT logo na triagem, o que *“desencadeia um conjunto de mecanismos organizacionais, desde a ativação da equipa de trauma até à preparação de todo o material necessário para o atendimento*”. Esta intervenção permite que o atendimento comece sem atrasos, preparando a equipa para receber a vítima e

agilizando os procedimentos de enfermagem essenciais para o cuidado imediato. A ativação e o encaminhamento são intervenções autónomas, como sublinha E1, que considera essencial *“esta capacidade do enfermeiro de identificar a gravidade do caso e encaminhar a vítima para a equipa e o espaço adequados no SU”*. E3 acrescenta que esta autonomia se estende também à *“agilidade entre procedimentos essenciais, como o encaminhamento aos meios de diagnóstico e, em casos específicos, à recolha de provas para documentação forense, quando necessário”*. Além das intervenções iniciais, o EE em EMC tem também um papel importante na *“monitorização e avaliação contínua do utente”*, conforme mencionado por E1. Esta monitorização inclui a observação rigorosa de sinais vitais e a deteção precoce de agravamentos, fatores que influenciam as decisões de tratamento subsequentes. E1 aponta também *“a importância de sistematizar e registar todas as ações realizadas, especialmente na sala de emergência, uma prática que valoriza o trabalho do enfermeiro e garante uma continuidade de cuidados de qualidade ao longo do tratamento”*. Os registos a documentar devem ser realizados de forma clara e completa, de fácil interpretação e utilização por parte de todos os profissionais, representando um suporte legal para o enfermeiro, expressando a qualidade dos cuidados prestados (Eiding et al., 2019).

O prisma dos enfermeiros pertencentes à instituição sem VVT implementada, referem que as intervenções técnicas de imobilização e estabilização também são de competência autónoma, conforme aponta E7. *“O enfermeiro sabe qual é o seu papel ao realizar técnicas como a imobilização do utente com colar cervical e o uso da maca de vácuo, procedimentos críticos para garantir a estabilização da vítima até uma avaliação mais detalhada”*. Esta autonomia é essencial para a fluidez do atendimento, uma vez que permite a implementação rápida de técnicas que garantem a segurança do utente antes de intervenções mais específicas. E5 reforça a autonomia do EE ao realçar a sua experiência em tomar decisões clínicas imediatas, como *“a colocação de um cateter de calibre adequado e a gestão de situações de paragem cardiorrespiratória, onde é necessário avaliar o ritmo, iniciar manobras e decidir sobre a administração de fármacos ou desfibrilação”*. Estes procedimentos, embora técnicos, requerem uma capacidade autónoma de resposta rápida, pois cada minuto pode ser determinante para o prognóstico da vítima de trauma. Considerando as altas taxas de mortalidade e morbilidade associadas ao trauma, é fundamental que os profissionais de saúde adotem uma abordagem organizada na avaliação inicial da pessoa vítima de trauma. Nesse contexto, a utilização de protocolos de gestão é crucial, pois orienta a tomada de decisões e a abordagem sistematizada, visando otimizar os resultados e a qualidade do atendimento (Marsden & Tuma, 2021).

A responsabilidade e a capacidade de tomar decisões práticas e imediatas são ainda mais evidentes na prática autónoma do EE na organização do espaço e na coordenação da equipa, especialmente em situações de elevado stress. E5 destaca a importância do “*comando de voz*” para orientar a equipa em momentos críticos, garantindo que cada membro saiba o seu papel e possa colaborar de forma sincronizada na transferência, estabilização e monitorização do utente

O principal objetivo dos cuidados prestados à pessoa vítima de trauma é reduzir e, quando possível, prevenir as sequelas decorrentes do trauma. Nesse contexto, o enfermeiro assume a responsabilidade pela avaliação inicial em caráter de emergência, visando restabelecer o equilíbrio fisiológico da vítima por meio da identificação e tratamento das lesões (Bezerra et al., 2015). E8, dá ênfase a afirmação anterior ao mencionar que a autonomia do EE na VVT começa com a “*avaliação inicial à chegada e a triagem do utente, passando pela orientação para a equipa adequada e a promoção de uma aproximação da família, quando possível, para conforto emocional da vítima*”. Além disso, sublinha a importância “*de registar detalhadamente no processo clínico cada intervenção e decisão tomada, assegurando a transparência e a continuidade dos cuidados*”.

No entanto, E6 observa que, “*embora o EE tenha autonomia em intervenções como a ativação da VVT, muitas das ações subsequentes requerem uma atuação colaborativa com outros profissionais, refletindo a complexidade do contexto hospitalar e o modelo biomédico predominante*”. Que segundo o REPE (OE,2015b), a colaboração com a equipa interdisciplinar é essencial para a execução de um atendimento integral e de qualidade.

Em suma, as intervenções autónomas do EE em situações críticas na VVT incluem desde a ativação e triagem, passando pela imobilização e monitorização, até à coordenação da equipa e à decisão de intervenções imediatas. Este conjunto de competências permite que o EE responda de forma rápida e eficaz às necessidades do utente, promovendo um atendimento seguro, organizado e de alta qualidade em momentos de trauma.

Torna-se notória a concordância dos enfermeiros envolvidos no que toca à vantagem não só da ativação e implementação da VVT em todos os SU’s como realçam o papel do enfermeiro perito e do EE neste campo, o que vai de encontro com a circular normativa nº07/DQS/DQCO de 31/03/2010, informando que a Norma de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado deverá ser instituída em todas as unidades de saúde com serviço de urgência – via verde trauma, explicitando cinco pressupostos: Critérios de ativação da Equipa de Trauma (Triagem); Existência de equipa de trauma organizada, com coordenador definido; Registos; Avaliação primária (realizada em menos de 20 minutos); Avaliação secundária (realizada em menos de 1 hora). Dão ênfase à criação de

protocolos de atuação e a formação periódica e direcionada para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem.

Poderá ainda este trabalho contribuir para o desenvolvimento da ativação da VVT e implementação adequada de protocolos em todos os serviços de urgência, bem como contribuir para o destaque do papel do EE na área da PSC.

Uma ativação bem-sucedida possibilita uma intervenção mais eficaz por parte do EE, que lhe concerne a capacidade de gestão de tempo “*Golden Hour*”, encaminhamento e referenciação atempada, com benefício para o utente e para a sua recuperação.



## 8. Conclusão

---

A presente investigação permitiu explorar e descrever o papel crucial dos enfermeiros especialistas na VVT, destacando as intervenções autônomas no SU que influenciam significativamente o prognóstico e a qualidade dos cuidados prestados à PSC.

Conclui-se que a implementação da VVT nos SU's representa uma estratégia crucial para aprimorar a resposta ao trauma, reforçando a autonomia e o papel do EE. A análise dos dados coletados através do *focus group*, realizada com enfermeiros com experiência significativa no contexto de urgência, revela o impacto positivo da VVT em termos de celeridade, uniformização de procedimentos, e abordagem multidisciplinar. A ativação ágil da VVT permite intervenções rápidas e coordenadas, reduzindo tempos de espera e maximizando a eficiência do atendimento, o que reflete diretamente na diminuição da mortalidade e morbidade.

Com base nos achados, conclui-se que as intervenções autônomas do EE abrangem avaliações clínicas rápidas, intervenções de suporte clínico avançado e uma forte coordenação de cuidados, elementos essenciais para a resposta eficiente e a redução de complicações em vítimas de trauma. A autonomia dos EE na ativação da VVT e na gestão do atendimento a pessoas com trauma reforça a importância da sua competência, que é sustentada por uma sólida base de conhecimentos técnicos e científicos. Este estudo evidencia que a atuação do EE em EMC inclui não apenas o atendimento direto, mas também a liderança da equipa, o desenvolvimento de protocolos uniformes e o suporte à formação de outros profissionais. A prática fundamentada em evidência científica e o foco na formação contínua e específica, incluindo simulações práticas, revelam-se essenciais para a capacitação das equipas, assegurando uma abordagem de qualidade e segurança à PSC.

Assim, conclui-se que a VVT é uma ferramenta estruturante no SU, que, quando associada a protocolos uniformizados e à formação especializada, potencializa a qualidade dos cuidados e contribui significativamente para o desenvolvimento da profissão de enfermagem no contexto do trauma.

Através deste estudo, foi possível identificar desafios que limitam a atuação plena dos enfermeiros na VVT, como a falta de recursos e a necessidade de padronização das práticas. Como recomendações, sugere-se o investimento em programas de formação e educação específica na área do trauma, além do fortalecimento dos sistemas de comunicação entre o pré e o intra-hospitalar. Estes avanços poderão não apenas elevar a

qualidade e a segurança dos cuidados prestados, mas também contribuir para a redução dos índices de mortalidade e morbidade relacionados com trauma.

