



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

**2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA
ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
VÍTIMA DE TRAUMA**

SPECIALIZED NURSING INTERVENTIONS IN
APPROACHING CRITICAL ILL PATIENT'S VICTIMS OF
TRAUMA

SOFIA ALEXANDRA PEREIRA PADINHA ARRIFES

Almada

2025



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

**2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA
ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
VÍTIMA DE TRAUMA**

SPECIALIZED NURSING INTERVENTIONS IN
APPROACHING CRITICAL ILL PATIENT'S VICTIMS OF
TRAUMA

SOFIA ALEXANDRA PEREIRA PADINHA ARRIFES

Trabalho elaborado sob a orientação da Professora Doutora Cidália
Maria da Cruz Silva Patacas de Castro

Almada

2025

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão pública

"Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas,
mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana."

- Carl Jung

AGRADECIMENTOS

Ao Vitor por ser sempre porto de abrigo e maior motivador.

À minha mãe e irmão, por todo o amor incondicional e serem rede de apoio.

À família e amigos, pelos momentos de descontração e motivação contantes.

À Joana e à Inês, pelo incentivo e apoio contante durante todo este percurso.

À Professora Doutora Cidália Castro, pela orientação, compreensão e todas as palavras de apoio e de confiança durante todo este percurso.

Ao meu Pai, por ser fio condutor, guia e fonte de amor e saudade.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo não ter recorrido à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração. Mais declaro que tenho conhecimento e que respeitei o Código de Conduta Ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

RESUMO

O trauma é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial, resultando frequentemente em devastadoras sequelas físicas, psicológicas e sociais. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na estabilização da pessoa em situação crítica, na gestão dos cuidados em fase aguda e na garantia da continuidade do tratamento. Dada a complexidade dos cuidados prestados à pessoa vítima de trauma, é imprescindível uma formação especializada e contínua em enfermagem, com o objetivo de melhorar a qualidade das intervenções e a otimizar os resultados clínicos. De forma a investigar qual a evidência científica mais recente e pertinente sobre o tema em estudo, realizámos uma *scoping review* denominada “Intervenções de Enfermagem na abordagem a vítimas de Trauma: Revisão Scoping” seguindo a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*.

Para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem, o presente relatório foi elaborado recorrendo a uma metodologia descritiva, reflexiva e crítica das experiências vivenciadas ao longo do percurso formativo, com aquisição, desenvolvimento e consolidação de conhecimentos e competências não só técnicas mas também científicas, através da experiência profissional, da frequência deste mestrado salientando os contextos de estágio, realizados numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, numa Unidade de Cuidados Intensivos Específicos, numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação, todos pertencentes a um Hospital Central, e ainda num Serviço de Urgência Polivalente de um Hospital Centro de referência em Trauma na cidade de Londres.

A estruturação do nosso raciocínio em Enfermagem teve como alicerce a Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa de Mc. Cormack e Mc. Cance e o Modelo Conceptual da Vulnerabilidade de Rogers, que nos permitiu enquadrar e compreender o fenómeno em estudo.

Todo o percurso formativo e reflexivo foi sustentado e delineado pelos Regulamentos de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e pelos descritores de Dublin, concedendo a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Intervenções de Enfermagem Especializada, Pessoa em Situação Crítica, Vítima de Trauma.

ABSTRACT

Trauma is a leading cause of morbidity and mortality worldwide, often resulting in devastating physical, psychological, and social consequences. Nurses play an essential role in stabilizing patients, managing acute care, and ensuring continuity of treatment. Given the complexity of trauma care, continuous specialized training in nursing is crucial to enhance the quality of interventions and improve patient outcomes. In order to investigate the most recent and relevant scientific evidence on the topic under study, we conducted a scoping review designated "Nursing Intervention in Approaching Trauma Victims: Scoping Review", following the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute.

For the conferment of the title of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the Area of Nursing Care for the Person in Critical Situation and the Master's Degree in Nursing, the present report was developed using a descriptive, reflective, and critical methodology, based on the experiences acquired throughout the educational and professional journey. This process involved the acquisition, development, and consolidation of both technical and scientific knowledge and skills, gained through professional practice, of the frequency of this master's degree, highlighting the internship contexts undertaken in a Multipurpose Intensive Care Unit, a Specialized Intensive Care Unit, a Medical Emergency and Resuscitation Vehicle, all within a Central Hospital, as well as in an Emergency Department of a Major Trauma Centre in the city of London.

The structuring of our nursing reasoning was grounded in the Person-Centred Care Theory by McCormack and McCance, and Rogers' Conceptual Model of Vulnerability, which provided a framework for understanding and analyzing the phenomenon under study.

The entire educational and reflective pathway was guided and supported by the Common Competency Regulations for Specialist Nurses, the Specific Competencies for Specialist Nurses in Critical Care Nursing, and the Dublin Descriptors, thereby fulfilling the requirements for the award of the Master's Degree in Nursing.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Specialized Nursing Interventions, Critically Ill Patient, Victims of Trauma.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

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

AEC - Alteração do Estado de Consciência

AMPLE – *Allergies, Medication, Past clinical history, Last meal, related Events*

APA – *American Psychological Association*

ATCN – *Advanced Trauma Care for Nurses*

ATLS - *Advanced Trauma Life Support*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

A&E – *Accident and Emergency Department*

BPS – *Behavioral Pain Scale in Intubated*

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

CCP – Cuidado Centrado na Pessoa

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CODU – Centro de Orientação de Doente Urgentes

CPOT – *Critical-Care Pain Observation Tool*

CVP – Cateter Venoso Periférico

DGS – Direção Geral da Saúde

ECMO - *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

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

EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

ESSEM – Escola Superior de Saúde Egas Moniz

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICDSC – *Intensive Care Delirium Screening Checklist*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR – Identificação, Situação atual, Background/antecedentes, Avaliação, Recomendações

ISS - *Injury Severy Score*

JCM – *Journal of clinical Medicine*

MRMI – *Medical Response to Major Incidents*

NVPS – *Non-verbal Pain Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de infeção

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCC - População, Conceito e Contexto

PCR - Paragem Cardio-respiratória

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

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PRU – *Physician Response Unit*

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UC – Unidade Curricular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIE – Unidade de Cuidados Intensivos Específica

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VNI - Ventilação Não Invasiva

VV – Via Verde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA	18
1.2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA	21
1.3. TEORIA DO CUIDADO CENTRADO NA PESSOA DE MC. CORMACK E MC. CANCE E MODELO CONCEPTUAL DA VULNERABILIDADE DE ROGERS	27
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	34
2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	36
2.1.1. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP)	37
2.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Específicos (UCIE) – Centro de Referência em Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO)	39
2.1.3. Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).....	41
2.1.4. Serviço de Urgência Polivalente e Unidade de Pré-Hospitalar - Hospital Central de Referência em Trauma na cidade de Londres	43
2.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM.....	45
2.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
APÊNDICES.....	73
Apêndice I: Scoping Review “Intervenções de Enfermagem na Abordagem a Vítimas de Trauma”	74
Apêndice II: Plano de sessão da Formação em Serviço: “Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) – Higiene das Mãos”	76
Apêndice III: PowerPoint da Formação em Serviço: “Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) – Higiene das Mãos”	78
Apêndice IV: Plano de sessão da Formação em Serviço: “Inimigos Invisíveis – Medidas de Isolamento”	88
Apêndice V: PowerPoint da Formação em Serviço: “Inimigos Invisíveis – Medidas de Isolamento”	90

Apêndice VI: Plano de sessão da Formação em Serviço: "Cateteres Venosos Periféricos no Serviço de Urgência Geral"	105
Apêndice VII: PowerPoint da Formação em Serviço: "Cateteres Venosos Periféricos no Serviço de Urgência Geral"	107
Apêndice VIII: Norma de Procedimento "Cuidados ao Cateter Venoso Periférico"	121
Apêndice IX: Póster "Abordagem à Pessoa em Situação Crítica na Sala de Emergência – Organização da Equipa"	127
Apêndice X: Póster "Intervenções de Enfermagem na Comunicação de Más Notícias à Família da Pessoa em Situação Crítica: Revisão Scoping"	129

ANEXOS 131

Anexo I: Certificado de Publicação da Scoping Review "Intervenções de Enfermagem na Abordagem a Vítimas de Trauma"	132
Anexo II: Certificado de Participação no Congresso Internacional de Emergência (2023)	134
Anexo III: Certificado de Participação no Seminário "Controlo de Hemorragia em Trauma" (2024)	136
Anexo IV: Certificado de Participação nas Jornadas de Medicina Intensiva da Península de Setúbal (2025)	138
Anexo V: Certificado de Formação Profissional – Suporte Avançado de Vida (2024)	140
Anexo VI: Certificado de Formação Profissional – Advanced Trauma Care for Nurses (2019)	142
Anexo VII: Certificado de Formação Profissional – Medical Response to Major Incidents (2024)	144

INTRODUÇÃO

"A enfermagem enquanto ciência pressupõe a aplicação de teoria, método e evidência científica. (...) Assim, o enfermeiro ao cuidar, olha a pessoa na sua singularidade e como um todo, e não só como alguém que possui uma doença ou um problema, (...) cuja recuperação implica o cuidado complexo e o domínio científico específico, não nos deve desviar do foco que é a Pessoa" (Costa e Gonçalves, 2021, p.63).

Cada vez mais os cuidados de Enfermagem representam maior exigência técnica e científica, assumindo nos Enfermeiros uma necessidade de diferenciação e especialização (Regulamento n.º 140/2019).

Com o intuito de obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCEPSC), através do desenvolvimento de um percurso de aquisição de competências académicas, técnicas e científicas, surge o presente relatório de estágio integrado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Opção I – Estágio e Relatório, inserido no plano de estudos do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz (ESSEM).

Este percurso foi sustentado através não só da experiência adquirida através do contexto profissional, num Serviço de Urgência Polivalente de um Hospital Central na Região de Lisboa e Vale do Tejo, mas também através do conhecimento e competências adquiridas e desenvolvidas em diferentes contextos de estágio. Os contextos de estágio decorreram numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), numa Unidade de Cuidados Intensivos Específica (UCIE), numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e num Serviço de Urgência Polivalente (SUP) de um Hospital descrito como Centro de referência em Trauma na cidade de Londres. Tiveram uma carga horária total e presencial de 360 horas, e decorreram entre 16 de setembro de 2024 e 31 de janeiro de 2025.

Com o objetivo fulcral centrado na prestação de cuidados de Enfermagem de excelência e com o melhor *outcome* possível para a Pessoa em Situação Crítica (PSC), sendo esta uma área de interesse, especificamente a PSC vítima de Trauma, desenvolveu-se o presente relatório de estágio com tema central incidente nas intervenções de Enfermagem Especializada na abordagem à PSC vítima de trauma.

Não esquecendo que a Pessoa alvo de cuidados, possui necessidades e preocupações inerentes especificamente à própria, o Enfermeiro encontra-se como facilitador de todo este processo. Neste sentido a prática baseada no cuidado centrado na pessoa, promove o respeito e rigor, bem como a benevolência e respeito pelas decisões dos outros, atuando-se sempre com fim a uma abordagem holística (McCormack, 2003). É neste sentido

importante ressaltar, que o termo “Pessoa” está indicado como um ser social com dignidade própria e direito à autodeterminação, que experiencia o seu processo de saúde de forma única (OE, 2015). Por ser um termo utilizado na área de Especialização que integra o Mestrado decorrente, consideramos pertinente referir o sujeito alvo de cuidados, com o termo indicado “Pessoa”.

Desta forma, a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica necessita também de ser baseada em competências intelectuais, uma vez que se demonstra como emocionalmente desafiadora. Através da experiência adquirida, o Enfermeiro irá reconhecer e antecipar decisões, aprofundando a teoria através do contacto com diferentes situações e experiências, adquirindo conhecimento e desenvolvendo competências (Benner, 2001).

O presente relatório foi elaborado com base numa metodologia descritiva, reflexiva e crítica das experiências vivenciadas ao longo do percurso formativo. Sendo evidenciados a aquisição, desenvolvimento e consolidação de conhecimentos e competências não só técnicas como científicas, alinhadas com: as seguintes competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, os objetivos do mestrado e com as competências inerentes ao Grau de Mestre definidas nos Descritores de Dublin.

Os Descritores de Dublin consignam cinco categorias, entre elas a detenção de conhecimentos e capacidades de compreensão, a aplicação dos conhecimentos e capacidade de compreensão e resolução de problemas, a capacidade para integrar conhecimentos lidando com situações complexas e emitindo tomadas de decisão, a capacidade para comunicar as suas conclusões e conhecimentos, e a aquisição de competências que permitam uma aprendizagem contínua e autónoma (Decreto-lei nº 74/2006).

Importa ainda salientar que conforme explanado e mencionado no artigo 45.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março (2006), relativamente à UC estágio do 1º ano, 2º semestre, foi proposta e concedida acreditação do mesmo, através da realização de um Portfólio de Competências. Este portfólio encontra-se previamente definido no regulamento de Creditação de Formação e Competências da Escola Superior de Saúde Egas Moniz (ESSEM) (Regulamento n.º 190/2019).

A experiência adquirida é uma das formas de gerar conhecimento (Benner, 2001). Toda a informação inerente ao percurso profissional, experiências vividas e as competências até já adquiridas e desenvolvidas durante a prática da profissão de Enfermagem ao longo de 8 anos dedicados em contexto de Serviço de Urgência Polivalente (SUP), encontram-se explanadas no documento supramencionado.

A vontade contínua em adquirir mais conhecimentos e competências no âmbito do cuidar da Pessoa em situação crítica assim como da sua Família, e ainda a vontade em ganhar competências no cuidar de forma holística, num contexto tão completo e desafiante como aquele experienciado diariamente, como um Serviço de Urgência Polivalente (SUP), foram o mote para ingressar neste percurso académico.

A temática que sustenta a elaboração deste relatório surge do interesse na área de trauma, nomeadamente através da experiência obtida no SUP. Esta é uma temática actual com envolvimento e repercussões diretas na qualidade da vida das pessoas, no contexto social e na economia, sendo considerada uma das principais causas de morte. O Trauma constitui um enorme desafio para os cuidados de emergência prestados à PSC e em contexto de catástrofe (Despacho n.º 8977/2017).

Assim, com base no objeto de estudo definido, direcionado para as intervenções de Enfermagem Especializada na Pessoa em Situação Crítica vítima de Trauma, definimos como objetivo para o presente relatório, refletir criticamente sobre o desenvolvimento de competências comuns do EE, das competências específicas do EEEMCEPSC e das competências inerentes ao Grau de Mestre definidas nos Descritores de Dublin, adquiridas ao longo do processo formativo.

A estruturação do nosso raciocínio em Enfermagem teve como alicerce a Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa de Mc. Cormack e Mc. Cance e o Modelo Conceptual da Vulnerabilidade de Rogers, que nos permitiu enquadrar e compreender o fenómeno em estudo. Consideramos que se torna fundamental, incluir a PSC num contexto de cuidados holísticos, sendo a intervenção do Enfermeiro basilar, e concordante com a filosofia proclamada em Enfermagem, o cuidar.

Desta forma, o presente relatório em termos estruturais encontra-se organizado em dois capítulos. Num primeiro capítulo encontra-se o Enquadramento teórico que se encontra dividido em 3 subcapítulos. Estes abordam a fisiopatologia da PSC vítima de Trauma e a etiologia do Trauma, seguidamente apresentamos as intervenções de Enfermagem na PSC vítima de Trauma através do conhecimento do “estado de arte” da temática em estudo obtidos pela elaboração de uma *Scoping Review* e posteriormente abordamos as teorias que guiaram todo o percurso académico, nomeadamente a Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa de Mc. Cormack e Mc. Cance e o Modelo Conceptual da Vulnerabilidade de Rogers, que se têm demonstrado serem fulcrais para a abordagem da PSC de forma holística.

No segundo capítulo, denominado “Análise crítica e reflexiva da aquisição e desenvolvimento de competências”, este permanece dividido em outros 3 subcapítulos. Estes correspondem inicialmente à descrição e análise critico-reflexiva dos diferentes contextos clínicos, caracterizando os diferentes campos de estágio, da equipa e da população a que prestam cuidados, seguidamente analisamos e refletimos sobre as

competências adquiridas tendo em concordância as competências comuns do EE e Mestre, e finalmente terminamos o último subcapítulo refletindo e analisando sobre as competências adquiridas tendo por base as competências específicas do EE e Mestre na área da PSC. Posteriormente a estes dois capítulos, seguem-se as Considerações finais com as reflexões inerentes ao desenvolvimento deste percurso, a Bibliografia consultada durante a elaboração deste relatório, seguido dos Apêndices e Anexos referenciados ao longo do mesmo.

O presente relatório foi redigido segundo o acordo ortográfico em vigor, conforme as normas do guia orientador para elaboração dos relatórios de estágio facultado pela Escola Superior de Saúde Egas Moniz, e em concordância com a norma de referências bibliográficas da *American Psychological Association* (APA) sétima edição. Importante referir que algumas referências bibliográficas e nomes de instituições onde se realizaram os contextos de estágio foram ocultadas propositadamente, por forma de garantir o anonimato das mesmas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os cuidados de saúde em todo o mundo são positivamente influenciados pelo crescimento da ciência e a facilidade no acesso à informação. Como Enfermeiros, é essencial compreender a importância no processo contínuo de utilização da evidência recolhida, implementando-a. Torna-se, portanto crucial estarmos informados para formular questões relevantes, aprimorar as nossas competências e colaborar de perto, garantindo que o investimento em investigação é aplicado da melhor forma (OE, 2012).

Assim, o Enfermeiro tem como compromisso a criação de um ambiente que favoreça a tomada de decisões e a prática baseada na evidência (PBE) (OE, 2012).

Durante a prática clínica, o Enfermeiro é exposto a diferentes métodos de abordagem, protocolos e referências, fornecendo-lhe competências de adaptação e de resposta perante novas situações (Benner et al., 2011).

O EEEMCEPSC, ao desenvolver uma prática baseada na mais recente evidência científica, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, promoverá desta forma o avanço no conhecimento (Regulamento nº429/2018). Com a utilização da prática baseada na evidência progride-se em direção a cuidados de excelência, alcançando-se um nível de perícia (Benner, 2001).

A Enfermagem enquanto ciência pressupõe a aplicação de teoria, método e de evidência científica, exigindo uma abordagem sistemática e metodológica, permitindo cuidar do outro em todas as suas dimensões. Ao cuidar, o Enfermeiro, olha para a pessoa na sua singularidade e como um todo (Costa & Gonçalves, 2021).

Com o objetivo fulcral centrado na prestação de cuidados de Enfermagem de excelência e com o melhor *outcome* possível para a Pessoa em Situação Crítica (PSC), a prática baseada no cuidado centrado na pessoa, promove o respeito e rigor, bem como a benevolência e respeito pelas decisões dos outros, atuando-se sempre com fim a uma abordagem holística (McCormack, 2003).

Conforme proferido por Carl Jung (1991) e descrito no início deste relatório, embora sejamos detentores de conhecimento teórico e técnico, ao se estabelecer contacto com a subjetividade de outro ser humano, é imprescindível que o profissional se aproxime com autenticidade, empatia e humanidade. Isto leva-nos a refletir sobre a essência da profissão de Enfermagem. E, tal como Bassett (2002) nos diz, o cuidar é parte integrante e indissociável da natureza de Enfermagem.

O Enquadramento Teórico encontra-se dividido em três subcapítulos, com base no tema em estudo. O primeiro aborda a Pessoa em Situação Crítica vítima de Trauma e no segundo descreve-se e reflete-se sobre as Intervenções de Enfermagem Especializada na PSC

vítima de Trauma. Seguidamente, no terceiro, aborda-se a “Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa” de McCormack e McCance e do “Modelo Conceptual da Vulnerabilidade” de Rogers, que alicerçaram o desenvolvimento do percurso formativo, fomentando o processo de análise e de reflexão ao interligá-las com o tema em estudo, e promovendo a aquisição de competências enquanto futura Mestre e Enfermeira Especialista (EE).

1.1. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA

A pessoa em situação crítica (PSC) é definida por aquela que tem a sua vida ameaçada. Esta ameaça pode traduzir-se pela falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais. A sua sobrevivência dependerá de meios de vigilância avançados, de monitorização e de terapêutica. A pessoa pode ser colocada em situação de perigo de vida ao ser exposta a situações de emergência, exceção e catástrofe (Regulamento nº 429/2018).

Quando existe um evento traumático com grande transferência de energia, como acidentes de trânsito, quedas, atropelamentos, ferimentos por armas de fogo, entre outras causas, estas provocam no indivíduo múltiplas lesões de grande gravidade, decorrendo desta situação o politraumatizado (Martiniano, 2020).

“Trauma” é uma palavra que deriva do grego e que significa “ferida”. Possui a curiosa característica de se manter a mesma em quase todos os idiomas do Ocidente. Especificamente no campo da Medicina designa lesões no organismo causadas por fatores externos (Rudge, 2009).

O trauma é definido como uma lesão nos tecidos e órgãos humanos, que advém da transferência de energia no meio. Esta transferência de energia que está para além do limite da tolerância do corpo, é causadora destas lesões. Estas traduzem-se a nível físico, emocional, podendo ter risco de vida inerente e levando a efeitos adversos na vida futura da PSC (Emergency Nurses Association [ENA], 2019).

Embora a palavra “trauma” possua inúmeros conceitos inerentes e indissociáveis a esta temática, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), na versão de 2019/2020, que possui 4475 termos, esta palavra apenas é designada como “processo patológico”.

Para a sociedade, o trauma é definido como uma situação desafiante com múltiplas implicações, tais como repercussões sociais e económicas. Deste modo é relevante que as sociedades se empenhem na melhoria das condições de prevenção, tratamento e seguimento das consequências do trauma, com especial destaque na perspetiva da saúde (Despacho n.º 8977/2017).

A PSC vítima de trauma, e concomitantemente a sua família, enfrentam a necessidade de reajustes significativos e adaptações na sua vida pessoal, social e emocional, de modo a lidarem com as mudanças impostas pela nova realidade (Howard & Steinmann, 2010).

No âmbito específico da saúde, o trauma manifesta-se como um desafio enorme para a medicina de emergência, para a medicina com foco na PSC e para a medicina de catástrofe (Despacho n.º 8977/2017). Sendo reconhecido como um dos problemas de saúde mais preocupantes a nível mundial, estima-se que o trauma provoca a morte de 5,8 milhões de pessoas por ano, assim como muitos dos sobreviventes ficam com sequelas que se traduzem em incapacidades permanentes (OMS, 2012).

É a maior causa de morte entre os 4 e os 44 anos de idade a nível mundial. Os acidentes rodoviários, acidentes de trabalho, lesões autoinfligidas e a violência interpessoal constituem as maiores etiologias do trauma (Gomes, et al., 2008). Em Portugal, a percentagem de mortes por acidentes, envenenamentos e violências tem vindo a aumentar nos últimos anos, atingindo o maior número em 2021 desde 2002, representando um total de 42,2% das mortes por 100 mil habitantes (Pordata, 2023). Só na União Europeia, em 2022, 20.640 pessoas morreram em acidentes rodoviários, com peões, ciclistas e motociclistas particularmente em risco, sendo o trauma a principal causa de morte, incapacidade e redução da qualidade de vida em todo o mundo (Tribunal de Contas Europeu, 2024).

A principal causa de morte evitável em vítimas de trauma está relacionada com os quadros de hemorragia pós-traumática e coagulopatia secundária. A rápida identificação de hemorragia massiva e coagulopatia, seguida de uma intervenção agressiva, são primordiais para a redução da mortalidade na PSC (INEM, 2023).

Considerando as altas taxas de incidência de eventos relacionados ao trauma, é necessário que os profissionais de saúde adotem uma abordagem organizada e sistematizada para a avaliação da PSC vítima de trauma, com o objetivo de fornecer os melhores cuidados possíveis (Marsden & Tuma, 2021).

Neste sentido, a American College of Surgeons – The Committee on Trauma (ACS-TCT) (2018), referem-nos que as mortes associadas a eventos traumáticos têm diferentes tipos de classificações, dependendo do momento em que ocorrem. Sendo definidas três categorias: mortes imediatas, mortes precoces e mortes tardias.

Relativamente às mortes imediatas, estas ocorrem entre os primeiros segundos e minutos após o incidente traumático. Devem-se essencialmente a causas irreversíveis e resultam, na grande maioria, por apneia secundária a lesão cerebral traumática grave, lesões medulares altas ou traumatismos com rutura cardíaca (American College of Surgeons –

The Committee on Trauma, 2018). Segundo Nasr et al. (2020), estas correspondem aproximadamente a 50% das mortes.

Quando falamos nas mortes precoces, identificamos aquelas que ocorrem entre os primeiros minutos até horas após o trauma. Estas estão muitas vezes relacionadas com perdas de sangue significativas, devido a hemorragias ou múltiplas lesões, nomeadamente em hematomas subdurais e epidurais, hemopneumotórax, rutura esplénica, lacerações hepáticas e fraturas pélvicas.

A “Golden hour” é um conceito fundamental introduzido quando estamos a falar de mortes precoces, que se deve compreender de forma a providenciar uma abordagem eficaz e rápida, assentando na perspetiva de uma reanimação adequada e com a identificação precoce de lesões. Este conceito surge com base na metodologia apresentada no Advanced Trauma Life Support (ATLS), sendo esta aplicada atualmente na maioria dos centros de trauma (American College of Surgeons – The Committee on Trauma, 2018). A aplicação deste conceito tem como objetivo aumentar a probabilidade de sobrevivência da PSC, baseando-se no conhecimento de que a mortalidade da vítima de trauma, aumenta significativamente se não forem prestados os cuidados necessários dentro da primeira hora decorrente após o incidente traumático (Nasr et al., 2020). Através do desenvolvimento de sistemas de rápida intervenção em trauma pode diminuir-se as mortes precoces, permitindo que as pessoas recebam tratamento adequado e imediato às suas necessidades (Pereira & Melo, 2019).

A última categoria, definida como as mortes tardias, correspondem aquelas que acontecem alguns dias ou semanas após o trauma. Estas resultam normalmente de complicações tardias, como complicações infecciosas e/ou falência multiorgânica (American College of Surgeons – The Committee on Trauma, 2018). A prevenção de mortes tardias na pessoa vítima de trauma também pode ser colmatada através de uma melhor compreensão da fisiopatologia na falência multiorgânica e da ocorrência de complicações posteriores como a incidência de intercorrências infecciosas e de métodos/protocolos preventivos (Pereira & Melo, 2019).

A primeira abordagem à PSC vítima de trauma, é muitas vezes fora de uma Unidade de Saúde, e neste sentido é prestada por equipas pré-hospitalares (INEM, 2023). Estas equipas pré-hospitalares devem ter consciência do seu limite de intervenção na estabilização e controlo de hemorragia traumática, pelo que o transporte da PSC para o centro de trauma mais adequado deverá ocorrer de forma rápida e célere, particularmente em situações de instabilidade hemodinâmica. Diminuindo-se assim, o intervalo de tempo entre o incidente traumático e as medidas hospitalares para controlo da hemorragia emergente (INEM, 2023).

Esta evolução nos cuidados de saúde extra-hospitalares, baseadas na evidência científica mais recente, veio mudar o paradigma de atuação, com uma abordagem cada vez mais direcionada para “scoop and run”, ao contrário do que era praticado anteriormente de “stay and play”, contribuindo para a diminuição da mortalidade inerente tanto às mortes imediatas como às mortes precoces (Gunst et al., 2010).

A existência de uma rede de trauma, com rápida abordagem, atuação e transporte, os avanços científicos e tecnológicos, e a abordagem multidisciplinar e especializada, desde os cuidados fornecidos pelas Equipas do Pré-Hospitalar, passando pelos Serviços de Urgência e colmatando nas Unidades de Cuidados Intensivos, tem um impacto positivo e significativo na prestação de cuidados direcionados e de qualidade, tendo como finalidade a diminuição da mortalidade e de sequelas na PSC vítima de trauma (James et al., 2018). Nestes contextos, o Enfermeiro torna-se essencial, pois este profissional de saúde desempenha funções que vão além de procedimento técnicos, envolvendo a Pessoa numa série de cuidados holísticos (Martiniano et al., 2020).

A formação contínua dos profissionais, contribui para a definição de estratégias e protocolos de atuação, e consequente redução da mortalidade (Pereira & Melo, 2019), garantindo-se assim, que é atingido o melhor outcome possível (Coimbra & Coimbra, 2020).

Esta permanente procura de formação especializada em Enfermagem torna-se fundamental para se prestarem cuidados adequados e de qualidade à PSC, vítima de trauma.

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

A PSC vítima de trauma, sustenta lesões ocultas difíceis de identificar, tendo o profissional de saúde que analisar potenciais padrões de lesão relacionados com a cinemática do acidente (Howard & Steinmann, 2010). Neste sentido, o trauma constitui-se como um desafio constante para o profissional de saúde (Coimbra & Coimbra, 2020). Tendo em conta este desafio, constata-se a necessidade de formação contínua e específica dos profissionais de saúde, na abordagem à PSC.

É importante que o Enfermeiro tenha capacidade e legitimidade para elaborar juízos clínicos e prever complicações, devendo adquirir competências, através não só, da experiência profissional, mas igualmente importante através de investigação. A prestação de cuidados de Enfermagem de forma autónoma e interdependente, principalmente em contextos de alta complexidade, só serão possíveis quando estes são detetores de competências

específicas e integradas dentro da equipa de intervenção de emergência (Coimbra & Coimbra, 2020).

A abordagem do Enfermeiro deverá ser acompanhada pelo conhecimento mais atualizado, obtido através da investigação da mais recente evidência científica, permitindo uma prática baseada na evidência.

No sentido de conhecermos o “estado de arte” da temática em estudo, elaboramos uma Scoping Review, com o objetivo de mapear na evidência científica quais são as intervenções de Enfermagem na abordagem à pessoa em situação crítica, vítima de trauma.

Foi utilizada a metodologia recomendada pelo Joanna Briggs Institute (2020), a fim de dar resposta à questão de investigação formulada de acordo com a mnemónica PCC: “Quais são as Intervenções da Enfermagem Especializada na abordagem à Pessoa em Situação Crítica, Vítima de Trauma?”, resultando num artigo científico (Apêndice I), publicado no Journal of Clinical Medicine, cujo certificado de publicação se encontra no Anexo I.

Da pesquisa efetuada, através do motor de pesquisa EBSCOhost e da base de dados PubMed, foram encontrados um total de 1454 artigos, e destes apenas 13 deram resposta aos critérios de inclusão definidos.

Para se proceder à análise dos dados foi utilizado um processo de categorização indutiva dentro das intervenções identificadas, de forma a poderem ser comparadas entre si (Braun et al., 2019). A informação recolhida foi agrupada em 6 categorias e dentro de cada uma destas foram nomeadas as intervenções relatadas nos artigos selecionados, de forma a dar resposta à questão de investigação definida. As categorias definidas foram: Triagem, Abordagem inicial, Abordagem secundária, Formação dos profissionais, Colaboração interdisciplinar e Manutenção de cuidados.

A triagem, representa um papel fundamental na abordagem à PSC vítima de trauma, uma vez que comprova ser o primeiro contato a nível hospitalar. É neste momento que se definem prioridades e circuitos na prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma. É um momento de grande incerteza e por isso é necessário que a equipa e meios de diagnóstico estejam preparados para a sua receção (Laskowski-Jones, 2006). Toda a informação prestada pela equipa pré-hospitalar é necessária para prever qual a cinética do acidente, tipo de lesões possíveis e para se planearem cuidados. (Laskowski-Jones, 2006; Stanford et al., 2016; Lattoni et al., 2022).

Neste momento, se possível, é fundamental preparar a equipa com auxílio a um briefing, como ferramenta de preparação das equipas, melhorar a colaboração e a comunicação entre todos os intervenientes (Lattoni et al., 2022). Neste primeiro contato, é efetuada a avaliação da pessoa vítima de trauma onde é considerada a observação objetiva, a

observação subjetiva (nomeadamente a avaliação de sinais vitais) e a avaliação neurológica sumária (incluindo avaliação do estado de consciência, défices motores e características pupilares) (Zhang et al., 2019). A forma mais comum de se efetuarem procedimentos de triagem é através da execução do sistema de Triagem de Manchester, que é considerada uma ferramenta eficaz na categorização de prioridades. Embora não consiga prever a evolução clínica da pessoa vítima de trauma, a triagem é usada para identificar quem tem maior probabilidade de ter sofrido uma lesão major provocada pelos mecanismos do traumatismo (Stanford et al., 2016).

A abordagem inicial, começa assim que é identificado que a pessoa vítima de trauma necessita de cuidados emergentes. São acionados protocolos de resposta rápida e encaminhado a pessoa para a sala de emergência de forma a receber cuidados diferenciados (Zang et al., 2019).

Nesta fase a abordagem inicial caracteriza-se pela abordagem CABCDE. Esta abordagem é específica para as pessoas vítimas de trauma, uma vez que no primeiro C (que se denomina por Catastrophic Haemorrhage) prioriza-se na sua identificação e resolução de hemorragia exsanguinante, reduzindo a mortalidade nesta tipologia de pessoas. Segue-se a avaliação da via aérea (A), da respiração (B), da circulação (C), a disfunção neurológica (D) e por fim a exposição corporal (E). Durante esta avaliação está implementada uma metodologia de identificação de um problema com a sua resolução imediata (Stanford et al., 2016).

Na avaliação da via aérea (A) o foco é garantir a sua permeabilidade. Assim sendo é preciso avaliar a presença de qualquer corpo estranho (sangue, conteúdo alimentar ou outro conteúdo externo ao organismo) que possa estar a comprometê-la (Bellino et al., 2020; Laskowski-Jones, 2006). Nesta fase se existir alteração do estado de consciência pode ser necessário utilizar-se um adjuvante da via aérea, por possível queda da língua com consequente obstrução desta. Estes adjuvantes podem ser um tubo orofaríngeo ou nasofaríngeo (este último se não existir trauma facial). Durante toda esta avaliação, se existir suspeita de trauma vertebro-medular, deve-se proceder à estabilização da coluna cervical em posição neutra ou com auxílio do colar cervical. (Laskowski-Jones, 2006; Zhang et al., 2019). Para a resolução desta fase pode ser ainda necessária a intervenção clínica através de medidas avançadas como a entubação traqueal ou da colocação de um dispositivo supraglótico (como a máscara laríngea) (Crossan & Cole, 2013; Laskowski-Jones, 2006).

Na avaliação da respiração (B) deve-se avaliar o padrão respiratório, a frequência respiratória, a sua amplitude de movimentos, a sua simetria e a saturação periférica de oxigénio. Nesta fase deve-se proceder à auscultação, percussão e presença de queixas álgicas assim como crepitação ou presença de enfisema pulmonar no tórax e pescoço, como forma de exclusão de pneumotórax (Laskowski-Jones, 2006; Zhang et al., 2019). Se

for diagnosticado um possível pneumotórax ou hemotórax nesta fase, pode ser necessário a colocação de um dreno torácico pela equipa médica, de forma a drenar-se este conteúdo e a prevenir complicações (Stewart, 2014). A equipa de Enfermagem deve assistir, dando apoio a estes procedimentos técnicos prestados pela equipa médica (Liu et al., 2019).

Na avaliação da circulação (C) é fundamental monitorizar-se hemodinamicamente a pessoa vítima de trauma, avaliando as características do ritmo cardíaco, a frequência cardíaca e a tensão arterial frequentemente (entre 5-15min ou consoante a necessidade) (Bellino et al., 2020; Laskowski-Jones, 2006; Zhang et al., 2019). Nesta fase é identificada e resolvida a hemorragia externa e é identificada e avaliada a presença de hemorragia interna, podendo esta última ser presumida através de dados sobre a cinemática do acidente e pela observação de alterações físicas. O Enfermeiro deve puncionar dois acessos venosos periféricos de grande calibre ou na sua impossibilidade estabelecer um acesso intraósseo (Bellino et al., 2020; Crossan & Cole, 2013; Laskowski-Jones, 2006; Zhang et al., 2019).