A construção deste estudo deve ser enquadrada à luz das limitações inerentes a um estudo desta natureza. Devemos referir que, pelo facto de a sessão ser em suporte digital, não foi possível captar algumas expressões faciais e físicas dos participantes o que dificultou a captação de alguma informação não verbal, relevante neste método de recolha de dados. Salientamos a inexperiência da investigadora na tarefa de moderar um *Focus Group*, o que em alguns momentos, não facilitou a manutenção do foco e a centralização da discussão. Por último, a escassez de disponibilidade dos profissionais seleccionados para a entrevista, devido à diferença de turnos rotativos entre eles.

Por fim, este estudo reafirma a importância e o valor das intervenções autónomas do EE, sublinhando o seu papel indispensável na prestação de cuidados à PSC. Espera-se que estas conclusões inspirem futuras investigações na área e incentivem a criação de novas políticas e protocolos que reforcem a atuação do enfermeiro no contexto da urgência e emergência, promovendo um sistema de saúde mais seguro e eficaz para o atendimento a pessoa vítima de trauma.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Esta investigação oferece uma compreensão aprofundada sobre as intervenções autónomas dos enfermeiros especialistas na VVT, sublinhando a sua importância estratégica no atendimento às vítimas de trauma em ambiente de urgência. Os resultados indicam que, ao atuarem como primeiro ponto de contacto com a PSC, os enfermeiros especialistas desempenham um papel essencial na estabilização inicial, na implementação de cuidados baseados em evidência científica e na coordenação de recursos para uma resposta integrada e eficaz. Essa função, além de melhorar os resultados clínicos, fortalece a qualidade dos cuidados e a segurança do utente.

A ativação da VVT é indiscutivelmente uma inovação significativa na assistência a vítimas de trauma, promovendo uma abordagem estruturada, célere e multidisciplinar. Este sistema permite uma resposta ágil e coordenada, o que é essencial para melhorar o prognóstico de vítimas de acidentes e outras emergências traumáticas. Como destacado pelos profissionais de saúde, a VVT oferece uma uniformização de procedimentos, facilitando a integração entre várias especialidades médicas e de enfermagem, e contribuindo para uma prestação de cuidados eficaz e otimizada. Em ambientes onde a VVT é implementada, observa-se uma redução substancial dos tempos de espera numa abordagem mais específica e direcionada às necessidades do utente.

A investigação revelou também que, para maximizar a eficiência da VVT, é fundamental investir em programas contínuos de educação e formação na área do trauma e emergência. A qualificação específica, somada ao desenvolvimento de competências práticas e habilidades de comunicação, capacita os enfermeiros a lidar com a complexidade dos casos críticos de forma assertiva e humanizada, respondendo adequadamente às necessidades do utente e da sua família. A formação contínua dos profissionais, essencial para o sucesso da VVT, é amplamente valorizada pelos enfermeiros, que reconhecem a necessidade de capacitação específica em trauma e a prática constante com cenários simulados. A padronização dos protocolos e a atualização regular dos conhecimentos teóricos e práticos foram apontadas como pilares para o desenvolvimento de competências necessárias para uma resposta eficiente.

Embora os protocolos de intervenção sejam fundamentais para a uniformidade dos cuidados, o estudo evidenciou a importância de adaptar essas diretrizes à realidade e aos recursos de cada instituição. As limitações identificadas na aplicação prática da VVT em

determinados contextos demonstram que há oportunidades para fortalecer a infraestrutura e os processos organizacionais, de forma a ampliar a eficácia das intervenções e o alcance dos objetivos desta via. A harmonização dos procedimentos e a integração de equipas multidisciplinares, aliadas à capacitação técnica dos enfermeiros, resultam numa abordagem que beneficia diretamente os utentes, promovendo uma assistência segura, rápida e com melhores índices de recuperação e qualidade de vida pós-trauma

Este estudo reafirma a importância central do EE em EMC na abordagem à PSC vítima de trauma, especialmente nos SU's que contam com a VVT implementada. A pesquisa evidenciou que a atuação autônoma do EE em EMC não só permite diagnósticos e intervenções precoces, como também melhora significativamente o prognóstico e os índices de morbilidade e mortalidade, contribuindo para um atendimento mais seguro, rápido e organizado.

Os profissionais entrevistados enfatizam que a capacitação avançada e o domínio técnico e humano dos EEs são vitais para o sucesso do atendimento, especialmente nos momentos críticos iniciais onde decisões rápidas impactam diretamente os desfechos do utente. A ativação imediata da VVT pelo EE é destacada como um diferencial na triagem e organização dos cuidados, demonstrando que a autonomia e a especialização nesse contexto são fundamentais. Esta autonomia envolve também a coordenação da equipa e a tomada de decisões práticas que garantem a segurança e continuidade dos cuidados.

Em suma, as considerações aqui apresentadas reforçam o papel indispensável do EE como elemento-chave para a implementação e sucesso da VVT, trazendo contribuições relevantes para o avanço da enfermagem e para a melhoria dos índices de mortalidade e morbilidade, não só em contexto hospitalar, mas no sistema de saúde como um todo.

Assim, este trabalho busca contribuir não só para a consolidação da VVT nos hospitais, mas também para a valorização do papel do EE em EMC, destacando a sua relevância para o cuidado integral à PSC. A implementação de uma abordagem sistemática e organizada no atendimento inicial ao trauma, respaldada por profissionais capacitados, é essencial para proporcionar um cuidado de excelência e aumentar as chances de recuperação dos utentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências - RT 11/2015. UIE/ACSS.* [https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Urg%C3%A2ncias\\_%20final.pdf](https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Urg%C3%A2ncias_%20final.pdf)
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência - RT-14/2019. UIE/DRS/ACSS.* <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Aguiar, A., Costa, R., Weirich, C., & Bezerra, A. (2005). Gerência dos Serviços de Enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Vol. 7, nº. 3, (pp. 319 – 327): [http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_3/original\\_09.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/original_09.htm)
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilibrios Edições.
- American College of Surgeons. (2018). *Advanced Trauma Life Support - Student Course Manual*. Chicago, IL 60611-3211.
- Antunes, A. S. M., & Costa, M. A. R. C. da. (2022). A pessoa em situação crítica com hemorragia digestiva alta: abordagem inicial no serviço de urgência uma revisão de escopo. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 8(6), 549–580. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i6.5946>
- Azevedo, C., Graça, L., & Sousa, C. (2023). Percepção dos enfermeiros das competências de tomada de decisão na triagem de Manchester. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(2), 1–7. <https://doi.org/10.12707/RVI23.13.29242>
- Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). Oxford University Press.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto.
- Bettinelli, L., Pomatti, D. & Brock, J. (2010). Invasão da Privacidade em Pacientes de UTI. Percepções de Profissionais. *Revista Bioethikos*. (4), 44-50.
- Bezerra, Y. C. P., Matos, G. S. S., Costa, J. d. S., Moreira, R. L., & Medeiros, F. d.(2015). Politraumatismo: Conhecimento dos estudantes de enfermagem acerca das práticas assistenciais. *Rev enferm UFPE online*, 9(11), 9817-9825.
- Caires, N. C., Correia, J. P., & Lohmann, C. (2021). Iniciar ou não a ventilação mecânica invasiva-uma aplicação dos quatro princípios éticos. *Cadernos de Saúde*, 13 (2), 56-61. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.10299>
- Circular. Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31/03/2010 – *Advanced Trauma Life Support*. (2024). <https://www.atlsportugal.org/circular-normativa-da-direccao-geral-de-saude-organizacao-dos-cuidados-hospitalares-urgentes-ao-doente-traumatizado-de-3132010/>
- Decreto-Lei n.º 161/1996 de 4 de setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário da República I Série*, n.º 205 (04-09-1996) (2959 – 2962). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Decreto-Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República I Série*, n.º 181 (16-09-2015) (8059 – 8105). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República I* Serie, n.º 157/2018 (16-08-2018) (4147-4182). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto (2014). *Diário da República II* Serie, n.º 153 (11-08-2014) (20673 – 20678). <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Despacho n.º 5613/2015 *Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. *Diário da República* n.º 102/2015, Série II. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Despacho n.º 1947/2016 Retirado de <https://www.dgs.pt/paginas-desistema/saude-de-a-a-z/comissao-nacional-de-trauma.aspx>
- Despacho n.º 8977/2017 de 11 de outubro de 2017, *Diário da República* n.º 196/2017, Série II. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (pp. 23038–23041). <https://files.dre.pt/2s/2017/10/196000000/2303823041.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro (2021). *Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)*. *Diário da República II* Serie, n.º 187 (24-09-2021)
- Dias, C. S. (2010). *Prevenção de Infecção Nosocomial - ponto de vista do especialista*. *Revista Portuguesa Medicina Intensiva*.
- Direção Geral de Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2010a). Circular. Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31 de março (2010). *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. Departamento da Qualidade na Saúde/Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional (1-26) <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdcoco-de-31032010-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2010b). *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2013). Norma n.º 015/2013, atualizada a 01 de novembro de 2015. *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017a). Norma n.º 001/2017 de 08/02/2017. *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 (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2018a) *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/01/09/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata/>
- Direção-Geral da Saúde. (2018b). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário*. Direção-Geral da Saúde (pp. 1–37). <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>

- Direção Geral da Saúde. (2022). *Via Verde de Trauma no Adulto*. Disponível em: [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma\\_012\\_2022\\_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf)
- Eiding, H., Kongsgaard, U. & Braarud, A. (2019). Interhospital transport of critically ill patients: Experience and challenges, a qualitative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27(27), 1-9.
- Emergency Nurses Assotiation. (2007). *Trauma Nursing Core Course*. Emergency Nurses Assotiation
- Farrohknia, N., Castrén, M., Ehrenberg, A., Lind, L., Oredsson, S., Jonsson, H., ..., Göransson, K. E. (2011). Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19(42), 1-13. Doi: 10.1186/1757-7241-19-42.
- Fernandes, A. - Reflexões e contributos para a reforma do sistema de saúde em Portugal. *Diário de bordo editores*. 1ª edição, 2012.
- Freitas, M. M. (2014). *Dificuldades percebidas e grau de Satisfação dos Enfermeiros que fazem Triagem de Manchester nos Serviços de Urgência*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2286/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Friedrich, A. W. (2019). Control of hospital acquired infections and antimicrobial resistance in Europe: the way to go. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 169(S1), 25–30. <https://doi.org/10.1007/s10354-018-0676-5>
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *STOP infeção hospitalar! Um desafio Gulbenkian*. [https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/02Est\\_Stop\\_Infecao\\_Hospitalar.pdf](https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/02Est_Stop_Infecao_Hospitalar.pdf)
- Girard, G. P. ., & Santana, M. E. de . (2022). Manchester Screening System: difficulties faced by nurses in risk classification. *Research, Society and Development*, 11(1), e3911124358. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24358>
- Gonçalves, S. C. M., & Carmo, T. I. G. do. (2022). Implicaciones de las infecciones asociadas a la atención de salud en la gestión de la salud: revisión. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(1), e2746. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>
- Heidi Storm Vikke, M. G. (2018). Prehospital infection control and prevention in Denmark: a cross-sectional study on guideline adherence and microbial contamination of surfaces. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*.
- Hutton, A., Veenema, T. G., & Gebbie, K. (2016). Review of the International Council of Nurses (ICN) Framework of Disaster Nursing Competencies. *Prehospital and disaster medicine*, 31(6), 680–683. <https://doi.org/10.1017/S1049023X1600100X>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de exceção Manual TAS. Versão 3.0 1a Edição*.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Emergência Trauma (2a Edição)*
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). *Processos Assistenciais 2021: Relatório Anual* (pp. 1–52).
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023). *Indicadores de Desempenho do INEM*. <https://extranet.inem.pt/stats/?stat=234&ano=2022>
- International Strategy for Disaster Reduction. (2009). *UNISDR Terminology on Disaster Risk Reduction*. [https://www.unisdr.org/files/7817\\_UNISDRTerminologyEnglish.pdf](https://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologyEnglish.pdf)
- Joint commission international - *Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação, 2010.
- Jorge, B., Mazzo, A., Mendes, I., Trevizan, M., & Martins, J. (2013). Infeção do trato urinário relacionada com o uso do cateter: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(11), 125–132. <https://doi.org/10.12707/riii1271>

- Laeng, Mauro. (1973). Dicionário de Pedagogia. 3ª Edição. Publicações Dom Quixote. Lisboa
- Lei n.º 27/2006, de 3 de julho. (2006). Aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República* I Série, n.º 126 (03-07-2006). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/07/12600/46964706.pdf>
- Manchester Triage System (2022). *Emergency Triage Hub*. <https://www.triagenet.net/classroom/course/view.php?id=1173&lang=pt>
- Marsden, N. J., & Tuma, F. (2021). *Polytraumatized Patient*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554426/>
- Martins, M. M., Trindade, L. de L., Vandresen, L., Amestoy, S. C., Prata, A. P., & Vilela, C. (2020). Conflict management strategies used by portuguese nurse managers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0336>
- Mateus de Sousa Rodrigues, L. F. (2017). Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado.
- McDonell, A. (2008). Issues of infection control in prehospital settings. *Journal of Emergency Primary Health Care*.
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company
- Melissa K. Valdez MS, J. D. (2015). Spread of infectious microbes during emergency medical response. *American Journal of Infection Control*, 606-611.
- Ministério da Saúde (2020). *Relatório Anual - Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas em 2020*. Disponível em <[https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso\\_VF.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf)
- Monegro, A. F., Muppidi, V., & Regunath, H. (2022). *Hospital Acquired Infections*. In StatPearls. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441857/>
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Sage.
- Mororó, D. D. de S., Enders, B. C., Lira, A. L. B. de C., Silva, C. M. B. da, & Menezes, R. M. P. de. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323–332. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
- Norma n.º 010/2016 de 30 de setembro (2016) atualizada a 16 de maio de 2017. Via Verde Sépsis no Adulto. *Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde* (30-09-2016) (1-27). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Via-Verde-Sepsis-no-Adulto.pdf>
- Norma n.º 015/2017 de 13 de julho (2017). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. *Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde* (13-07 2017)(1-25). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- Norma n.º 002/2018 de 9 de janeiro (2018). Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. *Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde* (09-01-2018) (1-23). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), 187–199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>
- Nunes, L. (2019). Avaliação do impacto percebido da formação pós-graduada em enfermagem. *Revista Percursos*, 46, 1-36.
- Nunes, L. (2020). *ASPETOS ÉTICOS na investigação de Enfermagem*. [https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook\\_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf\\_jun%202020.pdf](https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf)

- Oliveira, L. M. S., De Almeida, M. L. S., Silva, C. P. B. V., Santa Rosa, D. D. O., Gomes, N. P., & Pedreira, L. C. (2021). Aspectos éticos no cuidado de enfermagem ao idoso em cuidados paliativos: Revisão integrativa. *Enfermagem em Foco*, 12(2). <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3321>
- Oliveira, V. L. G. de, Braga Junior, E. J., Cavalcante, M. da S., Nascimento, M. H. M., Sacramento, R. da C., Oliveira, A. S. S. de., Silva, J. C. ., Sousa, R. F. ., Teles, G. C., Oliveira, M. F. V. de., Nogueira, M. de A. ., Souto, S. S. de., Neves, D. V. A. ., Santos, E. C. da C. ., Girard, G. P. ., & Santana, M. E. de. (2022). Manchester Screening System: difficulties faced by nurses in risk classification. *Research, Society and Development*, 11(1), e3911124358. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24358>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Enfermagem no Pré-Hospitalar - Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2017a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Parecer conjunto no01/2017 - Atribuição de responsável de turno*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjunt\\_oCE\\_MCEEMC\\_01-2017\\_AtribuicaoResponsavelTurno\\_.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjunt_oCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento 429/2018 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República, 2a Série, no135 <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento no 743/2019: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Em *Diário da República, 2a série, no184* (pp. 128–155).
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento no140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2a Série, no 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa em situação crítica e dependente de suporte extracorporal de vida: um desafio para a prática especializada*. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobp-cuidados-pessoa-em-situa-o-cr-tica/full-view.html>
- Parreira, J. G., Rondini, G. Z., Below, C., Tanaka, G. O., Pelluchi, J. N., Arantes-Perlingeiro, J., Soldá, S. C., & Assef, J. C. (2017). Relação entre o mecanismo de trauma e lesões diagnosticadas em vítimas de trauma fechado. *Revista Do Colégio Brasileiro de Cirurgões*, 44(4), 340–347. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017004007>
- Pourvakhshoori, N., Norouzi, K., Ahmadi, F., Hosseini, M., & Khankeh, H. (2017). Nursing in disasters: A review of existing models. *International Emergency Nursing*, 31, 58–63. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.06.004>