Se existir a necessidade de se administrar fluidoterapia esta deve de ser aquecida como prevenção de hipotermia (Laskowski-Jones, 2006). Deve ser ainda administrada terapêutica de suporte (Anderson & Watson, 2013). No momento da punção venosa, ou noutro momento que seja mais adequado, deve-se ainda proceder à colheita de sangue para realizar o estudo analítico (com hemograma completo, coagulação, marcadores cardíacos e outras análises pertinentes tendo em conta a situação) e para tipagem de grupo sanguíneo (Laskowski-Jones, 2006; Stewart, 2014). Um eletrocardiograma de doze derivações também deve ser realizado, como forma de excluir não só consequências isquémicas como também sinais de contusão cardíaca (Stewart, 2014). Neste momento torna-se também fulcral a intervenção da equipa de enfermagem na administração de terapêutica analgésica prescrita pela equipa médica, de forma a controlar-se a dor que é bastante evidente na pessoa vítima de trauma (Stanford et al., 2016).

Na avaliação da disfunção neurológica (D) deve-se proceder a avaliação do estado de consciência através da Escala Coma de Glasgow (Bellino et al., 2020; Laskowski-Jones, 2006; Stanford et al., 2016). Deve-se ainda avaliar a resposta ocular (nomeadamente os reflexos pupilares e as suas características como o tamanho, formato, simetria e resposta aos estímulos luminosos) e a resposta motora (identificando possíveis défices motores/sensitivos) (Laskowski-Jones, 2006).

No último ponto da abordagem inicial encontra-se a avaliação da Exposição (E). Nesta fase deve-se proceder a avaliação integral da superfície corporal da pessoa, removendo toda a sua roupa (principalmente se estiver molhada) e procurando por objetos estranhos. Após este procedimento é fundamental realizar-se controlo da temperatura de forma a prevenir-se a hipotermia. Assim, pode ser necessário a aplicação de mantas térmicas ou o aquecimento da sala (Laskowski-Jones, 2006).

Na abordagem secundária, procede-se à implementação de uma avaliação mais detalhada da pessoa vítima de trauma. Nesta fase são avaliadas todas as lesões da pessoa e não só as que possuem risco de vida para esta. É recomendado fazer-se uma avaliação céfalo-caudal, onde se examinará contusões, lacerações, deformidades e edemas durante o exame objetivo, e nunca descorando as queixas álgicas apresentadas pela pessoa (Anderson & Watson, 2013; Laskowski-Jones, 2006; Zhang et al., 2019).

Representa ainda significativa importância o conhecimento da tríade letal, que é um termo que descreve a descompensação de uma pessoa que tenha a presença de algum tipo de hemorragia significativa, resultando em 3 fatores: hipotermia, coagulopatia e acidose. Esta tríade representa um aumento substancial na resposta inflamatória e consequentemente um grande aumento das taxas de mortalidade. Com o seu conhecimento aumentamos a probabilidade de recuperação da pessoa em situação crítica (Crossan & Cole, 2013).

Deve-se proceder a execução de todas as intervenções necessárias de forma a colmatar possíveis complicações ou sequelas (Anderson & Watson, 2013). Após o exame objetivo, é importante recolher-se todas as informações clínicas acerca de pessoa, através da mnemónica AMPLE, de forma a permitir reconhecer alergias (A), medicação habitual (M), antecedentes clínicos (P), última refeição (L) e eventos relacionados com o trauma (E) (Laskowski-Jones, 2006; Zhang et al., 2019).

De forma a concluir esta etapa, prossegue-se ainda a execução de exames complementares de diagnóstico, providencia-se cuidados definitivos e encaminha-se a pessoa até uma unidade de cuidados diferenciados, onde esta irá continuar a receber os cuidados necessários à sua situação clínica (Laskowski-Jones, 2006; Liu et al., 2019).

Na formação dos profissionais, contata-se que, dado o elevado grau de necessidade de cuidados prestados à pessoa vítima de trauma, torna-se relevante que os profissionais mantenham regularmente a presença em formações na área. A realização de simulações sobre trauma é recomendada, levando à aquisição de mais conhecimentos, mais confiança e consequentemente de mais competências aquando da abordagem à pessoa vítima de trauma (Bellino et al., 2020; Stanford et al., 2016).

Estas formações representam uma oportunidade para se desenvolverem competências na aquisição de intervenções de enfermagem avançadas e como forma de educação dos pares, promovendo ações de enfermagem no trauma dirigidas e mais eficazes (Kim & Roh, 2024). O conhecimento conquistado através destas formações, nomeadamente pelo conhecimento do Injury Severy Score (ISS), providência aos enfermeiros capacidades para determinar o grau de lesão sofrida no decorrer do trauma e agir em conformidade (Stanford et al., 2016).

É também função da enfermagem assegurar que se mantém contato com a comunidade fornecendo-se ensinamentos para a saúde e melhorando os possíveis *outcomes* (Liu et al., 2019). Constata-se que a colaboração interdisciplinar é indissociável da prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma, sendo a comunicação o elemento de ligação fundamental entre todos os grupos profissionais, promovendo a melhoria dos cuidados e fomentando o trabalho em equipa (Bellino et al., 2020; Lattoni et al., 2022; Liu et al., 2019; Trecossi et al., 2018; Zhang et al., 2019).

Deve definir-se os papéis que cada um assume na abordagem à PSC, nomeadamente quem é o *team leader*, de forma a existir uma cooperação adequada entre todos os intervenientes (Lattoni et al., 2022). Esta coordenação e o pensamento rápido e integrado com os vários grupos profissionais, apresenta grande importância na prestação de cuidados à pessoa de forma holística (Stanford et al., 2016; Kim & Roh, 2024). Os cuidados prestados não devem de ter apenas enfoque na parte física, mas devem ainda colmatar as necessidades psicológicas desta (Stanford et al., 2016). O apoio à família da pessoa vítima de trauma, também deve se ser fornecido com colaboração de vários grupos profissionais, nomeadamente enfermeiros, médicos e psicólogos (Zhang et al., 2019).

Na manutenção de cuidados, estão incluídas as intervenções de Enfermagem que nos permitem prevenir complicações. Entre estas encontramos as complicações psicológicas, uma vez que a pessoa exposta a este tipo de lesões sofreu um acidente bastante traumático, que pode ter implicações para o resto da sua vida. Outras das complicações que podem existir são relacionadas com infeções (Zang et al., 2019).

Perante o exposto torna-se essencial que o Enfermeiro oriente a sua prática aos cuidados de manutenção da integridade da pele, posicionamentos no leito, prevenção de pontos de pressão, assistência no autocuidado higiene e da higiene oral, assegure movimentos seguros de forma a prevenir complicações circulatórias e que providencie assistência na mobilidade restrita da pessoa vítima de trauma (Ferreira, 2022).

Numa fase posterior na recuperação da pessoa vítima de trauma, é importante que o Enfermeiro forneça ainda cuidados direcionados para a organização e assistência da alternância de decúbitos, promova a conservação de energia da pessoa, vigie a presença da eliminação intestinal e vesical (tendo em conta a sua baixa mobilidade), restrinja os movimentos da pessoa aos essenciais para diminuir o risco de sequelas, assegure cuidados nutricionais adequados e providencie o seu conforto no leito (Ferreira et al., 2023).

Embora todas estas intervenções estejam descritas de forma organizada, por categorias e de forma sequencial, é de destacar que podem ser executadas de forma simultânea.

Através desta revisão, efetuou-se o mapeamento da literatura, constatando-se a importância das intervenções de Enfermagem na abordagem à PSC, vítima de Trauma,

permitindo ao profissional ser altamente competente, agindo em conformidade com as necessidades da PSC e prevenindo complicações.

1.3. TEORIA DO CUIDADO CENTRADO NA PESSOA DE MC. CORMACK E MC. CANCE E MODELO CONCEPTUAL DA VULNERABILIDADE DE ROGERS

Nos contextos de estágio e na elaboração deste relatório, alicerçamos o nosso percurso na Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa de Mc. Cormack e Mc. Cance e no Modelo Conceptual da Vulnerabilidade de Rogers.

Dada a complexidade inerente à situação clínica da PSC, a vulnerabilidade desta é incontestável, visto que o curso da progressão da lesão sofrida é imprevisível. Estas pessoas encontram-se fisiologicamente em estado instável e estão em grande risco de adquirirem sequelas (Gomes et al., 2008). Assim sendo, podemos afirmar que a vulnerabilidade, na PSC, vítima de Trauma é evidente.

A vulnerabilidade, é uma palavra de origem latina "*vulnerare*" e que significa ferida (Neves, 2006). Esta transmite-nos a ideia de algo que é suscetível a lesões, propenso a sofrer danos, algo capaz de ser fisicamente ou psicologicamente alvo de ferimentos, associando a vulnerabilidade à falta de proteção, exposição, indefesa e sensibilidade (Purdy, 2004).

Quando as situações de vida saem do controle da própria pessoa com ameaça à sua saúde, provocando um desequilíbrio entre a exposição ao risco e a sua capacidade de autoproteção, emerge então a sua condição de vulnerabilidade, como definido desde cedo por Copp (1986).

As capacidades individuais da pessoa que possui um corpo lesado ou doente irão estar diminuídas e quanto mais grave for a sua situação clínica menor irá ser a sua capacidade de se proteger de eventuais sequelas. Desta forma, embora a vulnerabilidade esteja aumentada na pessoa, a forma como esta reage à sua situação de doença é que confere subjetividade à vulnerabilidade, sobretudo em caso de dependência extrema como no caso da PSC vítima de trauma, uma vez que carece de terceiros para a satisfação das suas necessidades humanas básicas e de suporte tecnológico como fim de aumentar as suas hipóteses de sobrevivência (Gjengedal et al., 2013).

Rogers (1997), através do desenvolvimento do modelo conceptual da vulnerabilidade, esclarece-nos que a vulnerabilidade humana estabelece uma correlação entre o ambiente de suporte envolvente e os recursos pessoais pré-existentes. Diz-nos que uma pessoa vulnerável tem maior risco de desenvolver problemas de saúde, e por outro lado o

Enfermeiro tem como competência a identificação das forças e fragilidades de cada uma das pessoas que se encontram em situações de vulnerabilidade.

Durante a prestação de cuidados à PSC vítima de trauma, concedida pelos Enfermeiros, é importante que se perceba o valor dos conceitos de dependência e de vulnerabilidade, uma vez que se apresentam constantemente associados. A dependência confere vulnerabilidade à PSC, e as intervenções de enfermagem podem colmatar a vulnerabilidade sentida por cada uma destas pessoas em situação crítica, podendo evitar que certo episódio se torne traumático e levando à possibilidade que esta se torne uma oportunidade de desenvolvimento pessoal quando estiver ultrapassada a situação (Gjengedal et al., 2013).

Os recursos pessoais de cada pessoa interagem com o ambiente circundante e influenciam a sua saúde, podendo estes serem adquiridos ao longo da sua vida ou serem inatos ao próprio. Por outro lado, o ambiente também condiciona o estado de saúde da pessoa podendo promovê-la ou deteriorá-la, incluindo não só as condições ambientais, mas também a comunidade e família onde esta estará inserida. O Enfermeiro, de forma a prestar cuidados holísticos à PSC, necessita de ter consciência das barreiras que irá encontrar aos cuidados de saúde e por sua vez qual o nível de vulnerabilidade presente em cada pessoa. A identificação das fragilidades inerentes a cada um, irá capacitar e reforçar os cuidados prestados (Rogers, 1997). Nas pessoas vítimas de trauma em situação crítica, a intervenção junto destas deve ser rápida devido à probabilidade de falência multiorgânica evidente (Baumgarten & Poulsen, 2015).

O medo do desconhecido, a falta de informação fornecida, a ausência do controle sobre a situação que está a ser vivida, a incapacidade de cuidar de si próprio, a dor, o compromisso da satisfação das suas necessidades e a iminência da finitude da sua vida levam a que a PSC vítima de trauma vivencie uma situação de fragilidade e consequentemente de vulnerabilidade (McKinley et al., 2002).

Os sentimentos de vulnerabilidade traduzem-se em stress, preocupação, medo, ansiedade, insegurança, desconforto e solidão. A presença da família ou elementos de maior proximidade à PSC, assumem um papel fundamental de suporte e conforto, humanizando os cuidados e dignificando-os, uma vez que as suas necessidades serão melhor entendidas e os processos de comunicação estarão mais facilitados (Baumgarten & Poulsen, 2015).

A PSC vítima de trauma exige cuidados específicos, contínuos e especializados. O Enfermeiro possui competências, entre elas a identificação das forças e fragilidades, presentes em cada uma destas pessoas que se encontram em situações de vulnerabilidade. Neste sentido é necessário que o Enfermeiro desenvolva competências específicas nesta área de atuação.

Os cuidados de Enfermagem neste contexto são altamente qualificados e prestados de forma contínua permitindo manter as funções básicas da vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades com vista à recuperação total da pessoa. Estes cuidados exigem observação, colheita e procura contínua de dados, exigem a prevenção e deteção precoce de complicações, assegurando intervenções de Enfermagem precisas, concretas e eficientes.

Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência específica do Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem à PSC. Assim como a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi vítimas da conceção à ação e a prevenção e controlo de infeção 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 (Regulamento nº 429/2018).

A Enfermagem promove cuidados de carater complexo, não se centrando somente nos dados biomédicos. Estes contemplam todo o estado biopsicossocial da pessoa onde a prestação de cuidados holísticos e humanização são fundamentais para o processo de recuperação (Martiniano et al., 2020).

Estes cuidados à pessoa vítima de trauma podem ser experienciados através da manutenção da pele, do controle da mobilidade física e do controlo da dor, sendo neste sentido importante que o Enfermeiro seja uma presença contínua, esteja apto para identificar todos os problemas existentes e tenha a capacidade de intervir de forma adequada durante todo o processo de recuperação (Martiniano et al., 2020).

Sendo uma presença essencial nos serviços de saúde, os Enfermeiros asseguram um papel fundamental na abordagem à vítima de trauma. A Disciplina de Enfermagem em Trauma define nas suas competências que os Enfermeiros assegurem um *continuum* de cuidados, isto é, desde a primeira abordagem à PSC até a fase de ressuscitação aguda, imediata e pós-aguda. Os Enfermeiros em trauma deverão ainda integrar nos seus cuidados uma relação de ajuda para promover a saúde e a recuperação da pessoa (Emergency Nurses Assotiation, 2019).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001), na designação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, determina-se que o exercício profissional do Enfermeiro se centre na relação interpessoal com a pessoa e família, procurando fornecer cuidados de Enfermagem que previnam a doença e promovam processos de adaptação. Este tem o objetivo de satisfazer as necessidades humanas básicas fundamentais da pessoa que possam estar comprometidas. É ainda reconhecido como expectável que o Enfermeiro implemente intervenções que contribuam para a resolução dos problemas identificados, mantendo o rigor técnico e científico.

O cuidar é parte integrante da natureza da Enfermagem, sendo descrito como a essência da profissão (Bassett, 2002). Os cuidados holísticos, colaborativos e abrangentes, com foco na pessoa, pertencem a um apelo da Organização Mundial de Saúde (2015) para uma mudança fundamental do paradigma dos cuidados.

Estes cuidados devem conscientemente adotar as perspectivas da pessoa, famílias e comunidades, vendo-os como participantes e respondendo às suas necessidades e preferências, organizando os cuidados em torno das necessidades e expectativas da própria pessoa e não em torno apenas da sua condição de doença (OMS, 2015).

A prática baseada na Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa exige a identificação dos valores da pessoa, da especificidade da situação e do ambiente dos cuidados. Esta teoria promove o respeito e rigor, bem como a benevolência e respeito pelas decisões dos outros, atuando-se sempre com fim a uma abordagem holística. O resultado desta abordagem será uma relação terapêutica construída na confiança mútua, compreensão e partilha de conhecimento (McCormack, 2003).

Nesta teoria, reconhece-se que o Enfermeiro na equipa de saúde, deve assumir uma posição de colaboração, contruir relações terapêuticas baseadas na compreensão e confiança, advogar pela pessoa, assegurar a continuidade dos cuidados e acompanhar as suas experiências vividas (McCormack & McCance, 2017).

Os autores supracitados referem a existência de pré-requisitos para a implementação do modelo do cuidado centrado na pessoa, entre eles a competência profissional do prestador dos cuidados, o desenvolvimento das capacidades interpessoais, o compromisso com o trabalho, a clareza sobre crenças e valores e ainda o autoconhecimento.

Referem-nos que no ambiente de cuidados devem existir sistemas de suporte organizacional, partilha de poder, diversidade de competências da equipa, sistemas de tomada de decisão partilhada e o próprio ambiente físico, de forma a que se estabeleçam relações colaborativas entre profissionais, relações terapêuticas equilibradas, privacidade e sensação de segurança, ambiente favorável à comunicação e liberdade para se intervir de forma a responder às necessidades da pessoa, sendo estas características favoráveis à prática do modelo do cuidado centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2017).

Relativamente ao processo de cuidados, os profissionais de saúde devem evolver-se autenticamente, trabalhando com as crenças e valores da pessoa, devem ter uma presença simpática, fornecer uma tomada de decisão partilhada e providenciar cuidados holísticos. Prestando assim, cuidados em que se conhece a pessoa, envolve a família, fornece-se informação, promove-se momentos de escuta, valoriza-se a autonomia e estabelece-se relações terapêuticas (McCormack & McCance, 2017).

Os resultados que se procuram pela aplicação da teoria do cuidado centrado na pessoa, centram-se numa cultura de cuidados que estimula o foco na pessoa e o desenvolvimento de todos ao seu redor. Tentando alcançar a satisfação da pessoa cuidada, da sua família e dos profissionais, o crescimento individual e coletivo, uma experiência de cuidados positiva e uma maior eficácia das intervenções realizadas com maior adesão aos tratamentos (McCormack & McCance, 2017).

Apesar dos avanços significativos nos cuidados centrados na pessoa e da aplicação do cuidado holístico, estes são cuidados irregulares, e desta forma a pessoa experimenta momentos centrados na pessoa em vez de cuidados globalmente centrados na pessoa (McCormack, 2019).

A Figura 1, exemplifica o modelo da Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa, como descrito nos parágrafos anteriores.

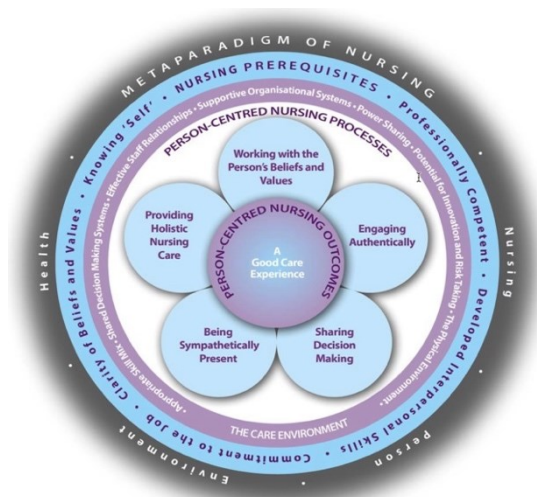


Figura 1: "The Person-centred Nursing Framework" (McCormack & McCance, 2019)

O cuidado à PSC, nomeadamente à vítima de trauma, não se resume apenas à estabilização hemodinâmica, às técnicas e à execução de procedimento complexos. À luz da teoria do cuidado centrado na pessoa, tem de existir um equilíbrio entre a procura pela estabilização da sua situação clínica, pela sua instabilidade de cuidados, com a permissão da própria pessoa na capacidade de participar nos cuidados e tomada de decisão, humanizando todo o processo dos cuidados prestados (McCormack, 2019).

O grande fluxo de PSC, nomeadamente vítimas de trauma, em sala de emergência (SE) requerem que o Enfermeiro promova uma atuação eficaz e eficiente. Esta especificidade é complexa uma vez que existe um curto espaço de tempo para assistir a pessoa tendo em conta o seu risco iminente de morte. Esta realidade é um desafio à forma humana de intervenção do Enfermeiro e da sua equipa. Por se tratar de uma situação com múltiplos focos, as intervenções prestadas à PSC vítima de trauma na SE, advêm de profissionais que possuam conhecimentos técnicos e científicos muito específicos baseados em evidência científica, o que leva a muitas vezes, numa visão fragmentada da pessoa e com

sobrevalorização da técnica numa fase inicial dos cuidados descurando-se a humanização dos cuidados (Montezeli, et al., 2009).

King (1981), como pioneira no desenvolvimento das teorias em Enfermagem, revela que embora estes primeiros momentos de atuação signifiquem a fronteira entre a vida e a morte, é função do enfermeiro assegurar um atendimento humanizado em todos os níveis. A abordagem do Enfermeiro na humanização dos cuidados no atendimento inicial à PSC vítima de trauma, comporta o equilíbrio entre a pessoa que carece destes cuidados, o foco da situação clínica, a relação entre toda a equipa e a tecnologia envolvente (Montezeli, et al., 2009).

Kennedy (2017), refere-nos que os Enfermeiros durante a prática da sua profissão nos serviços de urgência, nomeadamente nas salas de emergência lidam frequentemente com a imprevisibilidade. Nestes contextos, em que se lida constantemente com a PSC designadamente na abordagem à vítima de trauma, de forma a promover-se uma atuação sustentada nos princípios dos cuidados centrados na pessoa, os Enfermeiros para além de necessitarem de deter capacidades adquiridas pela sua experiência profissional, têm de ser dotados de grande capacidade de resiliência (Kennedy, 2017).

No entanto podemos afirmar que, para existir uma mudança de práticas na atuação dos Enfermeiros, de forma a atingirem uma prática de cuidados centrados na pessoa, estas são interpeladas por desafios e barreiras. Entre estas podemos identificar a falta de compreensão dos profissionais do que é necessário para alcançar o cuidado centrado na pessoa, barreiras organizacionais, barreiras individuais e barreiras interdisciplinares (Kiwanuka, 2019).

Como forma de contornar estes desafios identificados, Pham (2011) sugere-nos, que se promova uma comunicação eficaz garantindo que a pessoa compreenda o que é transmitido, mantendo-se sempre informada da sua situação clínica, nomeadamente sobre possíveis planos de tratamento, existindo envolvimento da pessoa na tomada de decisão sobre a sua saúde, e não menos importante, que se promova comunicação e coordenação multiprofissional entre todos os profissionais promotores de cuidados à PSC de forma a adequar-se e individualizar-se, ao máximo e dentro do possível, todos os cuidados prestados.

A tomada de decisão partilhada, é um processo colaborativo entre a pessoa e o profissional de saúde, onde se toma decisões sobre quais os cuidados de saúde a proporcionar. Estes cuidados de saúde irão ter em consideração, não só a melhor evidência científica, mas também as preferências e valores da pessoa, sendo estes apontados como a melhor forma de promover cuidados individualizados e direcionados. Hess (2015) aponta-nos ainda que, embora a atuação na PSC seja caótica e de passo acelerado, mais de 50% das pessoas a quem são prestados os cuidados de saúde possuem capacidades para intervir na tomada

de decisão sobre quais os seus cuidados a acolher, promovendo a sua autonomia e o empoderamento.

As intervenções e estratégias para o desenvolvimento da prática da teoria do cuidado centrado na pessoa passam pela adoção de uma definição consensual do cuidado centrado na pessoa, a identificação das políticas e procedimentos de organização que apoiam e incorporam a centralização na pessoa, o desenvolvimento de projetos de melhoria da qualidade para implementar estratégias de mudança no sentido do cuidado centrado na pessoa adaptadas ao contexto, a adaptação de forma flexível de procedimentos, estratégias de comunicação, rotinas e ambientes de cuidados para responder às necessidades individuais de cada pessoa. É ainda identificado, o envolvimento da família no processo de cuidados e na tomada de decisão, o incentivo e o apoio na tomada de decisão compartilhada em equipa multidisciplinar, e a disponibilização da evidência sobre os ganhos em saúde associados à prestação de cuidados centrados na pessoa, tanto para a pessoa em situação crítica como para os próprios profissionais de saúde (McCormack, 2021).

Assim sendo, na abordagem da PSC vítima de trauma em sala de emergência, o Enfermeiro possui em todas as suas interações com a pessoa uma oportunidade para fazer a diferença e se dirigir cada vez mais para uma prestação de cuidados holísticos, centrados na pessoa.

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

De forma a maximizar o aproveitamento do presente capítulo, considera-se pertinente compreendermos o significado do termo “competência”.

O conceito de competência não é exclusivo da contemporaneidade. Possui diversas origens etimológicas, incluindo o grego antigo, o latim, o inglês, o francês, entre outras. Na Grécia Antiga, por exemplo, era descrito como “posse de suficientes meios de subsistência; qualidade ou estado de ser competente; posse de capacidades ou qualidades necessárias ou adequadas, de qualificação jurídica e da disponibilidade e capacidade para proceder ou evoluir de uma determinada forma” (Mulder, 2007, p. 6). Em latim, destacam-se dois termos: “*competens*”, que transmite a ideia de algo capaz, e “*competentia*”, com o significado de capacidade e autorização. Apesar da diversidade de significados e origens, estes convergem para noções como capacidade, qualificação, acreditação e autoridade. Em contexto profissional, o conceito relaciona-se essencialmente com a capacidade de aplicar diversos conhecimentos (Mulder, 2007).

A compreensão aprofundada do conceito de competência, justifica o investimento contínuo dos Enfermeiros, enquanto estratégia essencial para alcançar uma prática de cuidados de excelência.

O Enfermeiro Especialista é caracterizado como um profissional detentor de competências comuns e específicas, fundamentadas nos conhecimentos adquiridos, nas capacidades desenvolvidas e nas habilidades demonstradas (Regulamento n.º 140/2019).

Este capítulo propõe-se a refletir e analisar criticamente a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), bem como das competências específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC). Estas competências foram adquiridas e desenvolvidas no âmbito dos contextos clínicos, inseridos na Unidade Curricular (UC): Estágio e Relatório. Os estágios decorreram numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), num Serviço de Urgência Polivalente (SUP) de um hospital classificado como Centro de Referência em Trauma localizado na cidade de Londres, numa Unidade de Cuidados Intensivos Específica e numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP). A carga horária total e presencial foi de 360 horas, tendo decorrido entre 16 de setembro de 2024 e 31 de janeiro de 2025.

Através da aprendizagem experiencial, emergem profissionais dotados de perícia, capazes de identificar e focalizar-se nos elementos mais relevantes de uma situação, potenciando a aquisição de competências (Benner, 2001).

Benner (2001), com base no Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, desenvolveu o Modelo de Aquisição de Competências em Enfermagem. Este modelo evidencia que o desenvolvimento de competências não depende exclusivamente da experiência académica, mas também da experiência profissional e da reflexão sistemática. A autora descreve cinco níveis de desenvolvimento de competência do Enfermeiro, sendo estes: Estado 1 – Iniciado; Estado 2 – Iniciado Avançado; Estado 3 – Competente; Estado 4 – Proficiente; Estado 5 – Perito.

Nesta perspetiva, o Enfermeiro Especialista é aquele que detém e aplica competências de natureza científica, técnica e humana, evidenciando capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão, prestando cuidados de Enfermagem especializados (Regulamento n.º 140/2019).

O presente relatório tem como finalidade a obtenção do título de Enfermeiro Especialista, bem como a atribuição do grau académico de Mestre em Enfermagem. As competências inerentes a este grau estão definidas no Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, nomeadamente no artigo 15.º do capítulo III, que regula o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior, em consonância com os princípios do Processo de Bolonha. Assim, define-se que:

"1 — O grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;*
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;**
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;*
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;*
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;*
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.*

2 — O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização.” (Decreto-Lei nº74/2006, p.2246).

O presente capítulo encontra-se estruturado em três subcapítulos. No primeiro, procede-se à caracterização dos contextos de estágio realizados. No segundo, serão abordadas e refletidas as competências comuns do EE e Mestre em Enfermagem desenvolvidas. Por fim, no terceiro subcapítulo, serão analisadas as competências específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à PSC.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Tendo em consideração o plano de estudos definido para a concretização do presente Mestrado e Especialidade, este contempla a elaboração de estágios em duas Unidades Curriculares (UC), uma pertencente ao 1.º ano, 2.º semestre e a segunda pertencente ao 2.º ano, 1.º semestre.

Relativamente à UC de Estágio do 1.º ano, 2.º semestre, foi requerida e aprovada a sua creditação através da elaboração de um Portefólio de Competências, conforme estipulado no Regulamento de Creditação de Formação e Competências da Escola Superior de Saúde Egas Moniz (ESSEM) (Regulamento n.º 190/2019), em concordância com o disposto no artigo 45.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março.

O referido portefólio foi construído contendo toda a informação do percurso profissional, das experiências vivenciadas e das competências já adquiridas e desenvolvidas ao longo de oito anos de exercício profissional em contexto de Serviço de Urgência Polivalente (SUP). Este documento inclui todos os comprovativos da informação apresentada, constituindo-se, simultaneamente, como um exercício reflexivo sobre as opções profissionais e académicas realizadas, e expressando uma vontade contínua de aprofundamento de conhecimentos e competências no âmbito da prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC) e respetiva Família. É igualmente evidenciada a intenção de desenvolver competências que promovam um cuidar holístico, num contexto particularmente exigente e desafiante como é o SUP.

Após a conclusão da Licenciatura em Enfermagem, o foco sempre recaiu na prestação de cuidados à PSC. Contudo, à data, as oportunidades de escolha e colocação profissional eram limitadas. Assim, o início do percurso profissional deu-se num Lar Residencial para pessoas idosas e/ou com algum tipo de deficiência física e/ou mental, tendo-se seguido um período de atividade num Serviço de Medicina Interna de um Hospital Central. Apesar da diversidade inicial de contextos, manteve-se o objetivo de integrar uma área mais especializada, que permitisse a consolidação e o aprofundamento de competências na área de interesse. Surgiu, então, a oportunidade de integrar um SUP, iniciando-se esta

experiência profissional em janeiro de 2017, até a atualidade. Desde então, têm sido exercidas funções como Enfermeira Generalista, prestando cuidados de Enfermagem à PSC e Família, com atuação em áreas de ambulatório e observação, abrangendo múltiplos balcões de especialidade, nomeadamente Medicina Interna, Especialidades Cirúrgicas, entre outras, designadamente especialidades de Ortopedia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Urologia, Neurocirurgia, Neurologia, Cardiologia, Psiquiatria, bem como o apoio a procedimentos realizados em Sala de Pequena Cirurgia. Paralelamente, ao longo destes anos de prática clínica, foram frequentados diversos cursos de formação profissional, com especial enfoque em temáticas relevantes para os cuidados à Pessoa em Situação Crítica, contribuindo para o enriquecimento do percurso formativo e técnico-científico.

No que diz respeito à UC de Estágio do 1.º semestre do 2.º ano, esta foi cumprida em regime presencial, totalizando 360 horas. A seleção dos contextos de estágio foi orientada pela intenção de potenciar a aquisição e o desenvolvimento de um vasto leque de competências específicas na área da PSC. Tendo em conta que o principal interesse incide sobre a prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica vítima de trauma, esse fator foi igualmente considerado na definição dos locais de estágio. Assim, foram selecionados os seguintes contextos: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Unidade de Cuidados Intensivos Específica, ambas integradas numa Unidade Local de Saúde de um Hospital Central da Região de Lisboa e Vale do Tejo; Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de uma Unidade Local de Saúde pertencente a um Hospital Central da Região de Lisboa e Vale do Tejo; e um Serviço de Urgência Polivalente e Unidade de Cuidados Pré-Hospitalares de um Hospital Central de Referência em Trauma, localizado na cidade de Londres.

Nos pontos seguintes, proceder-se-á à caracterização detalhada de cada um dos contextos de estágio, com o objetivo de os compreender em profundidade e estabelecer a respetiva relação com as diversas competências adquiridas ao longo deste percurso formativo.

2.1.1. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP)

Uma Unidade de cuidados intensivos é um *"espaço em que se concentram os meios humanos e técnicos necessários à monitorização e tratamento dos doentes com falência de órgão eminente ou estabelecida, potencialmente reversível"* (Ministério da Saúde, 2013, p. 61). Desta forma, as UCI, estão inseridas numa estrutura hospitalar complexa, com capacidade para monitorização e vigilância da PSC, contínua e durante vinte e quatro horas. O objetivo destas unidades é suportar, prevenir e reverter falências orgânicas com implicações vitais (Parecer nº 15/2018).

Representam contextos de aprendizagem facultosos pela diversidade de situações a que dão resposta e pela complexidade de cuidados que prestam. Concomitantemente são lugares, onde se implementam novas tecnologias e protocolos de intervenção complexos.

Exige neste sentido, que o enfermeiro possua a capacidade de tomadas de decisão imediatas, que mobilize competências e conhecimentos baseando a sua prática em evidência científica (Pinho, 2020).

Como necessidade de alicerçar, as competências adquiridas na área da PSC a um local de estágio complexo e com múltiplas e diversificadas oportunidades de aprendizagem, as UCI são ideias para as aprofundar, desenvolver e consolidar. Optamos por escolher como local de estágio uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) integrado numa Unidade Local de Saúde de um Hospital Central da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

A UCIP escolhida como contexto de estágio, possui a capacidade para vinte unidades de internamento de nível III. Todas equipadas com monitor, ventilador, seringas e bombas infusoras. Outro material técnico necessário, como por exemplo, dispositivos para se iniciar técnica de substituição renal, encontram-se condicionados em sala própria. Através de um sistema de telemetria, todos os monitores das unidades de internamento, passam os seus dados para um monitor, tanto na sala de enfermagem como para a sala dos médicos. Dentro destas vinte unidades, duas destas estão inseridas em quartos individuais que tem a possibilidade para servirem como quartos de isolamento com pressão negativa. Possuem adicionalmente, uma sala específica com 2 camas onde se realizam todas as sessões de Hemodiálise urgentes e emergentes e uma sala para realização de pequenos procedimentos, como por exemplo para colocação de pacemaker provisório, que dão apoio aos restantes serviços do Hospital.

A equipa de enfermagem é composta por cerca de sessenta e seis enfermeiros, sendo que seis pertencem à coordenação do serviço em horário fixo, a desempenharem funções de gestão de recursos humanos e materiais, coordenando grupos de auditoria e de qualidade dos cuidados. Os restantes enfermeiros encontram-se divididos em quatro equipas em que cada uma é constituída por cerca de 15 elementos. Um destes é o chefe de equipa e não presta cuidados diretos, dando apoio aos restantes elementos, fazendo a ponte entre a equipa de enfermagem e os médicos, e fazendo a gestão e coordenação do turno. Outro enfermeiro da equipa, também fica sem atribuição de unidades para assegurar os cuidados prestados na sala de hemodialise e na sala de procedimentos. O rácio praticado é de um enfermeiro para duas PSC internadas, sendo que cerca de 4 elementos por equipa são Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à PSC e outros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. A restante equipa multidisciplinar é composta por médicos e assistentes operacionais, vinte e quatro horas por dia, e por administrativos, fisioterapeutas, terapeutas da fala, dietistas, assistentes sociais, entre outros, disponíveis em horário útil.

Os horários de trabalho são em turnos rotativos, sendo o turno da manhã das 08:00h às 15:30h, o horário da tarde das 15:00h às 23:00h, e o turno da noite das 22:30h às 08:30h.