- Regiane Tigulini, M. M. (2002). *A Comunicação entre Enfermeiro, Família e Paciente Crítico*. Brasil: Simpósio brasileiro.
- Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março (2015). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor. *Diário da República II serie*, nº 48 (10-03-2015) (5948-5952).
- Samyra Gambarelli, G. G. (2018). A importância da empatia no cuidado de enfermagem na atenção primária à saúde. *Enfermagem Brasil*.
- Santos, M., Santos, L., Oliveira, G., & Miranda, L. (2018). Assistência de Enfermagem ao Paciente Politraumatizado. *Cadernos de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde* (Vol. 4, Issue 2, pp. 11–22).
- Santos, S. S. (2019). *Impacto da Liderança no desempenho da equipe de Enfermagem*. / *Estudo Geral*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde apresentada à Faculdade de Economia. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/89596>
- Silva, M. A., & Carvalho, R. (2013). Situação de Desastre: Atuação da Equipe de Enfermagem em Cirurgias Emergenciais. In *Revista SOBECC* (Vol. 18, Issue 2, pp. 67–76). <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/145/pdf-a>
- Silva, I.S., Veloso, A.L., & Keating, J.B. (2014). *Focus group: Considerações teóricas e metodológicas*. *RLE*; 26(26):175-90. Available from: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703>
- Silva, M. T. M. C. (2017). Método de trabalho de enfermeiro responsável –melhoria da qualidade. Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20881>.
- Silva, A., & Dias, B. (2018). Registos de Enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Nursing*, 21(246), 2476–2481. <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/214/209>
- Simões, R. L., Duarte Neto, C., Maciel, G. S. B., Furtado, T. P., & Paulo, D. N. S. (2012). Atendimento pré-hospitalar à múltiplas vítimas com trauma simulado. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 39, 230-237.
- Soares, M. I., Camelo, S. H. H., Resck, Z. M. R., & Terra, F. de S. (2016). Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 676–683. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690409i>
- Steiner, D., Renetseder, F., Kutz, A., Haubitz, S., Faessler, L., Anderson, J. B., Laukemann, S., Rast, A. C., Felder, S., Conca, A., Reutlinger, B., Batschwaroff, M., Tobias, P., Buergi, U., Mueller, B., & Schuetz, P. (2016). Administration of Emergency Medicine PERFORMANCE OF THE MANCHESTER TRIAGE SYSTEM IN ADULT MEDICAL. *Journal of Emergency Medicine*, 50(4), 678–689. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.09.008>
- World Health Organization, International Association for Trauma Surgery and Intensive Care, & International Society of Surgery / Société Internationale de Chirurgie. (2009). Diretrizes para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma. In World Health Organization (pp. 1–147). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-for-trauma-quality-improvement-programmes>
- World Health Organization. (2010). *Safe Hospitals in Emergencies and Disasters: Structural, Non-structural and Functional Indicators* (pp. 1–45). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789290614784>
- World Health Organization. (2015). *Antimicrobial Resistance*. <https://www.afro.who.int/health-topics/antimicrobial-resistance>
- World Health Organization and the International Committee of the Red Cross (2018). *Basic emergency care: approach to the acutely ill and injured* (pp. 1–240).

<https://www.who.int/publications/i/item/basic-emergency-care-approach-to-the-acutely-ill-and-injured>

World Health Organization. (2018). *Global Status Report on Road Safety 2018*. In *World Health Organization* (pp. 1–424). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>

Young, B., Fogarty, A., Skelly, R., Shaw, D., Thurley, P., Sturrock, N., Norwood, M., Langley, T., Lewis, S. & Cranwell, J. (2020). Patients attitudes towards cost feedback to doctors to prevent unnecessary testing: a qualitative *focus group* study. *Public Health*, 185, 338-340.

Zagalioti, S. C., Fyntanidou, B., Exadaktylos, A., Lallas, K., & Ziaka, M. (2023). The first positive evidence that training improves triage decisions in Greece: evidence from emergency nurses at an Academic Tertiary Care Emergency Department. *BMC emergency medicine*, 23(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00827-5>



## **APÊNDICE**

---



**APÊNDICE I: Quadro de orientação da entrevista – guião *focus group***

---

## Guião Focus Group

<b>PARTICIPANTES</b>	<b>CODIFICAÇÃO</b>
Enfermeiro 1	E1
Enfermeiro 2	E2
Enfermeiro 3	E3
Enfermeiro 4	E4
Enfermeiro 5	E5
Enfermeiro 6	E6
Enfermeiro 7	E7
Enfermeiro 8	E8
<b>QUESTÕES ORIENTADORAS</b>	
1. Consideram uma mais-valia a ativação da VVT para a prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma, reconhecendo vantagens para a vítima?	
2. Consideram vantajosa a ativação da VVT para os Enfermeiros enquanto profissionais de saúde?	
3. concordam que a implementação da VVT deve efetuada em todos os SU acompanhada de formação específica na abordagem da pessoa vítima de trauma?	
4. Consideram o papel do EE em EMC à PSC fulcral no que concerne aos cuidados da pessoa vítima de trauma?	
5. Quais as intervenções autónomas do Enfermeiro Especialista na área da pessoa em situação crítica, na Via Verde Trauma, no serviço de urgência?	

**APÊNDICE II – Formação sobre gestão de multivítimas:  
triagem em mass casualty incidents**

---

<p><b>ESS+</b> Escola Superior de Saúde Nova CISJ - CIÊNCIAS DA SAÚDE</p> <h2>Gestão de Multivítimas: Triagem em Mass Casualty Incidents</h2> <p>Elaborado por: Enfermeiro Bruno Gomes e Enfermeira Cátia Ferreira Orientadores: Professor Aramid Gomes / Professor Filipe Franco Tutor: Enfermeiro Especialista Francisco Coelho</p> <p>Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica</p>	<p><b>ESS+</b> Escola Superior de Saúde Nova CISJ - CIÊNCIAS DA SAÚDE</p> <h3>Gestão de Multivítimas: Triagem em Mass Casualty Incidents</h3> <h2>Objetivos</h2> <p>Aprofundar conhecimentos no âmbito da gestão eficiente de Mass Casualty Incidents</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Abordar sistemas de triagem aplicados em situações de exceção com multivítimas.</li><li>• Discutir sobre o Papel do Enfermeiro na assistência à vítima em Mass Casualty Incidents.</li></ul>
--	--

<p><b>ESS+</b> Escola Superior de Saúde Nova CISJ - CIÊNCIAS DA SAÚDE</p> <h3>Gestão de Multivítimas: Triagem em Mass Casualty Incidents</h3> <h2>Ameaças Globais e Impacto nas Infraestruturas de Saúde</h2> <ul style="list-style-type: none"><li>• O mundo tem enfrentado um número crescente de catástrofes que impactam diretamente os sistemas de saúde. Exemplos recentes incluem a pandemia de COVID-19, que sobrecarregou os recursos de saúde globalmente.</li><li>• Além disso, desastres naturais, como sismos, inundações e incêndios florestais, continuam a ameaçar as infraestruturas e a vida humana, sendo necessários sistemas de resposta eficientes (1)(2), (3)(4).</li><li>• O aumento dos desastres naturais e as suas consequências humanitárias, como as ondas de calor na Europa em 2022 e o sismo na Turquia e Síria em 2023, demonstram a fragilidade das infraestruturas de saúde. Em 2023, registaram-se 86.473 mortes devido a catástrofes (5)(6), (7)(8).</li></ul>	<p><b>ESS+</b> Escola Superior de Saúde Nova CISJ - CIÊNCIAS DA SAÚDE</p> <h3>Gestão de Multivítimas: Triagem em Mass Casualty Incidents</h3> <h2>Tipos de Catástrofes</h2> <ul style="list-style-type: none"><li>*Naturais: Geofísicas, hidrológicas, climáticas, meteorológicas, biológicas.</li><li>*Tecnológicas: Bioterrorismo, degradação ambiental, incidentes químicos e radiológicos. (9)(10), (11)(12)</li></ul>
---	--

**Gestão de Multivítimas - Triagem em Mass Casualty Incidents**

**Exemplos de Situações Multivítimas em Portugal**

- \*Terramoto de 1755 em Lisboa.
- \*Inundações de 1967 em Lisboa com mais de 400 vítimas mortais
- \*Acidente ferroviário de Alcafache (1985) com 45 mortos e 254 feridos.
- \*Incêndio da Pedrógão Grande (2017) com 66 mortos.
- \*Explosão em Tondela (2018) com 8 mortos e 34 feridos. (Benítez, 2018; NEM, 2021.)

**Gestão de Multivítimas - Triagem em Mass Casualty Incidents**

**Riscos Atuais**

- \*Furacão
- \*Sismos, tsunamis, inundações e incêndios.
- \*Atentados terroristas em escala global (Thevo & Velho, 2022)

**Vulnerabilidades de Lisboa e Madeira**

Lisboa, como capital nacional, está especialmente vulnerável a eventos de grande escala como sismos, tsunamis e inundações  
A sua localização geográfica e importância económica e política fazem dela um ponto estratégico de alta sensibilidade. (Ministério da Administração Interna, 2009)

**Atentados Terroristas e Situações de Exceção**

Os atentados terroristas têm vindo a aumentar a nível global, especialmente em países da OCDE, como Inglaterra e França.

Estes eventos não só provocam mortes e destruição material, mas também sobrecarregam os sistemas de emergência e saúde.

Em Portugal, apesar da ausência de eventos significativos até ao momento, o país não está imune a este tipo de ameaça. (Institute for Economics & Peace, 2018)

**Gestão de Multivítimas - Triagem em Mass Casualty Incidents**

**Análise dos RISCOS**

- AMEAÇA OU ACONTECIMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**
  - Epidemia, Pandemia e outros.
- ACIDENTE RESULTANTE DO DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO**
  - Incêndios.
  - Colapsos de edifícios.
- ACIDENTE INDUSTRIAL E/OU NRBO**
  - Nucleares, petrolíferos, biológicos e químicos.
- ACIDENTE COM TRANSPORTES**
  - Transportes individualizados ou coletivos, urbanos ou interurbanos.
  - Submersões.
  - Ferrovias.
  - Aviação.
  - Marítimo.
- ACIDENTE DE ORIGEM NATURAL**
  - Fenómenos climáticos.
  - Situações meteorológicas extremas.
  - Inundações.
  - Erupções de vulcões.
  - Aniquilação.
- CATÁSTROFE RELACIONADA COM COMPORTAMENTO HUMANO**
  - Crises administrativas.
  - Expulsões e deslocamentos.
  - Atos de terrorismo e eventos políticos.
  - Manifestações subversivas, artísticas e políticas.

Fonte: INEM, 2012

**Gestão de Multivítimas - Triagem em Mass Casualty Incidents**

**Definição de Situação de Exceção**

A Lei de Bases da Proteção Civil define catástrofe como um evento que causa um elevado número de vítimas e danos materiais substanciais, enquanto o INEM descreve Situação de Exceção como qualquer evento que provoque um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis. (Díavola et al., 2012)

Estas situações exigem uma resposta rápida, coordenada e eficiente por parte das equipas de emergência, nomeadamente do INEM. A gestão adequada de uma situação multivítimas pode reduzir drasticamente a morbilidade e mortalidade. (Nemere et al., 2017)

<p><b>ESS+</b> Serviço de Saúde Neta CISJ VISELAH, PORTUGAL</p> <p>Gerção de Multivítimas: Triagem em Mass Casualty Incidents</p> <h3>Objetivos da Triagem de Evacuação</h3> <p>A triagem tem como objetivos principais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Assistência precoce;</li> <li>*Aplicação de manobras "life-saving";</li> <li>*Determinar o nível de urgência;</li> <li>*Implementar utilização criteriosa de recursos críticos;</li> <li>*Documentar as vítimas;</li> <li>*Controlar o fluxo de vítimas;</li> <li>*Determinar áreas de cuidados / vigilância;</li> <li>*Distribuir os profissionais por áreas de assistência;</li> <li>*Iniciar medidas terapêuticas.</li> </ul> <p>(Bendick, 2008; Carls, 2004; RHM, 2012)</p> <p>A implementação do princípio da NORA (Nora de Resgate e Nora de Evacuação) garante que o processo de evacuação siga um fluxo organizado, evitando o caos e permitindo o transporte das vítimas de forma eficiente e segura.</p> <p>(Petruska &amp; Milne, 2009)</p> <p>Erros na triagem podem levar à má distribuição de vítimas entre os hospitais, resultando na sobrecarga dos recursos hospitalares e no uso inadequado de transporte (Fusco &amp; Vadeh, 2011).</p>	<p><b>ESS+</b> Serviço de Saúde Neta CISJ VISELAH, PORTUGAL</p> <p>Gerção de Multivítimas: Triagem em Mass Casualty Incidents</p> <h3>Crítérios Utilizados nos Sistemas de Triagem de Evacuação</h3> <p>Os critérios fisiológicos e anatómicos são essenciais para a decisão de evacuação. São avaliados parâmetros como frequência respiratória, pressão arterial e estado de consciência, que indicam a gravidade das lesões (Muller et al., 2012; Piva et al., 2016).</p> <p>A resposta inicial ao tratamento no local e a necessidade de intervenção cirúrgica emergente são fatores decisivos (Bendick, 2008).</p> <p>A triagem incorreta pode ocorrer em situações onde lesões inicialmente classificadas como "menores" ocultam lesões complexas. (Piva et al., 2016).</p>
<p><b>ESS+</b> Serviço de Saúde Neta CISJ VISELAH, PORTUGAL</p> <p>Gerção de Multivítimas: Triagem em Mass Casualty Incidents</p> <h3>Desafios:</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Coordenação de múltiplas equipas: Necessidade de liderança centralizada.</li> <li>*Escassez de recursos: Alocação eficaz dos recursos disponíveis</li> <li>*Comunicação e informação em tempo real: Uso de sistemas integrados de comunicação.</li> <li>*Decisões rápidas em ambientes dinâmicos.</li> </ul> <p>(Pignatelli et al., 2010; Yemmen et al., 2013; WainRAJ, 2012)</p> <h3>O Papel do Enfermeiro na assistência à vítima em Mass Casualty Incidents</h3> <p>Avaliação e estabilização no terreno: Triagem e priorização da assistência à vítima.</p> <p>Gestão de recursos: Tomada de decisões em ambientes de alta pressão.</p> <p>Continuidade do cuidado: Assegurar que o tratamento iniciado no local é mantido durante a evacuação</p> <p>(Adeh et al., 2012; Alford et al., 2015; Sousa et al., Yemmen et al., 2013)</p>	<p><b>ESS+</b> Serviço de Saúde Neta CISJ VISELAH, PORTUGAL</p> <p>Gerção de Multivítimas: Triagem em Mass Casualty Incidents</p> <h3>Triagem:</h3> <p>Processo de alocação de recursos limitados em desastres, baseado na classificação e priorização das vítimas com base na urgência do tratamento (Kawing &amp; Schulz, 2018).</p> <h3>Princípios de evacuação:</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Gravidade da lesão: Prioridade para emergências cirúrgicas.</li> <li>*Meios de transporte: Seleção com base na condição do doente e disponibilidade.</li> <li>*Coordenação com hospitais: Evitar sobrecarga, transferir para centros com as valências adequadas.</li> </ul> <p>(Carls, 2006; Pignatelli et al., 2012)</p>

**ESS+**  
Escola Superior de Saúde Nova  
CIJUL - VISEU/LEIA - PORTUGAL

Gestão de Multi-vítimas: Triagem em Mass Casualty Incidents

**Etapas da Triagem:**

- Primária: ocorre na Zona de Sinistro (ZS) e pretende-se triar de forma mais rápida um grande número de vítimas.
- Secundária: ocorre na Zona de Apoio (ZA). A triagem secundária tem início no Posto Médico Avançado e é um processo contínuo que visa triar de forma mais precisa um grande número de vítimas.
- Terciária/quartenária: ocorre aquando admissão no SU da unidade hospitalar.