Os registos clínicos encontram-se totalmente informatizados, com recurso ao sistema informático *PaTIENT.CARE* da B-SIMPLE®, que permite monitorização em tempo real.

Identificamos a existência de diferentes grupos de trabalho com o foco da melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Entre estes, temos enfermeiros envolvidos no Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), Programas de vigilância e cuidados a Úlceras por Pressão; Protocolos de Dor, Sedação e *Dellirium*, Protocolos para Administração de Insulina Endovenosa, e Programas de consultas de *Follow-up*.

Como objetivo geral para este contexto de estágio definimos, adquirir e desenvolver competências especializadas em Enfermagem à PCS e sua família em contexto de cuidados intensivos polivalentes, com particular interesse na prestação de cuidados à PSC vítima de Trauma. Para atingir este objetivo, definimos três objetivos específicos:

- I. Compreender o funcionamento, organização e dinâmica das equipas em contextos de cuidados intensivos polivalentes, conhecendo os protocolos implementados no contacto direto com a prestação de cuidados à PSC;
- II. Desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC, cuidando da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, com incidência particular na PSC vítima de trauma, adquirindo competências direcionadas a estas intervenções especializadas;
- III. Adquirir competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, em UCIP.

2.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Específicos (UCIE) – Centro de Referência em *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO)

Como necessidade de adquirir competências diferenciadas e específicas, surgiu a oportunidade de estagiarmos também numa Unidade de Cuidados Intensivos Específica, designada como centro de referência em *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), pertencente à mesma Unidade Local de Saúde da UCIP.

Esta UCIE, centro de referência em *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), tem a capacidade para nove unidades de internamento. Seis destas unidades de internamento são designadas por nível III e as restantes três de nível II. Tal como na UCIP, todas as unidades dispõem de um monitor, ventilador, seringas e bombas infusoras. Outro material técnico necessário, como por exemplo, dispositivos para se iniciar técnica de substituição renal ou para realização de ECMO, encontram-se acondicionados em sala própria. Através de um outro sistema de telemetria, todos os monitores das unidades de internamento, também passam os seu dados para um monitor, tanto na sala de enfermagem como para a sala dos médicos. Este serviço possui ainda uma sala de procedimentos específica para

realização de aplicação de ECMO quando as manobras de reanimação convencionais se demonstrem ineficazes, denominando-se este procedimento como ECPR.

Aqui, a equipa de enfermagem é composta por cerca de cinquenta e sete enfermeiros, sendo que três são elementos da coordenação do serviço em horário fixo. Os restantes enfermeiros estão divididos em 5 equipas, em que cada uma possui cerca de onze elementos. Um destes é o chefe de equipa de enfermagem, não prestando cuidados diretos, mas recaindo sob este a responsabilidade de gestão do turno e dos seus elementos. Outro elemento da equipa também não fica na prestação direta de cuidados, ficando responsável pela sala de ECPR. O rácio aqui praticado também é de um enfermeiro para duas PSC internadas, à exceção se for uma PSC sob ECMO, neste caso o rácio fica de um enfermeiro para uma PSC internada sob ECMO. Dentro da equipa de enfermagem existem doze enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e sete enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC. Existe ainda fora de escala, mais um enfermeiro em escala de prevenção, para a possibilidade de ser necessário executar-se um resgate de ECMO em qualquer parte de Portugal continental e ilhas. A restante equipa multidisciplinar é composta por médicos e assistentes operacionais vinte e quatro horas por dia, e por administrativos, fisioterapeutas, terapeutas da fala, dietistas, assistentes sociais, entre outros, disponíveis em horário útil.

Os horários de trabalho são em turnos rotativos, sendo o turno da manhã das 08:00h às 15:30h, o horário da tarde das 15:00h às 23:00h, e o turno da noite das 22:30h às 08:30h. Os registos clínicos encontram-se totalmente informatizados, com recurso ao sistema informático *PaTIENT.CARE* da B-SIMPLE®, que permite monitorização em tempo real.

Nesta UCIE, também identificamos diferentes grupos de trabalho com o foco da melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Entre estes, temos igualmente enfermeiros envolvidos no Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), Programas de vigilância e cuidados a Úlceras por Pressão; Protocolos de Dor, Sedação e *Dellirium*, Protocolos para Administração de Insulina Endovenosa, Programas de consultas de *Follow-up* e um grupo de trabalho focado nos Programas de ECMO.

Como objetivo geral para este contexto de estágio definimos, adquirir e desenvolver competências especializadas em Enfermagem à PCS e sua família em contexto de cuidados intensivos específicos, com particular interesse na prestação de cuidados à PSC vítima de Trauma sob ECMO. Para atingir este objetivo, definimos três objetivos específicos:

- I. Compreender o funcionamento, organização e dinâmica das equipas em contextos de cuidados intensivos, conhecendo os protocolos implementados no contacto direto com a prestação de cuidados à PSC sob ECMO;

- II. Desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC, cuidando da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, com incidência particular na PSC vítima de trauma sob ECMO, adquirindo competências direcionadas a estas intervenções especializadas;
- III. Adquirir competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, em UCIE.

2.1.3. Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)

A emergência pré-hospitalar na realidade portuguesa, remota desde 1965 com evolução até 1981 com a criação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), sendo este responsável pela coordenação do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). O INEM assegura a *"prestação de socorros no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes no SIEM (...)"* (INEM, 2013, p.5).

A coordenação e gestão dos meios de emergência pré-hospitalar, é realizada pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), em que através de uma chamada telefónica é prestado auxílio por parte de um profissional do INEM, acionando os meios necessários de acordo com a situação clínica e localização da PSC. De entre os meios disponíveis nesta rede de emergência, o profissional de Enfermagem integra equipas nas Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida, nas Ambulâncias de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico, nas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) e nos Helicópteros de Emergência Médica (INEM, 2021).

O Ministério da Saúde refere-nos que, numa perspetiva de partilha de recursos e de responsabilidades entre o INEM e as Unidades do Sistema Nacional de Saúde, as VMER e SIV devem de estar integradas nos Serviços de Urgência. Neste sentido, todas as VMER encontram-se inseridas em serviços de urgência polivalentes e médico-cirúrgicos (Despacho n.º 5561/2014).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o EEEMCEPSC é determinado como "preferencial para o exercício profissional no pré-hospitalar, tanto na prestação de cuidados como na gestão" (OE, 2021b, p. 4).

Neste sentido, a VMER "Integra uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro, concebida para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente/sinistrado, tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida" (Ministério da Saúde, 2014a, p.11124).

Esta equipa é acionada para situações de risco imediato de vida, sendo exigido aos seus profissionais, médico e enfermeiro, formação específica em emergência médica, nomeadamente em Suporte Avançado de Vida e em Trauma (INEM, 2021). Torna-se, portanto, um contexto de estágio alinhado com as nossas preferências e com os objetivos de aquisição de competências na área da PSC.

Tivemos a oportunidade, de acompanhar a equipa da VMER de um SUP, numa Unidade Local de Saúde pertencente a um Hospital Central da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Relativamente aos recursos humanos desta equipa, integram 16 Enfermeiros sendo que destes 10 são EEEMCEPSC, mas todos possuem experiência prévia em contextos de abordagem à PSC.

Após acionamento da VMER pelo CODU, podemos assistir em diferentes contextos, a abordagem à PSC e à sua família, sendo que o enfermeiro executava intervenções autónomas e interdependentes em equipa com um médico. O registo clínico encontra-se informatizados em sistema informático próprio, sendo este da responsabilidade do médico que se encontra a cumprir funções nesse dia. Os horários de trabalho, são em turnos rotativos, dividindo-se, no turno da manhã das 08:00h às 16:00h, o turno da tarde das 16:00h às 22:30h, e o turno da noite das 22:30 às 08:00h, sendo que apenas realizámos turnos da manhã e da tarde.

Cada base da VMER, tem um veículo ligeiro à sua disponibilidade, equipado com todos os recursos materiais necessários para a vigilância e monitorização da PSC, ventilador para ventilação mecânica invasiva e não invasiva, terapêutica de emergência, seringas de perfusão, desfibrilhador entre outros. Todo este material encontra-se organizado em malas distintas sendo mais fácil e imediata a sua utilização.

Como objetivo geral para este contexto de estágio definimos, adquirir e desenvolver competências especializadas em Enfermagem à PCS e sua família no contexto pré-hospitalar, com particular interesse na prestação de cuidados à PSC vítima de Trauma. Para atingir este objetivo, definimos três objetivos específicos:

- I. Compreender o funcionamento, organização e dinâmica da equipa da VMER, conhecendo os protocolos implementados seja no contacto direto com a prestação de cuidados à PSC, quer na manutenção de todo o material;
- II. Desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC, cuidando da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, com incidência particular na PSC vítima de trauma, adquirindo competências direcionadas a estas intervenções especializadas;
- III. Adquirir competências no âmbito da gestão de situações inesperadas, dinamizando a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde o seu

planeamento até a execução, com particular ênfase em situações de multivítimas, decorrentes de trauma.

2.1.4. Serviço de Urgência Polivalente e Unidade de Pré-Hospitalar - Hospital Central de Referência em Trauma na cidade de Londres

Segundo o Ministério da Saúde, os serviços de urgência são descritos como "*serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas*" (Ministério da Saúde, 2002, p.1865).

Correlacionando a temática em estudo, com a necessidade de aquisição de mais conhecimento e recrutamento de diversidade de experiências, alicerçou-se este mestrado e especialidade a um programa de mobilidade internacional. Esta experiência internacional é reconhecida por facilitar a partilha de conhecimentos, cultura e valores institucionais entre o estudante e o destino da mobilidade.

Assim sendo, de forma a intensificar o crescimento pessoal e profissional, emergiu a oportunidade de se integrar em contexto de estágio, num hospital reconhecido internacionalmente na área de interesse, o Trauma. A seleção deste local de estágio, para além dos interesses pessoais, teve em conta também o crescimento pessoal, o desenvolvimento profissional e a compatibilidade linguística (Costa, 2016).

Em concordância com a evolução do mundo atual, Portugal tem observado um fenómeno de imigração crescente, progredindo para o desenvolvimento de uma cultura cada vez mais diversificada. O Enfermeiro Especialista, com a finalidade de prestar cuidados holísticos alinhados com a necessidade da pessoa, terá de adquirir competências, conhecimentos e estratégias assumindo cuidados a esta como ser bio-psico-social-espiritual, com a finalidade da prestação de cuidados de qualidade.

Neste sentido, selecionou-se um Hospital Central na cidade de Londres que abriga o maior centro de Trauma *Major* do Reino Unido, uma unidade de Cuidados Intensivos premiada e é um dos maiores hospitais Pediátricos do Reino Unido. É ainda sede da Ambulância Aérea de Londres. Escolheu-se assim o Serviço de Urgência (SU) deste hospital como contexto de oportunidade de estágio.

O SU, denominado por *Accident and Emergency Department* (A&E), está dividido numa área pediátrica e uma de adultos, aberto 24 horas por dia, 365 dias por ano. Fornece diversos serviços de emergência, entre eles: cuidados especializados no Trauma, unidade de tratamento agudo no Acidente Vascular Cerebral, especialidades médicas, cirúrgicas, ortopédicas, ginecológicas, entre outras. Tem à sua disposição serviços de imagiologia com três salas de raio-X e duas salas de TAC, sempre disponíveis para situações urgentes e emergentes.

O SU está dividido em setores: três Salas de Triagem, Sala de Emergência com oito camas, Zona A (com sete unidades monitorizadas em quartos de pressão negativa e duas unidades de psiquiatria), Zona B e C (setores de observação clínica, no total com vinte e seis camas), Zona D (setor de observação de pessoas em ambulatório), Centro de tratamento urgente (onde são atendidas as pessoas que se equiparam às prioridades azuis e verdes atribuídos pela Triagem de Manchester), Unidade de decisão clínica (enfermaria de observação onde se decidem possíveis internamentos e onde se espera por vagas numa enfermaria dos pisos), zona de tratamento de pequenas lesões (suturas simples, cuidados a feridas, tratamento de fraturas alinhadas) e ainda uma zona de continuação de tratamentos a pessoas em regime de ambulatório (onde estas não estão internadas mas regressam ao serviço de urgência para terem continuidade de tratamento).

Especificamente a sala de emergência, das suas oito unidades, seis são unidades para adultos e duas pediátricas. Esta é assegurada por quatro enfermeiros que prestam cuidados à PSC e um enfermeiro responsável pela coordenação da sala. A PSC que tem acesso a sala de emergência, é referenciada pelo pré-hospitalar ou pela triagem. Esta referência é feita através de contacto telefónico para o enfermeiro coordenador da sala, que recebe informações sobre o motivo de vinda, o estado de consciência, estabilidade hemodinâmica e tempo estimado de chegada, preparando de imediato a unidade e acionando os recursos humanos e técnicos necessários.

Como sede da Ambulância Aérea de Londres, inserida na *London's Air Ambulance Charity*, surgiu a necessidade de desenvolvimento de um projeto de emergência médica na comunidade. O *Physician Response Unit* (PRU) surge como prestação de cuidados urgentes, individualizados e seguros no domicílio da pessoa, em que através de um modelo de tomada de decisão partilhada potencia a participação da pessoa e da família no processo de cuidados. Presta cuidados maioritariamente, à pessoa em fim de vida, imunossuprimida com sinais de infeção, com doença mental e/ou elevado grau de dependência ou incapacidade para se dirigir ao SU. O impacto desta equipa na sobrelotação no SU e na individualização de cuidados é algo notório e indiscutível.

Os enfermeiros que aqui trabalham no Reino Unido, detêm competências e responsabilidades muito específicas, uma vez que dependendo do seu nível de caracterização profissional onde estão inseridos irão possuir diferentes funções. Os turnos estão divididos em turno da manhã das 08:00h às 20:00h e o turno da noite das 20:00h até às 08:00h. Cada turno é composto por vinte e três enfermeiros, em que existe sempre um enfermeiro chefe de equipa por turno e um enfermeiro responsável por cada posto de trabalho que não assume formalmente cuidados. Existe ainda um turno intermédio que decorre desde as 14:00h até às 02:00h, composto por mais dois enfermeiros, como forma de colmatar um período de maior afluência.

Como forma de incentivo a tomadas de decisões céleres e alinhado com a problemática do sobrelotação do SU, o A&E preconiza que todas as pessoas sejam observadas e tenham uma decisão clínica num tempo máximo de 4 horas.

A realização de um estágio, num SU, nomeadamente neste A&E de um centro de referência em Trauma em Londres, provou-se ser uma oportunidade única de aquisição e desenvolvimento de diversas competências, no âmbito da prestação de cuidados à PSC, organização institucional e gestão destes, alicerçado à diferença cultural inerente.

Como objetivo geral para este contexto de estágio definimos, adquirir e desenvolver competências especializadas em Enfermagem à PCS e sua família no contexto do SU e pré-hospitalar, com particular interesse na prestação de cuidados à PSC vítima de Trauma. Para atingir este objetivo, definimos dois objetivos específicos:

- I. Conhecer diferentes modelos organizacionais internacionalmente distinguidos e distintos, de resposta à PSC vítima de trauma *major*, compreendendo o funcionamento, organização e dinâmica das equipas do pré-hospitalar, SU e instituição hospitalar, pelo conhecimento dos protocolos implementados;
- II. Desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC, cuidando da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, com incidência particular na PSC vítima de trauma, adquirindo ainda competências no âmbito da gestão de situações inesperadas, dinamizando a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde o seu planeamento até a execução, com particular ênfase em situações de multivítimas, decorrentes de trauma.

2.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM

As competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem são definidas pela Ordem dos Enfermeiros como *"competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria"* (Regulamento nº140/2019, p.4745).

Estas competências estão organizadas em quatro domínios fundamentais: o Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; o Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade; o Domínio da Gestão dos Cuidados; e o Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Regulamento n.º 140/2019). Cada um destes domínios será, de seguida,

descrito, analisado e refletido, tendo por base a experiência formativa e profissional desenvolvida no decurso deste percurso académico.

O desenvolvimento destas competências, não depende só da experiência académica, mas de igual forma, da experiência profissional adquirida e da contante reflexão sobre estas, tal como nos sugere Benner (2001). Assim sendo, torna-se pertinente que ao mencionarmos a aquisição de novas competências promovamos uma constante análise crítica sobre o seu desenvolvimento.

"A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

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

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais" (Regulamento nº140/2019, p.4746).

No âmbito deste domínio de competência, é essencial integrar a competência "1c" do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006. A nível académico, o Decreto-Lei supramencionado indica-nos a "c) *Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;*" (Decreto-Lei nº74/2006, p.2246).

A atuação do Enfermeiro Especialista (EE) exige o rigoroso cumprimento dos princípios éticos e legais, assegurando cuidados seguros, humanizados e em consonância com os direitos fundamentais da pessoa. Conforme a Declaração Universal dos Direitos Humanos, publicada no Diário da República em 1978, "*Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos (...) sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, língua, de religião, de opinião política ou outra*" (DR, 1978, p. 2). O Enfermeiro assume, assim, o papel de defensor dos direitos, valores e crenças da PSC. A complexidade deste domínio exige um elevado nível de competências clínicas e uma sólida compreensão dos fundamentos ético-legais que norteiam a prática profissional.

Pela complexidade inerente aos cuidados de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros (OE) regula e supervisiona a profissão com base no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), definido pela Lei n.º 156/2015, que estabelece os princípios e valores orientadores da profissão, cumprindo a legislação inerente.

Nos contextos em que se prestam cuidados à PSC, o ritmo e a carga de trabalho elevado, comportam desafios diários. Neste sentido, e de forma a colmatá-los, é necessário cada vez mais o recurso a tecnologia avançada para melhorar a monitorização e vigilância hemodinâmica. A tecnologia está presente em todos os contextos, desde o pré-hospitalar até à Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), nomeadamente através da utilização de

monitores de vigilância de sinais vitais, ventiladores invasivos e não invasivos, desfibrilhadores, entre outros. Durante os estágios, a familiarização com estes dispositivos foi facilitada por orientação de profissionais experientes e pela consulta da literatura.