Fonte: INEM, 2012

**ESS+**  
Escola Superior de Saúde Nova  
CIJUL - VISEU/LEIA - PORTUGAL

Gestão de Multi-vítimas: Triagem em Mass Casualty Incidents

**Sistemas de triagem Primária** (Beaver et al., 2016)

- START (Simple Triage and Rapid Treatment): Utilizado nos EUA, Canadá e partes da Austrália, baseia-se em critérios rápidos como respiração, pulso e capacidade de seguir comandos.
- Homebush Triage Standard: Desenvolvido na Austrália, combina elementos dos sistemas START e SAVE.
- Sieve: Comum na Europa e Reino Unido, usa critérios semelhantes ao START mas com diferentes parâmetros para respiração e pulso.
- CareFlight: Utiliza critérios rápidos como capacidade de caminhar, respiração e pulso, com uma avaliação que leva apenas 15 segundos por vítima.
- Saco Triage Method: Baseia-se num modelo matemático que considera recursos e condições fisiológicas para prever a sobrevivência.
- Military: Prioriza a capacidade de tratamento e retorno rápido dos soldados ao campo.
- CESIRA Protocol: Identifica três categorias de vítimas com base na gravidade das condições, como choque, hemorragia e respiração.
- MAS (Move, Assess, Sort, Send): Semelhante ao START mas com avaliação prévia sem exame individual.
- Revers: foca-se no tratamento de vítimas com lesões menores primeiro, para manter a capacidade operacional.
- CBRN Triage: Para incidentes envolvendo materiais químicos, biológicos, radiológicos e nucleares.

**ESS+**  
Escola Superior de Saúde Nova  
CIJUL - VISEU/LEIA - PORTUGAL

Gestão de Multi-vítimas: Triagem em Mass Casualty Incidents

**Sistemas de triagem Primária** (Beaver et al., 2016)

- Burn Triage: Específico para vítimas de queimaduras, categoriza com base na severidade e localização das queimaduras.
- META Triage: Especialmente desenvolvido para responder a atentados terroristas na Espanha, considera lesões anatómicas e mecanismos de lesão.
- Mass Gathering Triage: Proposto para grandes aglomerações, avalia a severidade com base em critérios expandidos como SPO2 e pressão sanguínea.
- SWIFT Triage: Destinado a adultos mais velhos, avalia as necessidades rapidamente em três níveis.
- Medical Triage: Avalia inicialmente a capacidade de caminhar, seguido de critérios como sangramento arterial e estado de choque.
- TEWS Triage (Triage Early Warning Score): Um método numérico que classifica a gravidade com base em uma pontuação.
- MPTT (Modified Physiological Triage Tool): Utiliza critérios fisiológicos para determinar a urgência de tratamento.
- ASAV: Sistema alemão que avalia principalmente lesões fatais e parâmetros fisiológicos básicos.
- Smart Triage System: Similar ao START, mas adapta-se a condições onde o preenchimento capilar não pode ser avaliado.
- Tactical Triage: Foca na rápida identificação e categorização baseada em necessidades imediatas de intervenção médica.

**ESS+**  
Escola Superior de Saúde Nova  
CIJUL - VISEU/LEIA - PORTUGAL

Gestão de Multi-vítimas: Triagem em Mass Casualty Incidents

Model	Components and the criteria of the model according to priority - Characteristics required					Model approach		
START	1. Ability to walk	2. Respiration	3. Capillary filling	4. Pulse	5. Obeying the commands	The threshold for respiration is 20 times per minute. The pulse has no range or level boundaries, and only its presence or its absence is evaluated.	Algorithmic	
Jump START	1. Ability to walk	2. Respiration	3. Capillary filling	4. Pulse	AVPU 6	Breathing between 15 and 45 is normal. The pulse lacks any range. The AVPU criterion is used instead of obeying the commands criterion.	Algorithmic	
MSTART	1. Ability to walk	2. Respiration	3. Pulse	4. Obeying the commands		Capillary filling criterion has been eliminated in this model. Breathing below 30 times is considered normal, but there is no range for the pulse criterion and only its presence or absence is controlled.	Algorithmic	
Medical	1. Ability to walk	2. Consciousness	3. Airway breathing	4. Shock	5. Respiration	6. Traumatic evaluation	The breathing criterion lacks limits and boundaries	Algorithmic
Save	1. Ability to walk	2. Respiration	3. Capillary filling	4. Pulse		The respiratory range between 10 and 20 is normal, moreover, the normal range for the pulse is 120 times per minute	Algorithmic	
CareFlight	1. Ability to walk	2. Obeying the commands	3. Respiration	4. Pulse		In this model, the obeying the commands criterion is controlled prior to the respiration criterion. Respiration and pulse lack any limits or boundaries.	Algorithmic	
Mass Gathering	1. Respiration	2. SPO2	3. Pulse	4. Systolic blood pressure	5. Consciousness	6. Temperature and pain	For respiration the range from 10 to 24 and for the pulse criterion the range from 51 to 120, for blood pressure the range of 100 to 160 mm and for the temperature, the range from 35.5 to 39.5 degrees are normal.	Algorithmic

Fonte: Beaver et al., 2016.

Model	Components and the criteria of the model according to priority - Descriptions required					Model Approach
STM	1. Respiration	2. Pulse	3. Mental status	Walking criterion is not controlled. Breathing ranging from 10 to 24 and a pulse ranging from 61 to 130 are considered normal.		Numerical
MAGE	1. Ability to walk	2. Respiration	3. Pulse	4. Obeying the commands	There is no boundary or limit for respiration and pulse. The injured people are evaluated based on the ability or inability to walk in three groups.	Algorithmic
SALT	1. Ability to walk	2. Respiration	3. Pulse	4. Obeying the commands	There is no limit and boundary for respiration and pulse. The injured patients are assessed in three groups based on the ability or inability to walk.	Algorithmic
SAVE	1. Organ rescue score	2. GCS-E	3. Burn survival	In the injured people with GCS above 8, and in burns under 50%, young people can hope to survive.		Numerical
Start	1. Respiration	2. Systolic blood pressure	3. GCS-E	For respiration, the range of 10 to 20 and for blood pressure the range higher than 90 mm Hg and for GCS the range above 13 are normal.		Numerical
Smart	1. Ability to walk	2. Respiration	3. Capillary filling	4. Pulse	5. Obeying the commands	Breathing below 20 times per minute is normal, but there is no range specified for the pulse, and only its presence or absence is controlled.
META	1. Respiration	2. Pulse	3. Traumatic evaluation	Criteria A, B, C and D are controlled but the range for respiration and normal pulse is not specified.		Algorithmic

Fonte: (Bayar et al., 2019).

Model	Components and the criteria of the model according to priority - Descriptions required							Model Approach
Hemorrhuth	1. Ability to walk	2. Respiration	3. Pulse	4. Obeying the commands	For the respiration criterion, the rate was less than 30 times per minute is normal, and there is no specific range for the pulse, and only its presence or absence is controlled.			Algorithmic
CEDEIRA	1. Ability to walk	2. Awareness control	3. Bleeding	4. Shock	5. Respiration	6. Traumatic evaluation	The respiration criterion has no specific range. Only its speed) as well as its presence or absence is controlled.	
PTT	1. Ability to walk	2. Respiration	3. Pulse	4. Obeying the commands	Based on the age and weight the three ranges including 20 to 50, 15 to 40 and 10 to 30 are normal for respiration. The normal ranges for the pulse criteria are also 90 to 100, 80 to 100, and 70 to 140 times per minute.			Algorithmic
TEVO	1. Ability to walk	2. Respiration	3. Pulse	4. Systolic blood pressure	5. Temperature	6. A/P/U	7. Traumatic evaluation	Normal breathing range is 9 to 14 times per minute. The normal range for the pulse criterion is 50 to 100. The normal range for the systolic pressure and temperature is 101 to 108 mmHg and 36 to 38.4 respectively.
CRAMS	1. Respiration	2. Systolic blood pressure	3. Motor response	4. Verbal response	5. Abdominal assessment	There is no specific range for breathing, and only the presence or absence of stomach is controlled. The normal systolic pressure is also higher than 100 mm.		Numerical
ASAV	1. Ability to walk	2. Fatal injuries	3. Respiration	4. Control of bleeding	5. Pulse	Breathing and pulse with any specific range.		
MPTT	1. Ability to walk	2. Respiration	3. Pulse	GCS 4	The respiration rate is considered to be normal from 12 to 22 times per minute, and for pulse criterion, the range of 60 times per minute is normal. For GCS, 14 and higher is the normal range.			Algorithmic
ESI	1. Respiration	2. Pulse	3. SPCC	There are specific ranges considered for the respiratory and pulse criteria, based on the age range. Moreover, there is a specific range of 82% for the SPCC criterion.				Algorithmic

Fonte: (Bayar et al., 2019).

Segundo Bayar et al., (2019), na sua revisão "Triage Systems in Mass Casualty Incidents and Disasters: A Review Study with A Worldwide Approach"

- Não existe um sistema de triagem universalmente superior; as práticas variam significativamente baseadas em condições locais e recursos disponíveis.
- Necessidade de cada país adaptar ou desenvolver sistemas de triagem que melhor atendam às suas condições e recursos específicos.
- Importância de padronizar sistemas de triagem para melhorar a interoperabilidade e eficácia da resposta a desastres.
- Urgência na implementação de programas de treinamento e simulações para garantir a prontidão dos profissionais de emergência pré-hospitalar.