Segundo Locsin (2005), a tecnologia estabelece um vínculo entre a pessoa e o enfermeiro, baseado numa relação de vulnerabilidade mútua e partilha de conhecimento. A integração da tecnologia permite identificar necessidades de saúde e aplicar intervenções personalizadas, promovendo um cuidado holístico (Júnior et al., 2023).

Não conseguimos falar de cuidados holísticos, sem definirmos como objetivo uma prática centrada na pessoa. Para atingirmos estes resultados precisamos de refletir sobre as competências e capacidades do Enfermeiro, enquanto pré-requisitos para gerir o ambiente de cuidados, nomeadamente o controlo e manuseamento dos materiais tecnológicos, utilizando-os, mas nunca esquecendo a Pessoa alvo dos cuidados. O ambiente onde decorre a prestação de cuidados, tem então o potencial de limitar ou potenciar o desenvolvimento de um processo centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2017; McCormack, 2019).

A Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa (CCP), de McCormack e McCance (2017), destaca a necessidade de um cuidado individualizado que respeite a dignidade, valores e preferências da pessoa. No caso da PSC vítima de trauma, esta abordagem ética é crucial, uma vez que muitas vezes impede a comunicação direta, exigindo que as decisões clínicas respeitem a autonomia e os direitos fundamentais.

Dado o carácter tecnológico do mundo atual e a noção de vulnerabilidade da PSC, o Enfermeiro deve basear a sua prática em conhecimentos científicos e teóricos, respeitando a vida, a dignidade humana, a saúde e o bem-estar da pessoa, conforme estabelecido no CDE. A profissão de Enfermagem assenta num processo contínuo de reflexão crítica e aquisição de conhecimentos, que orienta a prática e apoia a tomada de decisão, muitas vezes em contextos de elevada complexidade ética, deontológica e legal. O CDE refere a promoção da privacidade como dever deontológico (Lei n.º 156/2015). A PSC raramente tem capacidade para salvaguardar a sua própria privacidade e dignidade, sentindo-se impotente e necessitando do profissional para satisfazer as suas necessidades (Castro, 2019).

No pré-hospitalar, dada as suas características próprias, o Enfermeiro deve minimizar a exposição da pessoa, garantindo a sua dignidade, como por exemplo, mobilizando-a para a ambulância, limitando o acesso de estranhos, cobrindo o corpo ou mantendo comunicação discreta com familiares e colegas.

Num SUP, as suas condições estruturais e a elevada afluência também levantam um limite à manutenção da privacidade, uma vez que regularmente se ultrapassa a capacidade do espaço, tendo de se alocar as pessoas em macas que permanecem largas horas/dias em

corredores ou áreas partilhadas. Sempre que possível podemos colmatar esta fato colocando biombos antes da prestação de cuidados, ou levando a pessoa para o interior de algum gabinete.

Quando prestamos cuidados à PSC numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente ou numa Unidade de Cuidados Intensivos Específicos, embora sejam locais mais controlados e com um rácio de cuidados adequados, o fato de se disporem várias PSC dentro de uma sala, também é um limite para a prestação da privacidade. Aqui podemos e devemos correr as cortinas antes de qualquer abordagem à PSC, sejam procedimentos técnicos ou cuidados de higiene e conforto, sempre que a Pessoa o solicite (sempre que a sua situação clínica o permita) e até durante as visitas dos familiares, de forma a conferirmos tanto à pessoa como à sua família a privacidade a que tem direito.

O dever de sigilo profissional e a confidencialidade são igualmente essenciais no cuidado à PSC. O uso de sistemas informáticos comporta riscos de exposição e de dados, pelo que o Enfermeiro deverá partilhar apenas informações relevantes com aqueles que estiverem envolvidos no plano terapêutico (Lei n.º 156/2015)

Em qualquer um dos campos de estágio foi basilar que o sigilo profissional e o direito à confidencialidade fossem cumpridos. Neste sentido, todas as informações clínicas foram apenas transmitidas a profissionais diretamente envolvidos nos cuidados, tendo sempre a preocupação para que tais conversas não ocorressem em espaços públicos. Todas as informações prestadas a familiares seguiam os princípios éticos e legais, informando apenas a pessoa de referência autorizada.

Quando falamos na prestação de cuidados de Enfermagem, desde os mais simples aos mais complexos, não podemos deixar de abordar o direito ao consentimento informado. Previamente a qualquer ação, devemos prestar informações à PSC, explicando o procedimento a executar e obtendo o seu consentimento. Este, consentimento informado é um direito fundamental da Pessoa e um requisito ético-legal para qualquer intervenção clínica conforme estabelecido no Código Penal Português (Assembleia da República, 1995). Este consentimento livre e esclarecido deve de ser obtido através da PSC ou na sua impossibilidade pela sua pessoa de referência.

No entanto, no contexto da PSC vítima de trauma, a obtenção desse consentimento pode ser um desafio, especialmente em casos de inconsciência, alteração do estado de consciência (AEC) ou instabilidade hemodinâmica. Tendo em conta a existência desta situação inesperada e com necessidade de rápida intervenção pelos profissionais de saúde, tem de se avocar por um consentimento presumido, tal como descrito em legislação no Código Penal Português no antigo 39.º: *"2 - Há consentimento presumido quando a situação em que o agente atua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse*

juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado.” (Assembleia da República, 1995, p.1365).

Todas as decisões clínicas e intervenções praticadas devem ser tomadas de acordo com os princípios da ética, respeitando os princípios da beneficência e da não maleficência, dando prioridade à preservação da vida e à minimização dos danos.

Os diferentes contextos de estágio proporcionaram experiências e vivências muito diversas, permitindo o contacto com diferentes culturas e crenças. Esta multiculturalidade foi principalmente sentida durante o estágio na cidade de Londres, tão inerente à sua comunidade. Foi um estágio que nos suscitou curiosidade desde o início, por conhecer diferentes formas de vida, de pensar e de agir. O hospital onde decorreu este estágio, estava inserido numa comunidade com forte presença muçulmana, onde o choque cultural foi mais evidente, como por exemplo com o uso constante do *hijab*, burca ou até mesmo o papel da mulher enquanto inserida num meio familiar. Num contexto de emergência, o Enfermeiro pode adequar os seus cuidados, sempre que possível, à pessoa que é alvo dos cuidados, como por exemplo, permitir que as mulheres muçulmanas sejam cuidadas por profissionais do sexo feminino, permaneçam com o corpo sempre coberto ou mesmo que mantenham o *hijab* e a burca colocados, garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos.

Não só nos contextos de estágio somos confrontados pela multiculturalidade. Na prática diária, e tendo em conta que Portugal possui um aumento de imigração, estamos cada vez mais expostos a diferentes crenças. Tanto na prática diária, como em contexto de estágio, prestamos cuidados a pessoas Testemunhas de Jeová, onde a administração de hemoderivados foi recusada por motivos religiosos. Em todas estas situações, foi assegurado que se comunicasse de forma clara, informada e respeitosa quanto à necessidade clínica da administração de hemoderivados, incluindo a indicação terapêutica e as potenciais consequências associadas à sua não-administração. No entanto, respeitando integralmente os princípios da ética, nomeadamente a autonomia e a dignidade da pessoa, e através da escuta ativa e da humanização dos cuidados, foi sempre dada primazia à decisão informada da pessoa. Neste sentido, foram equacionadas alternativas terapêuticas viáveis, bem como estratégias clínicas ajustadas, que permitissem mitigar os riscos decorrentes da recusa, procurando garantir a eficácia da intervenção sem comprometer os valores e as convicções religiosas desta. Os profissionais devem cumprir, respeitando assim o princípio do direito à autonomia. A mediação cultural e a comunicação eficaz são estratégias fundamentais para garantir um cuidado respeitoso e alinhado com os valores e crenças da PSC.

Este relatório foi elaborado e refletido em conformidade com o princípio do dever de sigilo previsto no artigo 106.º do CDE (Lei n.º 156/2015), sem menção a pessoas, profissionais ou instituições específicas.

Após reflexão, conclui-se que foram adquiridas e desenvolvidas competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, bem como as competências de Mestre em Enfermagem mencionadas anteriormente.

"B. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade"

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

B2- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

B3- Garante um ambiente terapêutico e seguro." (Regulamento nº140/2019, p.4747).

No âmbito deste domínio de competências, torna-se pertinente integrar a competência "1b" do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006. Assim, o Enfermeiro deve "*b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;*" (Decreto-Lei nº74/2006, p.2246).

A abordagem a este domínio exige, antes de mais, a compreensão do conceito de qualidade. Dada a inexistência de uma definição universalmente aceite, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) define qualidade como um elemento que influencia positivamente os resultados obtidos e desejados em saúde.

Em Portugal, o conceito de qualidade nos cuidados de saúde é descrito como "*prestação de cuidados acessíveis e equitativos, (...) tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão. (...) intimamente ligada à segurança dos cuidados (...)*" (Despacho n.º 5613/2015, p. 13551).

A Ordem dos Enfermeiros (2001), nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), reconhece que a qualidade é uma responsabilidade multiprofissional e identifica seis enunciados descritivos que a sustentam: a satisfação da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. Assim, a intervenção do Enfermeiro Especialista assume um papel central na monitorização da qualidade, na identificação e mitigação de riscos, e na promoção de práticas seguras e baseadas na evidência (Benner et al., 2011). Dando resposta a estes pressupostos, foram desenvolvidas várias iniciativas de melhoria contínua da qualidade nos contextos clínicos em que decorreram os estágios, mantendo uma postura interventiva e dinâmica.

No SUP onde executamos funções profissionais, colaboramos de forma ativa como elemento dinamizador no âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Foram implementadas auditorias à lavagem das mãos e ao uso adequado de luvas, bem como auditorias sobre os resíduos hospitalares, cujos resultados permitiram identificar necessidades formativas. Com base nesses dados, organizámos formações em serviço sobre boas práticas em controlo de infeção, nomeadamente com uma formação intitulada “Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) - Higiene das Mãos” (plano da sessão de formação exposta no Apêndice II e sessão de formação no Apêndice III) e outra formação sobre agentes infecciosos, intitulada “Inimigos Invisíveis – Medidas de isolamento” (plano da sessão de formação exposta no Apêndice IV, e sessão de formação no Apêndice V). Foram também desenvolvidas auditorias relativas à utilização e manutenção de Cateteres Venosos Periféricos (CVP), sendo que os resultados obtidos, foram apresentados à equipa de enfermagem numa sessão de formação em serviço (plano da sessão de formação exposta no Apêndice VI, e sessão de formação no Apêndice VII) de forma a promover um ambiente terapêutico e seguro. O mote desta formação, surgiu no decorrer da UC: “Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde” lecionada durante o percurso académico do corrente mestrado. Tornou-se ainda, pertinente a elaboração de uma norma de procedimento referente aos “Cuidados ao Cateter Venoso Periférico” (Apêndice VIII), permitindo-nos avaliar a qualidade das práticas clínicas e planear programas de melhoria contínua através de uma prática baseada na evidência científica mais recente.

Durante os diferentes contextos de estágio, existiram oportunidades distintas para o desenvolvimento desde domínio. Na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente UCIP) e na Unidade de Cuidados Intensivos Específica (UCIE), ambos apresentavam instalados medidores de ruído que, ou não estavam funcionantes ou estavam mal calibrados. Neste sentido, foi dado mote para a execução de uma reflexão, com base na procura de evidência científica que demonstre os efeitos do ruído e da luminosidade na PSC. Um dos objetivos desta reflexão seria promover a manutenção destes dispositivos, colocando-os ativos. Foi efetuado contacto com a equipa de manutenção, mas devido a inconformidades com a equipa que procedeu a sua aquisição e instalação, não foi possível cumprir este objetivo, no entanto incentivámos de forma informal para se prosseguir com a tentativa de ativação destes dispositivos. Para além desta reflexão, procurámos ter conhecimento dos diferentes projetos e programas de melhoria contínua da qualidade já existentes.

No contexto de estágio no SUP de um Hospital em Londres, Centro de Referência em Trauma, existe constantemente uma preocupação por garantir um ambiente terapêutico e seguro. No que concerne à administração de terapêutica, existe sempre uma dupla verificação, por dois enfermeiros, antes da sua administração, partilhando não só a sua verificação como a validação dupla no sistema informático. O chefe de equipa reúne todos

os Enfermeiros mensalmente, numa reunião de equipa para serem partilhadas situações de erro de forma anónima, com enfoque na aprendizagem e não na punição. Por outro lado, neste campo de estágio, dada a grande rotatividade e afluência de pessoas torna-se fundamental assegurar a promoção de um ambiente seguro, envolvendo-se sempre a família da PSC, inclusive na sala de emergência. Também existia uma sala para familiares, junto a sala de emergência, promovendo um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção das pessoas/grupo.

Na VMER, tendo em conta as circunstâncias de difícil controlo em que o profissional tem de prestar cuidados à PSC, torna-se pertinente uma constante adequação dos cuidados prestados às diferentes necessidades e à mais recente evidência científica. Colaboramos neste sentido através da revisão contante das check-lists já elaboradas, identificando se estas estariam em concordância com as *guidelines* em vigor, identificando oportunidades, estabelecendo prioridades e selecionando estratégias de melhoria, tanto relacionadas com a abordagem à pessoa como a adequação do material disponível. Por outro lado, fomentou-se o desenvolvimento de um ambiente terapêutico e seguro, através da gestão do ambiente de forma a prevenir incidentes e gerir o potencial risco, seja na atuação na via pública, seja no domicílio, como por exemplo ao delimitar um perímetro de segurança ao redor da PSC.

Tendo em conta a imprevisibilidade da prestação de cuidados à PSC, esta vivência apenas “momentos de cuidados centrados na Pessoa”, tal como McCormack (2019) nos refere. No entanto, com a implementação de medidas direcionadas para a Melhoria Contínua da Qualidade, ao envolvermos o Enfermeiro numa presença compassiva e na partilha de tomada de decisões fomentamos o cuidado holístico (McCormack & McCance, 2019), incorporando conhecimentos da área da qualidade.

Após análise crítica e reflexiva das experiências vividas, considera-se que foram adquiridas e desenvolvidas as competências inerentes ao Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, com um posicionamento profissional comprometido com a segurança, a evidência científica e a excelência na prática de enfermagem.

"C. Domínio da Gestão dos Cuidados"

C1- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa de e a articulação na equipa de saúde;

C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados". (Regulamento nº140/2019, p.4748).

Neste domínio de competências, consideramos igualmente relevante integrar a competência de mestre "1b" prevista no artigo 15º pertencente ao Decreto-Lei n.º 74/2006. Desta forma, o enfermeiro deve "b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não

familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;” (Decreto-Lei nº74/2006, p.2246).

Durante os diferentes momentos de estágio, surgiram diversas oportunidades para refletir criticamente sobre este domínio, bem como para adquirir e desenvolver competências de gestão e liderança dos cuidados.

No SUP de um Hospital de Referência em Trauma, localizado na cidade de Londres, observou-se que, na sala de emergência, apesar da existência de enfermeiros com diferentes níveis de experiência, está sempre presente um enfermeiro coordenador, reconhecido como perito. Este profissional é responsável pela gestão dos cuidados, pelo apoio à sua equipa e pela coordenação das decisões clínicas, com vista à prestação de cuidados de excelência. Mantém contacto direto e permanente com o enfermeiro chefe de turno, funcionando como um elo de ligação entre os profissionais e a estrutura organizacional. A proximidade com estes profissionais permitiu-nos observar e refletir sobre práticas avançadas de liderança, tomada de decisão e gestão de recursos, com impacto direto na qualidade dos cuidados. Este contexto evidencia o papel do enfermeiro perito, tal como descrito por Benner (2001), que atua com base na experiência integrada e na capacidade de antecipação das necessidades da equipa e da PSC. A título de exemplo, a equipa extra-hospitalar estabelecia contacto prévio com o enfermeiro coordenador da sala de emergência, permitindo-lhe preparar antecipadamente a unidade, mobilizar os recursos necessários e organizar os elementos da equipa para o acolhimento da pessoa. Este processo incluía a realização de um briefing multidisciplinar e, no momento da admissão, um *handover* estruturado com recurso à mnemónica ISBAR (Identificação; Situação atual; *Background*/antecedentes; Avaliação; Recomendações), evidenciando desta forma práticas promotoras de uma liderança centrada na pessoa e na equipa. À luz da Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa de McCormack e McCance (2017), estas práticas refletem uma liderança relacional, participativa e ética, que valoriza a colaboração e a partilha de responsabilidade, promovendo um ambiente de cuidado humanizado e eficaz. O elemento previamente definido como responsável pela admissão da PSC, assegurava que a comunicação decorresse de forma clara, objetiva e tranquila, fomentando a eficiência, a segurança clínica e a articulação entre a equipa multidisciplinar, promovendo o desenvolvimento desta competência, nomeadamente na adaptação da liderança e gestão dos recursos à situação e ao contexto.

Nos contextos de estágio realizados na UCIP e na UCIE, foi possível acompanhar enfermeiros chefes de turno e observar como são geridos os recursos humanos e materiais em função das necessidades do serviço e das especificidades da PSC. Esta gestão inclui, entre outras funções, a distribuição dos enfermeiros de acordo com a complexidade dos cuidados, bem como o levantamento e requisição de dispositivos técnicos junto de outros serviços, sempre que necessário para garantir a qualidade dos cuidados prestados.

Destaca-se ainda o exercício de liderança destes profissionais, ao assumirem funções de referência e motivação no seio da equipa, reconhecendo as competências individuais dos seus elementos e potenciando-as, o que favorece a coesão, a colaboração e o desenvolvimento do espírito de equipa, desenvolvendo o domínio de gestão dos cuidados. Nestes contextos, tivemos ainda oportunidade de assistir e colaborar em processos de tomada de decisão clínica e organizacional, contribuindo para a otimização do processo de cuidados.

Em contexto laboral no SUP, enquanto enfermeiro triador, está implicada uma rápida e eficaz avaliação da pessoa, com base em informação muitas vezes limitada, de forma a definir prioridades clínicas e encaminhar adequadamente a pessoa no circuito da urgência. Esta função exige uma tomada de decisão ágil e sustentada, contribuindo para a otimização dos cuidados e para a articulação eficaz entre os diferentes profissionais de saúde, desenvolvendo competências ao nível da otimização do processo de cuidados e ao nível da tomada de decisão. Esta capacidade adquire particular relevância quando analisada à luz do Modelo Conceptual da Vulnerabilidade de Rogers (1997), que enfatiza a necessidade de reconhecer e responder aos múltiplos fatores que influenciam a vulnerabilidade da pessoa em situação crítica. Assim, a gestão dos cuidados deve ser sensível às fragilidades individuais, sociais e contextuais, articulando recursos com base na equidade, justiça e resposta eficiente. Na sala de emergência, a exposição constante a múltiplas patologias e à elevada casuística permite um desenvolvimento contínuo da capacidade de gerir os cuidados de enfermagem, adaptando a resposta da equipa às necessidades da pessoa e articulando eficazmente com os diferentes elementos da equipa de saúde (desde médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, entre outros).

A análise crítica das experiências vivenciadas em contexto de estágio e no exercício profissional, evidencia o desenvolvimento progressivo e consistente das competências integradas no Domínio da Gestão dos Cuidados, contribuindo para a qualidade, segurança e eficácia na prestação de cuidados à PSC.

"D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica." (Regulamento nº140/2019, p.4749).

Perante as competências descritas no presente domínio, parece-nos indicado incluir a competência de mestre "1e" do artigo 15º pertencente ao Decreto-Lei n.º 74/2006. Desta forma, o enfermeiro deve ser detentor de "e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo" (Decreto-Lei nº74/2006, p.2246).

Ao longo de todo o percurso académico e profissional, revelou-se constante a necessidade de aprofundamento de conhecimentos na área da PSC. A permanente partilha de evidência científica com enfermeiros orientadores e restante equipa dos diferentes campos de estágio, docentes do mestrado e colegas de trabalho, fomentou o desenvolvimento de competências e a consolidação de uma prática especializada, sustentada na evidência científica mais atual, conforme preconizado por este domínio.

No contexto de estágio na UCIP e na UCIE, a partilha de conhecimentos possibilitou a identificação de necessidades formativas relevantes. Nestas unidades, onde a prestação de cuidados ocorre em ambientes mais controlados, ao invés do que se verifica em contextos como os SUP ou numa VMER, foi identificada uma lacuna significativa relacionada com a exposição da PSC ao ruído e à luminosidade. Embora ambas as unidades estivessem equipadas com medidores de ruído, os mesmos não se encontravam operacionais. Adicionalmente, apesar de existirem luzes individuais e janelas com estores, estas medidas eram frequentemente negligenciadas devido às exigências dos cuidados prestados. Neste sentido, foi realizada uma pesquisa que fundamenta a necessidade de monitorização e controlo destes fatores ambientais, essenciais à qualidade da recuperação da PSC, que, embora tenha sido disseminada de forma informal com a equipa de enfermagem, foi bem recebida e foram instituídas medidas de forma imediata, à exceção da manutenção dos medidores de ruído por incapacidade da própria instituição.

No SUP de um Hospital de Referência em Trauma, em Londres, bem como no contexto profissional, a prática clínica diária na sala de emergência exige constante atualização científica, devido à admissão de pessoas com grande variedade de patologias e complexidade das situações clínicas, incluindo particularidades culturais, espirituais e religiosas. Esta abordagem holística está em consonância com os pressupostos da Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa, de McCormack e McCance (2017), que reforçam a importância de um cuidado individualizado, baseado na dignidade e nos valores da pessoa.

No contexto profissional, o exercício de funções como orientadora de estudantes da Licenciatura em Enfermagem, aliado à adaptação dos processos formativos às necessidades individuais, permitiu o desenvolvimento de competências no domínio da supervisão clínica e como facilitador no processo de aprendizagem. A colaboração na integração de novos elementos na sala de emergência, através da partilha de conhecimentos/experiências e da promoção do pensamento crítico-reflexivo, contribuiu para o fortalecimento de competências enquanto facilitador de aprendizagem em contexto de trabalho, detendo conhecimento de si enquanto pessoa e enfermeiro, e adquirindo competências na colaboração do processo de supervisão clínica. Permitindo ainda, o desenvolvimento de competências pedagógicas, reflexivas e de supervisão. Esta progressão reflete a trajetória descrita por Benner (2001), na qual o enfermeiro evolui de

princiante para perito, através da experiência contextualizada e da reflexão contínua sobre a prática.

A integração neste mestrado e a elaboração do presente relatório reforçaram a importância da pesquisa de evidência científica como base fundamental para a prática clínica especializada. Neste contexto, foi realizada uma *scoping review*, intitulada “Intervenções de Enfermagem na Abordagem a Vítimas de Trauma” (Apêndice I), cujos resultados se revelaram uma mais-valia para a prática nos diferentes contextos de estágio e no exercício profissional. Como contribuição para a disseminação de conhecimento e desenvolvimento da prática clínica especializada, tal como descrito no domínio desta competência, esta *scoping review* foi publicada no Journal of Clinical Medicine (JCM), cujo certificado de publicação se encontra no Anexo I.

No seguimento do compromisso com a atualização científica contínua, foi promovida a participação como formanda em diversos eventos científicos, nomeadamente: no Congresso Internacional de Emergência em 2023 (Anexo II), no Seminário sobre “Controlo de Hemorragia em Trauma” em 2024 (Anexo III) e as Jornadas de Medicina Intensiva da Península de Setúbal em 2025 (Anexo IV). Nesta última, foi possível apresentarmos dois pósteres em co-autoria com outros colegas: o poster “Abordagem à Pessoa em Situação Crítica na Sala de Emergência – Organização da Equipa” (Apêndice IX) e o poster “Intervenções de Enfermagem na Comunicação de Más Notícias à Família da Pessoa em Situação Crítica: Revisão Scoping” (Apêndice X). A idealização deste último poster surge no decorrer da UC: “Investigação em Enfermagem”, pertencente ao presente mestrado.

Como fonte de constante conhecimento, ao longos dos anos fomos realizando diferentes formações para a aquisição e desenvolvimento de competências. Entre estas formações podemos apontar a realização do curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) em 2017 e em 2024 (Anexo V), a participação no *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN) em 2019 e que ainda se encontra atualizado (Anexo VI), a concretização de formação profissional no *Medical Response to Major Incidents* (MRMI) em 2024 (Anexo VII), e a participação como Speaker nas Jornadas da Egas Moniz com uma comunicação livre sobre “O que é ser Enfermeiro?” (aguardamos o certificado). É necessário mencionar ainda, que executamos diferentes formações no âmbito profissional, de forma a divulgar a evidência científica mais recente e pertinente, entre estas, uma formação sobre “Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) - Higiene das Mãos” (Apêndice III), uma sobre Agentes infecciosos intitulada como “Inimigos Invisíveis – Medidas de Isolamento” (Apêndice IV), e uma sobre “Cateteres Venoso Periféricos no Serviço de Urgência Geral” (Apêndice VII). O mote desta última formação, surgiu no decorrer da UC: “Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde” lecionada durante o percurso académico do corrente mestrado. A formação sobre os CVP, com a colaboração com duas colegas, colmatou na elaboração de

uma Norma de Serviço, intitulada “Norma de Procedimento dos Cuidados ao Cateter Venoso Periférico” (Apêndice VIII).

Perante o explanado e refletido, as experiências e o conhecimento adquirido ao longo do percurso formativo e profissional, contribuíram significativamente para o desenvolvimento das competências enunciadas no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, bem como das competências inerentes ao grau de mestre em Enfermagem, permitindo-nos afirmar que estas foram efetivamente alcançadas e fundamentadas.

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

Os cuidados prestados à PSC, são transversais e frequentes em diferentes contextos. Desde o ambiente pré-hospitalar, passando pelo primeiro ponto de contacto hospitalar como o Serviço de Urgência, até à admissão numa unidade diferenciada como por exemplo o caso das Unidades de Cuidados Intensivos, o acompanhamento da PSC exige competências especializadas e contínuas. Neste enquadramento, e considerando a área de especialização em Enfermagem em desenvolvimento, a especialização na área de enfermagem à PSC revela-se não apenas coerente com preferências e motivações pessoais, mas sobretudo alinhada com a necessidade crescente de diferenciar a prática profissional, assegurando a prestação de cuidados de elevada qualidade e baseados na melhor evidência disponível.

Assim, torna-se fundamental a aquisição, o desenvolvimento e a consolidação de um conjunto diversificado de competências. As competências específicas do EEEMCEPSC, são definidas como *“o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e o contexto de intervenção, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, (...), que visam prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados”* (Regulamento n.º 429/2018, p. 19359).

Estão descritas três competências específicas do EEEMCEPSC, cada uma com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação. Sendo estas três: *“1- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; 2- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; 3- Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”* (Regulamento nº 429/2018, p.19359), descritas, analisadas e refletidas em seguida.

Antes de mais, é importante referir que todas as competências desenvolvidas no âmbito da especialização na área da PSC, contribuem de forma equitativa, para a aquisição e desenvolvimento das competências do grau de mestre, sendo fundamentais para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Entre estas, importa destacar a competência de mestre "1b" e a competência de mestre "1d" constantes do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006. Neste sentido, o enfermeiro deve *"b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;"* e devem *"d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;"* (Decreto-Lei nº74/2006, p.2246).

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

Durante este percurso académico, através do contacto com diferentes profissionais e das diversas Unidades Curriculares, foi possível adquirir novas competências, posteriormente exploradas e desenvolvidas em contexto laboral e nos estágios.

Com uma experiência de oito anos de prática clínica num SUP de um Hospital Central, aliada à constante procura da evidência científica mais recente e à realização de diversos cursos e formações, foi possível adquirir e desenvolver competências de forma progressiva, em conformidade com o Modelo de Aquisição de Competências em Enfermagem, proposto por Benner (2001).

A abordagem inicial à PSC ocorre muitas vezes em ambiente extra-hospitalar, nomeadamente através das equipas do pré-hospitalar, como verificado em contexto de estágio numa VMER de um hospital central. A capacidade de atuar em diferentes contextos, perante pessoas com diferentes patologias e obstáculos, possibilitou o desenvolvimento de competências essenciais, como a identificação imediata de sinais de instabilidade e a aplicação de conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida (SAV) e de abordagem ao trauma. Outra competência desenvolvida neste âmbito refere-se à comunicação com a PSC e respetiva família, uma vez que frequentemente se encontram em situações de elevado stress no domicílio ou em via pública. Nestas circunstâncias, o profissional de saúde deve gerir simultaneamente os cuidados prestados e a comunicação interpessoal, promovendo uma relação terapêutica eficaz e mitigando a ansiedade e o medo experienciados. Nestes contextos, a Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa de McCormack e McCance (2021) revelou-se essencial para orientar uma abordagem personalizada, respeitando a dignidade, os valores e as preferências da PSC e da sua família, contribuindo para uma relação terapêutica sólida desde o primeiro contacto. Simultaneamente, o Modelo Conceptual da Vulnerabilidade de Rogers (1997) proporcionou

uma perspetiva ampliada sobre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a vulnerabilidade da PSC, reforçando a necessidade de cuidados éticos, humanizados e contextualmente adequados.

O primeiro contacto da PSC com o contexto hospitalar, é da responsabilidade do enfermeiro triador. Idealmente, estes profissionais deverão ser mais experientes, dada a necessidade de gestão de inúmeros fatores como a afluência e a sobrelotação dos serviços de urgência, bem como estabelecer prioridades através do Sistema de Triagem de Manchester. Esta triagem deverá ser realizada num tempo máximo de três minutos, o que, face à limitação de informação transmitida pela PSC e/ou família, constitui um desafio significativo. Desde 2018, detemos formação certificada em Triagem de Manchester, o que nos tem permitido consolidar competências na identificação precoce de instabilidade clínica e na atuação imediata e antecipatória. A função de enfermeiro triador, requer experiência e julgamento clínico, sendo evidente a aplicação do raciocínio clínico pericial, tal como descrito por Benner (2001), na atuação rápida e assertiva diante de situações complexas e urgentes.

Na prestação de cuidados à PSC, tanto em contexto laboral num SUP de um Hospital Central, como em estágio num SUP de um Hospital de Referência em Trauma, em Londres, é crucial atuar com rapidez e mobilizar conhecimento clínico diferenciado, dada a complexidade e emergência da situação clínica. A PSC pode apresentar-se no serviço com ou sem aviso prévio do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Tanto a PSC referenciada como a não referenciada, mediante a avaliação do enfermeiro triador, pode ativar diversos protocolos, tais como a Via Verde (VV) Acidente Vascular Cerebral (AVC), a VV Coronária, a VV Sépsis ou VV Trauma, assegurando a administração de protocolos terapêuticos complexos.

A integração, em 2023, na Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) em contexto laboral, permitiu o desenvolvimento e consolidação de competências específicas no âmbito da resposta emergente à PSC. Esta equipa é acionada para prestar cuidados críticos à PSC dentro do recinto hospitalar, muitas vezes em situações em que a pessoa se encontra em Paragem Cardio-respiratória (PCR), nas quais a abordagem é multidisciplinar. Em contexto laboral e em todos os contextos de estágio foi possível adquirirmos e desenvolvermos competências neste âmbito. A participação em dois cursos de SAV, sendo o mais recente em 2024, consolidou os conhecimentos e sustentou uma prática fundamentada na evidência.

Em determinados casos de PCR, e mediante critérios clínicos específicos, existe a possibilidade de conectarmos a PSC a *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO). Esta situação implica a referência e transferência da PSC para um Centro de referência em ECMO como o experienciado em contexto de estágio, na UCIE. Nestes contextos, presta-se assistência altamente diferenciada, com protocolos terapêuticos complexos, cuja

implementação é determinante para a sobrevivência da PSC. Adicionalmente, é notória a preocupação em envolver a família nos cuidados, proporcionando desde o início apoio informativo e emocional, com vista à gestão da ansiedade e do medo experienciados, sendo fundamental uma abordagem centrada na PSC e na sua rede de apoio, como proposto por McCormack e McCance (2021).

Num contexto de medicina intensiva, como o experienciado em contexto de estágio na UCIE e na UCIP, o tempo prolongado de internamento da PSC permite uma maior oportunidade de comunicação com a PSC e a sua família, promovendo o alinhamento dos cuidados com as suas necessidades e preferências. Como defendido por McCormack e McCance (2021), a inclusão da família nos cuidados é essencial, proporcionando-se horários de visita ajustados, sempre que viável. Quando a PSC se encontra sob sedação e analgesia, é imprescindível o acompanhamento e apoio contínuo à família, não apenas a nível clínico, mas também psicológico, com o intuito de mitigar o sofrimento emocional associado à incerteza do prognóstico.

Nestes contextos, a prática de enfermagem exige a monitorização rigorosa da dor e prevenção do *delirium*, com foco na antecipação de complicações. Relativamente à monitorização da dor, as escalas recomendadas e validadas para o contexto da PSC, conscientes e inconscientes, são a *Behavioral Pain Scale in intubated* (BPS) e a *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT) (Devlin et al., 2018). Estas escalas demonstram confiabilidade, consistência e capacidade de resposta, quando comparadas com a *Non-verbal Pain Scale* (NVPS) (Chanques et al., 2014). Quanto ao *delirium*, embora exista grande incidência ainda se mantém pouco reconhecido. As escalas de avaliação que são consideradas seguras e validadas são a *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) e a *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) (Souza et al., 2018). Tanto na UCIP como na UCIE, existem grupos de trabalho dedicados a estas temáticas com o objetivo de validar as escalas e de adequar as intervenções às necessidades das PSC internadas.

São igualmente imprescindíveis, competências para a gestão de múltiplos tratamentos e procedimentos, como a colocação de dispositivos invasivos, manutenção da ventilação e desmame ventilatório, implementação de técnicas de substituição da função renal, e administração de fármacos complexos com monitorização rigorosa de efeitos adversos, sempre com foco na prevenção de complicações.

A comunicação adequada com a PSC submetida a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) ou Ventilação Não Invasiva (VNI) representa um desafio, dada a limitação na expressão verbal. Nestas circunstâncias, o enfermeiro deve adotar estratégias facilitadoras da comunicação, como a escrita, a formulação de perguntas simples e adaptadas, a modulação do tom de voz, o contacto tátil e a expressão facial empática. Tal como

vivenciado nos contextos de estágio e na prática profissional, a utilização adequada destas estratégias fortalece a comunicação interpessoal, sendo determinante para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz com a PSC.

Perante o exposto, atingimos as competências inerentes à prestação de cuidados à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. A prestação de cuidados foi orientada por uma abordagem holística, centrada na pessoa e sustentada na evidência científica, promovendo a tomada de decisão partilhada, a humanização dos cuidados e a adaptação às necessidades individuais e contextuais de cada situação clínica complexa, garantindo, assim, uma prática de enfermagem especializada, ética e segura.

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

Para a aquisição e desenvolvimento das competências aqui inerentes, torna-se fundamental, em primeiro lugar, compreender o significado das diferentes situações que envolvem cenários de emergência, exceção e catástrofe.

Tal como descrito nas Competências Específicas do EEEMCEPSC, uma situação de emergência resulta, após uma pessoa ser submetida a uma agressão, que lhe causa perda de saúde, ameaçando a sua integridade e colocando-a em risco de vida. Já uma situação de exceção, consiste num desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, exigindo a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos, tanto humanos como técnicos disponíveis (Regulamento nº429/2018).

Por outro lado, a Lei de bases da Proteção Civil define catástrofe como um “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” (Decreto-Lei n.º 27/2006, p.3).