**Aplicação em Portugal:**

• O INEM aplica o sistema START (Simple Triage And Rapid Treatment) para triagem primária na área de socorro, com foco na rápida categorização de vítimas. Após a triagem inicial, as vítimas são agrupadas por prioridade no Posto Médico Avançado, realizando-se a triagem secundária com o sistema TRTS (Triage Revised Trauma Score), onde a prioridade pode ser ajustada (INEM, 2022).

**Sistema START e TRTS**

Sistema START: Utilizado para triagem rápida em cenários de múltiplas vítimas, baseia-se em discriminadores simples como mobilidade, lesões visíveis, frequência cardíaca e respiratória. Permite identificar rapidamente as prioridades de tratamento (INEM, 2022).

Sistema TRTS: Um sistema mais preciso e detalhado, que utiliza a Escala de Coma de Glasgow (GCS), frequência respiratória e pressão arterial sistólica. Requer mais tempo e experiência na aplicação, pois pode subestimar gravidade em estágios iniciais devido a mecanismos compensatórios (INEM, 2022).



**ESS+**  
Escola Superior de Saúde Nova  
CIUS (VISEU) - PORTUGAL

Gestão de Situações Multívitas: Triagem em Mass Casualty Incidents

**Triagem de evacuação META**

Fonte: Gonzalez et al. (2018)

**ESS+**  
Escola Superior de Saúde Nova  
CIUS (VISEU) - PORTUGAL

Gestão de Situações Multívitas: Triagem em Mass Casualty Incidents

**START X META** (Pina et al., 2018)

Resultados Principais:

- \*Tempos de Evacuação: Sem diferença significativa no tempo total. Contudo, evacuação de vítimas urgentes foi mais rápida no META.
- \*Ordem de Evacuação: Priorização mais eficaz de vítimas urgentes e cirúrgicos no META.
- \*Adequação do Tratamento: Maior proporção de tratamento adequado no META (92%) vs. START (63%).

**ESS+**  
Escola Superior de Saúde Nova  
CIUS (VISEU) - PORTUGAL

Gestão de Situações Multívitas: Triagem em Mass Casualty Incidents

**SALT (Sort, Assess, Lifesaving interventions and Treatment and/or transport) Triage**

Fonte: Lerner et al., 2011, p. 130

**ESS+**  
Escola Superior de Saúde Nova  
CIUS (VISEU) - PORTUGAL

Gestão de Situações Multívitas: Triagem em Mass Casualty Incidents

**SALT X START**

Limitações do Sistema START (Pina et al., 2018):

- \*Validação incompleta: Não foi validado por um estudo científico prospetivo durante um catástrofe real.
- \*Intervenções médicas limitadas: Apenas permite duas intervenções médicas (permeabilização da via aérea e controlo de hemorragia).

Vantagens do Sistema SALT Triage (Lee et al., 2016; Fink et al., 2018):

- \*Aplicabilidade universal: Desenvolvido para "todos os perigos" e aplicável a todas as idades.
- \*Respostas a ameaças modernas: Adequado para responder a ameaças como agentes NRBC (Nucleares, Radiológicos, Biológicos e Químicos).
- \*Novas intervenções médicas: Inclui intervenções adicionais para maior abrangência no tratamento de múltiplas vítimas.
- \*Categoria "Expectant": Introdução de uma nova categoria (cmz) para melhor gestão de recursos em situações críticas.
- \*Considerações éticas: Permite cuidados a vítimas com baixa probabilidade de sobrevivência sem desperdiçar recursos, abordando questões éticas não contempladas pelo START

**ESS+**  
Escola Superior de Saúde Nereu  
Cidade Universitária - Vitoriosa

### Sistemas de Triagem Primária para Crianças:

- **Jump START:** Desenvolvido especificamente para crianças com base no sistema START, com ajustes para as diferenças fisiológicas infantis.
- **Pediatric Triage Tape:** Um método que usa faixas de medição baseadas na altura e peso para categorizar crianças em diferentes faixas de triagem.



Fonte: NEM, 2012



Fonte: Melgare et al. 1996

**ESS+**  
Escola Superior de Saúde Nereu  
Cidade Universitária - Vitoriosa

### Gestão de Situações Múltiplas: Triagem em Mass Casualty Incidents

**Preparação das equipas:**

Os enfermeiros desempenham um papel crucial na resposta a incidentes com múltiplas vítimas, sendo imprescindível a sua participação em todas as fases da gestão de catástrofes, desde a avaliação de risco e planeamento, até à intervenção direta (ICN, 2019).

**Cohort research analysis of disaster experience, preparedness, and competency-based training among nurses**

Alpogul Gökdemir ■ Nilgün Serenlio, Feride N. Bulut, Arif Okuyan-Narman  
Published January 9, 2021 • 10.1016/j.ijn.2020.10.044

Nesse sentido, é defendido o fortalecimento das suas competências por meio da integração em programas de formação e treino específicos para esta área (Goniewicz et al., 2021).

**ESS+**  
Escola Superior de Saúde Nereu  
Cidade Universitária - Vitoriosa

Gestão de Situações Múltiplas: Triagem em Mass Casualty Incidents

**RESEARCH** Open Access

**Disaster preparedness knowledge and its relationship with triage decision-making among hospital and pre-hospital emergency nurses - Ardabil, Iran**

Hem Azizpour<sup>a</sup>, Saied Mami<sup>a</sup> and Ajmi Habibollahi<sup>a</sup>

Azizpour et al. (2022) afirmam que enfermeiros com maior conhecimento sobre preparação para desastres apresentam uma capacidade superior de tomada de decisão durante a triagem. Estes autores recomendam que seja dada maior ênfase à sua formação, com recurso a cenários simulados para melhorar as suas competências em contextos de catástrofe.

**ESS+**  
Escola Superior de Saúde Nereu  
Cidade Universitária - Vitoriosa

Gestão de Situações Múltiplas: Triagem em Mass Casualty Incidents

**University of Maragheh, Maragheh**  
**Sobhan Workalemahu**

The Disaster Health Group of Maragheh  
Emergency Preparedness Team

19/07

**Emergency Preparedness Competencies Among Nurses in Maragheh - Ardabil, Iran**

Younis A. Hossain  
University of Maragheh, Maragheh

Matlock (2017) refere o desejo expresso pelos enfermeiros em contribuir durante contextos de catástrofe e emergência, evidenciando a sua disponibilidade para receber formação específica sobre a atuação em emergências com múltiplas vítimas. Diante disso, torna-se imperativo proceder a um diagnóstico das necessidades formativas e melhorar os métodos de ensino e treino, com o intuito de equipar os enfermeiros com as competências adequadas para enfrentar eficazmente estas situações.



Pré - Teste	
1 - Qual é o principal objetivo da triagem primária em Mass Casualty Incidents?	a) Proporcionar conforto às vítimas b) Avaliar rapidamente a gravidade das lesões e priorizar o atendimento c) Identificar o número total de vítimas d) Encaminhar todas as vítimas para o hospital mais próximo
2 - O que significa a cor vermelha no sistema de triagem START?	a) Vítimas que podem andar por conta própria b) Vítimas com lesões menores c) Vítimas que necessitam de tratamento imediato d) Vítimas sem sinais de vida
3 - Que fator é mais importante ao decidir sobre a evacuação de vítimas em catástrofes?	a) Disponibilidade de transporte b) Distância até ao hospital c) Gravidade da lesão d) Quantidade de vítimas
4 - O sistema SALT inclui uma categoria especial chamada "Expectant". O que significa esta categoria?	a) Vítimas que podem ser salvas com primeiros socorros simples b) Vítimas com elevada probabilidade de sobrevivência c) Vítimas com baixa probabilidade de sobrevivência, mas que recebem cuidados paliativos d) Vítimas que não necessitam de cuidados médicos

Correção:

1. B)
2. C)
3. C)
4. C)

Papel do enfermeiro						
	Conclusão	Resumo da sessão. Aplicação de questionário final. Encerramento da sessão.	Expositivo Interrogativo	PowerPoint Questionário online	10min	Feedback Teste

## Intervenções Autónomas do Enfermeiro Especialista na Via Verde Trauma em Serviço de Urgência

Planeamento da Formação						
Instituição: INEM						
Serviço: SIV de Delegação Regional do Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)						
Sessão: 1/1						
Data/Hora: a definir						
Duração da Sessão: 45 min						
Público-alvo: Enfermeiros de emergência pré-hospitalar INEM, plataforma Online INEM						
Dinamizador(es): Bruno Gomes, Cátia Ferreira, Francisco Coelho						
Pré-requisitos: Enfermeiros do INEM, Motivação para a aprendizagem						
Objetivos Gerais: Abordar sistemas de triagem aplicados em situações de exceção com multivítimas; Discutir sobre o Papel do Enfermeiro na assistência à vítima em Mass Casualty Incidents.						
Objetivos Específicos da Sessão	Fases	Conteúdos	Métodos, e Técnicas. Pedagógicas	Recursos	Tempo	Avaliação
Introdução ao tema  Análise de conceitos e análise global de cenário multivítimas	Introdução	Apresentação do dinamizador.  Aplicação de pré-teste sobre conhecimentos.	Expositivo participativo	PowerPoint  Questionário online	5 min	Feedback /Observação
Abordagem sobre os desafios da gestão de situações de multivítimas  Triagem de evacuação: tipos de triagem e sistemas de triagem existentes.	Desenvolvimento	Apresentação do conteúdo  Discussão sobre o papel do enfermeiro	Expositivo Interrogativo	PowerPoint	25 min	Feedback  Observação

Teste Final	
1 - O sistema de triagem START utiliza critérios baseados em três parâmetros principais. Quais são eles?	a) Respiração, pulso e nível de consciência b) Capacidade de caminhar, cor da pele e pulsação c) Temperatura corporal, pressão arterial e respiração d) Dor, hemorragia e estado mental
2 - No sistema SALT, a categoria "Expectant" está representada por que cor?	a) Preto b) Vermelho c) Cinza d) Verde
3 - Quais são as principais diferenças entre os sistemas START e SALT?	a) O START tem mais categorias de triagem b) O SALT permite uma intervenção médica mais abrangente e possui uma categoria adicional c) O START é mais flexível e adaptável a diferentes idades d) O SALT utiliza apenas dois parâmetros de triagem
4 - No contexto de uma evacuação de vítimas, qual é a principal prioridade segundo o sistema META?	a) Transportar primeiro todas as vítimas com lesões menores b) Evacuar vítimas com lesões cirúrgicas graves e instabilidade hemodinâmica c) Garantir a evacuação de vítimas verdes antes das amarelas d) Manter todas as vítimas no local até que o hospital libere espaço
5- Que sistema de triagem é amplamente utilizado para responder a desastres com risco biológico ou radiológico (NRBQ)?	a) SALT b) START c) CBRN Triage d) CareFlight

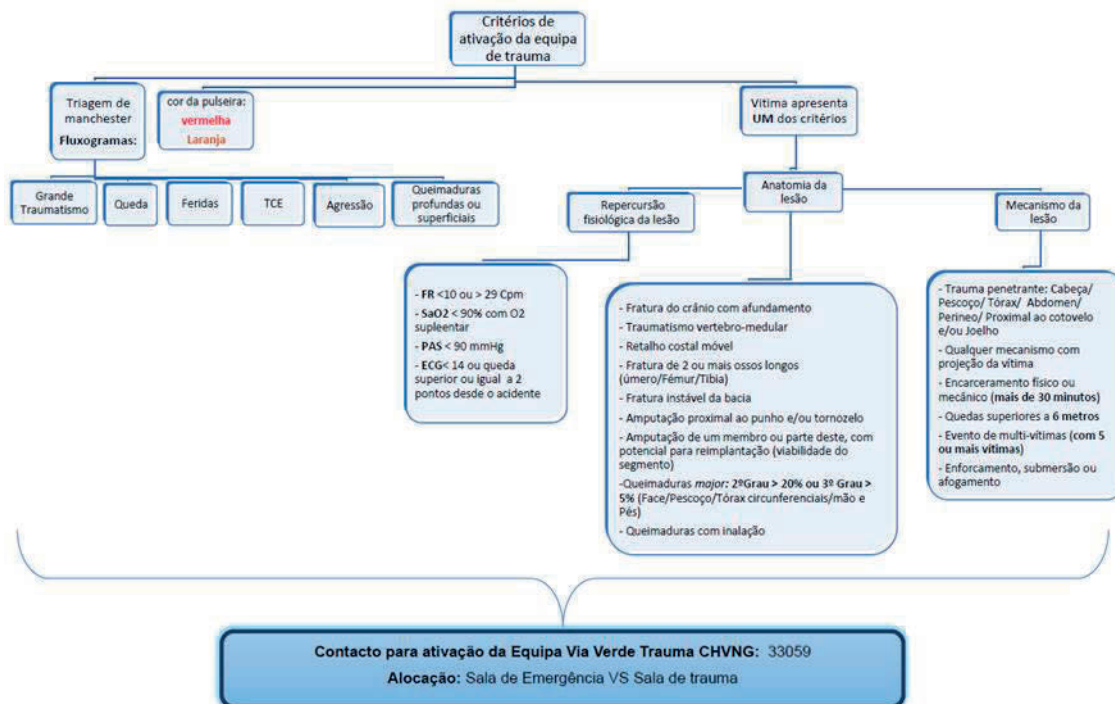
Correção:

1. A)
2. C)
3. B)
4. B)
5. C)

## **APÊNDICE III- Algoritmo via verde trauma**

---

### Algoritmo Via Verde Trauma



## **APÊNDICE IV- Consentimento Informado Livre e Esclarecido (Q 190)**

---





por um lado, às perspetivas dos próprios participantes, bem como, às respostas de interesse específicas do investigador.

**FASES:**

**Fase de Planeamento:** definição do objetivo de estudo, composição e número de grupos.

**Fase de Preparação:** o recrutamento dos participantes e as condições logísticas de realização dos grupos como a escolha do local.

**Fase de Moderação:** situar a entrevista em 90 minutos definidos segundo Morgan (1996), através do Microsoft Teams.

**Fase de Análise de Dados:** gravar e transcrever o mais fielmente possível as entrevistas, de forma sistemática e rigorosa, em que os mesmos serão tratados manualmente pelo investigador, pesquisando a perceção das equipas em relação ao tema, segundo o método de análise de conteúdo de Bardin (2015). Os registos escritos bem como as gravações de vídeo/áudio no programa Microsoft Teams, são protegidas, armazenadas e eliminadas no computador pessoal do investigador, sendo o próprio responsável por tais atos.

Os participantes deverão ser claramente informados sobre o objetivo do estudo e as regras de participação, incluindo tempo estimado de duração, de modo a evitar abandonos precoces aquando da discussão em grupo, proporcionando o direito à autodeterminação, confidencialidade e anonimato dos participantes.

Todos os participantes neste estudo de investigação deverão assinar previamente o consentimento informado, livre e esclarecido da ESSNorteCVP (Modelo Q 190), assim como consentimento informado para realização de videogravação.

Este estudo de investigação não irá acarretar qualquer tipo de custo para o investigador e participantes.

Não existe qualquer conflito de interesse na realização deste projeto de investigação por parte do investigador, sendo garantida e mantida a integridade da propriedade intelectual encontrada citando de forma rigorosa os devidos autores.

(Considerando o tipo de estudo especificar os benefícios, os riscos e os custos para os participantes, bem como as precauções consideradas no estudo. Mencionar os procedimentos de garantia do anonimato, privacidade e confidencialidade de todas as partes envolvidas, procedimentos de obtenção do consentimento informado, procedimentos de armazenamento e conservação dos dados. Mencionar a voluntariedade de participação no estudo. Deve estar mencionada ainda a existência ou não de conflitos de interesse)

**Condições e financiamento:** Não estão previstos quaisquer custos, financiamento ou apoio externo com este estudo.

**Confidencialidade e anonimato:** Este estudo de investigação demanda a aprovação da comissão de ética da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Os participantes deverão ser claramente informados sobre o objetivo do estudo e as regras de participação, incluindo tempo estimado de duração, de modo a evitar abandonos precoces aquando da discussão em grupo, proporcionando o direito à autodeterminação, confidencialidade e anonimato dos participantes.





Todos os participantes neste estudo de investigação deverão assinar previamente o consentimento informado, livre e esclarecido da ESSNorteCVP (Modelo Q 190), assim como consentimento informado para realização de videogravação.

**Assinatura do investigador:** \_\_\_\_\_

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

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do participante/representante legal:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 3 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:**

**ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE**