Com a necessidade de estarmos preparados para intervirmos da melhor forma em qualquer situação, torna-se essencial conhecermos os planos de emergência hospitalares internos dos diferentes serviços, desde o contexto laboral até aos estágios. No SUP onde desempenhamos funções, participamos ativamente na realização de diversos simulacros neste âmbito, mobilizando tanto os profissionais deste serviço como os profissionais dos setores envolventes como a proteção civil e corporações de bombeiros, difundindo o plano de emergência e catástrofe por toda a equipa e planeando as nossas intervenções.

Podemos afirmar que estivemos expostos a situações de emergência em todos os contextos de estágio e na prática laboral. No que diz respeito a situações de exceção e catástrofe,

enquanto profissional de saúde experienciamos um acontecimento que teve impacto global, como o vivido durante a pandemia covid-19. Este acontecimento permitiu-nos, perante a adversidade, desenvolver competências como a definição de prioridades, a adequação da resposta consoante a evolução da situação e demonstrando conhecimentos na gestão e na utilização de comunicações de emergência e catástrofe. Através deste cenário real, revelaram-se também as vulnerabilidades físicas, emocionais e sociais das PSC, salientando a pertinência do Modelo Conceptual da Vulnerabilidade de Rogers (1997), ao evidenciar a importância de cuidados individualizados e sensíveis às fragilidades humanas.

Tivemos ainda a oportunidade de intervir em cenários com múltiplas vítimas, quer no contexto profissional, quer no SUP de um Hospital de Referência em Trauma, numa cidade de Londres. Em ambos os casos, a chegada simultânea de várias vítimas, provenientes de um evento com uso de armas de fogo, exigiu uma atuação rápida, coordenada e tecnicamente fundamentada, nomeadamente no que se refere à preservação de vestígios e ao cumprimento da cadeia de custódia, com a consequente ativação das autoridades competentes. Nestas situações, a atenção às famílias das vítimas assume igualmente um papel fundamental. Neste hospital britânico, que assume um papel de centralidade na resposta a grandes emergências, pudemos também assistir e participar num simulacro de resposta a *Major Incidents*, incluindo cenários de risco biológico, químico e nuclear. Este exercício reforçou a importância da comunicação eficaz, da atuação interprofissional coordenada e da capacidade de resposta rápida, competências que se enquadram no desenvolvimento gradual descrito por Benner (2001).

A experiência profissional como enfermeiro integrado na EEMI, proporcionou igualmente a vivência de múltiplas situações de emergência, nas quais a garantia das condições de segurança, a adaptação à situação de trauma e a evacuação e transporte seguros da PSC foram prioridades.

A realização do curso MRMI (Anexo VII) constituiu uma mais-valia para o desenvolvimento de competências específicas, através da prática simulada de cenários multivítimas, em articulação com profissionais de saúde, da proteção civil, bombeiros, comunicação social e gestão hospitalar, adquirindo competências de forma integrada, nas três vertentes: emergência, exceção e catástrofe.

Por fim, a participação em eventos científicos, como no Congresso Internacional de Emergência em 2023 (Anexo II) e nas Jornadas de Medicina Intensiva da Península de Setúbal em 2025 (Anexo IV), permitiu-nos aprofundar conhecimentos baseados na evidência científica, contribuindo para a aquisição e o desenvolvimento contínuo de competências fundamentais ao exercício da enfermagem especializada.

Com base na análise crítica e reflexiva das experiências adquiridas ao longo do percurso formativo e profissional, considera-se que foram adquiridas e consolidadas as competências inerentes à dinamização de respostas a situações de emergência, exceção e catástrofe. As intervenções são sustentadas pela antecipação, planeamento e intervenção eficaz em cenários de elevada complexidade, evidenciando capacidade de liderança, tomada de decisão célere e fundamentada, bem como a articulação com equipas multidisciplinares, garantindo uma resposta organizada, segura e ajustada às necessidades emergentes da PSC e da comunidade.

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

Segundo a Direção-Geral de Saúde (DGS), uma *"Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade"* (DGS, 2017, p.4). As IACS não constituem uma problemática recente, assumindo atualmente uma importância crescente a nível global, uma vez que são adquiridas no decurso da prestação de cuidados de saúde, sendo, em muitos casos, evitáveis (DGS, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) com a criação da *World Alliance for Patient Safety* em 2004, *"definiu a segurança do doente e a necessidade de cuidados de saúde de qualidade como uma prioridade global"* (Despacho n.º 10901/2022, p. 93). Em consonância com esta orientação, o Ministério da Saúde, através do Despacho n.º 2902/2013, concretizou a elaboração do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) (Despacho n.º 10901/2022). Os principais objetivos deste programa centram-se na *"redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos"* (Despacho nº 15423/2013, 2013, p.34563).

No exercício da nossa atividade profissional, desde 2023 integramos a equipa da PPCIRA, sendo um dos elementos de referência no SUP, estabelecendo ligação direta com o núcleo coordenador desta equipa a nível institucional. Participamos em diversas auditorias, incluindo auditorias à higiene das mãos e ao uso adequado de luvas, bem como ao manuseamento e separação de resíduos hospitalares. Estas ações culminaram na elaboração e dinamização de duas formações internas: uma sobre *"Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) – Higiene das Mãos"* (Apêndice III) e outra sobre agentes infecciosos intitulada *"Inimigos Invisíveis – Medidas de Isolamento"* (Apêndice V).

Nos contextos de estágio, nomeadamente na UCIE e na UCIP, verificámos que estavam implementados diversos protocolos de prevenção e controlo de infeção, em consonância com os feixes de intervenção preconizados pela DGS, como a Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central, Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical e Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico. Os enfermeiros que integravam a equipa da PPCIRA realizavam, de forma sistemática, auditorias aos procedimentos, compilando os dados obtidos e partilhando-os com a restante equipa como estratégia de melhoria contínua dos cuidados prestados. Esta prática contribui decisivamente para o cumprimento dos procedimentos standardizados, para a promoção de uma cultura de segurança e responsabilidade partilhada, promovendo a prevenção e controlo de infeção.

No âmbito da prática profissional no SUP, identificou-se a necessidade de reforçar as medidas de prevenção e controlo de infeções relacionadas com dispositivos invasivos, nomeadamente os cateteres venosos periféricos (CVP), frequentemente utilizados neste contexto. Com base nesta análise, em conjunto com duas colegas e como mote proveniente da UC "Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde" decorrente deste mestrado, realizámos uma auditoria aos cuidados prestados ao CVP, elaborando posteriormente uma formação para a equipa, intitulada "Cateteres Venosos Periféricos no Serviço de Urgência Geral" (Apêndice VII). Este processo culminou na elaboração de uma norma de procedimento específica para o SUP, intitulada "Cuidados ao Cateter Venoso Periférico" (Apêndice VIII).

Este conjunto de intervenções implementadas, vão ao encontro às Competências Específicas do EEEMCEPSC, diagnosticando quais as necessidades do serviço e implementando estratégias proativas com vista à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. Através de uma atuação baseada na evidência e em conformidade com os princípios de prevenção de infeções, contribui-se igualmente para o fortalecimento da resposta institucional aos desafios colocados pela resistência antimicrobiana.

Desta forma, considera-se que foram adquiridas e aprofundadas as competências inerentes à prevenção e controlo de infeção. A prática clínica demonstrou um compromisso contínuo com a implementação de diversas estratégias, a utilização criteriosa de antimicrobianos e a tomada de decisões fundamentadas na evidência científica, assegurando cuidados seguros, eficazes e adequados à complexidade e urgência das situações críticas vivenciadas.

Face ao exposto e a toda a reflexão anteriormente realizada, considera-se que foram adquiridas e desenvolvidas as competências clínicas e organizacionais necessárias ao exercício especializado, conforme estabelecido no regulamento que enquadra o perfil de competências do EEEMCEPSC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório documenta e analisa de forma sistemática e fundamentada todo o percurso formativo realizado com o propósito de adquirir e desenvolver as competências inerentes à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, bem como as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCEPSC). Foi realizada uma reflexão crítica e aprofundada sobre esse percurso, com o objetivo de avaliar em que medida as competências delineadas foram efetivamente alcançadas e de que forma se manifestaram ao longo da prática e da formação.

Tanto o processo formativo como a elaboração deste relatório foram sustentados na mais recente evidência científica disponível. O nosso raciocínio em enfermagem foi alicerçado na Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa, de McCormack e McCance, e no Modelo Conceptual da Vulnerabilidade, de Rogers, que permitiram enquadrar e compreender, de forma teórica e prática, o fenómeno em estudo.

A realização de uma *scoping review* constituiu um momento estruturante deste percurso, ao possibilitar a fundamentação teórica da temática em análise, a identificação do “estado da arte” e a sustentação das intervenções e competências desenvolvidas, com base em evidência científica atualizada. A publicação desta revisão na revista científica *Journal of Clinical Medicine* representou um contributo ativo para a disseminação do conhecimento na área, promovendo a investigação em Enfermagem e reforçando a valorização da profissão no seio da comunidade científica.

A integração em diversos contextos de estágio permitiu-nos observar realidades distintas, com diferentes dinâmicas de intervenção e resultados clínicos variados. Esta diversidade representou uma mais-valia significativa, potenciando a aquisição de competências diferenciadas e estimulando o pensamento crítico, sempre com o objetivo de identificar e interiorizar práticas que promovem cuidados de elevada qualidade.

Os diferentes contextos de estágio apresentaram desafios diversos. Apesar da familiaridade com o Serviço de Urgência (SU), decorrente da prática profissional prévia, a experiência realizada num Serviço de Urgência Polivalente (SUP) num país estrangeiro proporcionou uma reflexão crítica sobre diferentes modelos de prestação de cuidados, reforçando competências associadas à multiculturalidade e às particularidades culturais, aspetos cada vez mais presentes na prática clínica quotidiana. No estágio realizado na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), o principal desafio identificado prendeu-se com a gestão do ambiente no qual os cuidados eram prestados, exigindo elevada capacidade de adaptação e tomada de decisão. Por sua vez, os estágios desenvolvidos na Unidade de Cuidados Intensivos Específicos (UCIE) e na Unidade de

Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) revelaram-se particularmente exigentes, na medida em que se afastavam significativamente da nossa prática profissional habitual. Estas experiências implicaram um esforço adicional de adaptação tanto ao contexto clínico como à dinâmica diferenciada de prestação de cuidados, proporcionando, por isso, um desenvolvimento acentuado de competências clínicas e reflexivas.

Importa sublinhar que todos os contextos de estágio envolviam, de forma direta, a prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma, temática central deste relatório, permitindo assim o desenvolvimento das competências específicas e a sua articulação com os resultados da *scoping review*. Esta articulação potenciou uma partilha bidirecional de conhecimentos, permitindo não só a aquisição de saberes, mas também a sua devolução ao contexto clínico, promovendo boas práticas fundamentadas na evidência mais recente.

Consideramos, por conseguinte, que os objetivos definidos inicialmente, quer para os estágios, quer para a elaboração do presente relatório, foram integralmente atingidos. A importância de uma abordagem holística à pessoa em situação crítica foi reiterada ao longo de todo o percurso, reforçando o nosso alinhamento com os princípios dos cuidados de qualidade e com a essência da “arte de cuidar”, tão intrinsecamente ligada à enfermagem.

Concluimos, assim, que foi possível adquirir e consolidar um conjunto de competências, tornando-nos aptos a prestar cuidados especializados à PSC, cumprindo desta forma, os requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Surgeons - The Committee on Trauma. (2018). *ATLS: Advanced Trauma Life Support* (10^a ed.). Chicago: American College of Surgeons. ISBN: 978-0996826235
- Anderson, M. W., & Watson, G. A. (2013, Janeiro). Traumatic shock: The fifth shock. *Journal of Trauma Nursing*, 20 (1): 37-43. <https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e318286620a>
- Assembleia da República. (1995). *Código Penal: Lei n.º 48/1995, de 15 de março. Diário da República: I série, n.º 63, 1350-1416.* <https://files.dre.pt/1s/1995/03/063a00/13501416.pdf>
- Assembleia da República. (2006). *Decreto-Lei n.º 27/2006, Diário da República, 1.ª série, n.º 126.* <https://files.dre.pt/1s/2006/07/12600/46964706.pdf>
- Assembleia da República. (2006). *Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. Diário da República, 1.ª série, n.º 60, 2242-2257.* <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/03/060a00/22422257.pdf>
- Assembleia da República. (2013). *Despacho n.º 15423/2013. Diário da República, II série, n.º 229.* <https://files.dre.pt/2s/2013/11/229000000/3456334565.pdf>
- Assembleia da República. (2015). *Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. Diário da República: II série, n.º 181.* <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Bassett, C. (2002). Nurse's perceptions of care and caring. *International Journal of Nursing Practice*, 8(1): 8-15. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2002.00325.x>
- Baumgarten, M., & Poulsen, I. (2015). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 205-214. <https://doi.org/10.1111/scs.12177>
- Bellino, A., Gordon, A., Alvarez, A., Schertzer, K. (2020, outubro). Owing The Trauma Bay: Teaching Trauma Resuscitation to Emergency Medicine Residents and Nurses through in-situ Simulation. *Journal of Education and Teaching in Emergency Medicine*, 5(4), 108-148. <https://doi.org/10.21980/J8WK9X>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 9789728535971
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Sabedoria Clínica e Intervenções em Cuidados Agudos e Críticos: Uma abordagem de pensamento em ação* (2ª ed.). Springer Publishing Company. ISBN: 978-0826105738
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry, G. (2019, Janeiro). Thematic Analysis. *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*. 843-860. Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103
- Castro, C. (2019). *Segurança do Doente Crítico: Comunicação eficaz na transição de cuidados no serviço de urgência Geral* (Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde). <http://hdl.handle.net/20.500.12207/4877>
- Chanques, G., Pohlman, A., Kress, J. P., Molinari, N., de Jong, A., Jaber, S., & Hall, J. B. (2014). Psychometric comparison of three behavioural scales for the assessment of pain in critically ill patients unable to self-report. *Critical Care*, 18(5). <https://doi.org/10.1186/cc14000>

- Coimbra, N., & Coimbra, P. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos: Capítulo 21-Trauma*. Lidel. ISBN 978-989-752-419-6
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). *CIPE®: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 9788582714447
- Copp, L. A. (1986). The nurse as advocate for vulnerable persons. *Journal of Advanced Nursing*, 11(3), 255–263. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1986.tb01246.x>
- Costa, S. M. (2016). *A importância das experiências internacionais para a empregabilidade e sucesso profissional* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia, Universidade do Porto). Repositório da Universidade do Porto. https://sigarra.up.pt/fep/en/pub_geral.show_file?pi_doc_id=71682
- Costa, M. & Gonçalves, D. (2021). O Equilíbrio entre a Arte do Cuidar e a Enfermagem como Ciência: Uma Perspetiva Histórica. *Lusíadas Scientific Journal*, 2(2). 62- 64. <https://doi.org/10.48687/ljs.v2i2.58>
- Crossan, L., & Cole, E. (2013). Nursing challenges with a severely injured patient in critical care. *Nursing in Critical Care*. 18(5): 236- 244. <https://doi.org/10.1111/nicc.12019>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., Van Den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), E825–E873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. https://www.anci.pt/sites/default/files/legislações/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf
- Emergency Nurses Association. (2019). *Trauma Nursing Core Course: The premier trauma nursing course for nurses and hospitals worldwide*. <https://www.ena.org/education/tncc>
- Ferreira, R., Moorhead, S., Zuchatti, B., Begnami, N., Ribeiro, E., Carvalho, L., & Duran, E. (2022). Nursing outcomes for patients with multiple traumas and impaired physical mobility: An integrative review. *International Journal of Nursing Knowledge*, 34(2), 133-147. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12384>
- Ferreira, R., Moorhead, S., Zuchatti, B., Correia, M., Montanari, F., & Duran, E. (2023). Nursing interventions and activities for patients with multiple traumas: An integrative review. *International Journal of Nursing Knowledge*. 34(4), 254-275. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12401>
- Gjengedal, E., Ekra, E. M., Hol, H., Kjelsvik, M., Lykkeslet, E., Michaelsen, R., Oroy, A., Skrondal, T., Sundal, H., Vatne, S., & Wogn-Henriksen, K. (2013). Vulnerability in health care: Reflections on encounters in everyday practice. *Nursing Philosophy*, 14(2), 127–138. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2012.00558.x>
- Gomes, E., Araujo, R., Carneiro, A., Dias, C., Lecky, F. E., & Costa-Pereira, A. (2008). Mortality Distribution in a Trauma System: From Data to Health Policy Recommendations. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 34 (6), 561-569. <https://doi.org/10.1007/s00068-007-6189-3>
- Gunst, M., Ghaemmaghami, V., Gruszecki, A., Urban, J., Frankel, H., & Shafi, S. (2010). Changing epidemiology of trauma deaths leads to a bimodal distribution. *Proceedings*

- (Baylor University Medical Center), 23(4), 349–354. <https://doi.org/10.1080/08998280.2010.11928649>
- Hess, E., Grudzen, C., Thomson, R., Raja, A., & Carpenter, C. (2015). Shared Decision-making in the Emergency Department: Respecting Patient Autonomy When Seconds Count. *Academic Emergency Medicine*, 22(7), 856–864. <https://doi.org/10.1111/acem.12703>
- Howard, K., & Steinmann, A. (2010). *Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática* (6a ed.). LUSOCIÊNCIA. ISBN: 9789728930639
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Sistema Integrado de Emergência Médica: Versão 2.0*. INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emergência-Médica.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). *Relatório de atividade dos meios de emergência médica: Atualização 2021*. INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-Meios-de-Emergencia-Medica-2021.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023). *Abordagem ao adulto vítima de trauma com suspeita/confirmação de choque hemorrágico*. (OT.029-01.DEM, 1ª ed.). INEM. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/07/OT.029-01.DEM_Abordagem-do-adulto-vitima-de-trauma-com-suspeita_confirmação-de-choque-hemorrágico.pdf
- James, B., Inaba, K., Morgan, S., Galante, D., Salim, A., Matsushima, K., Cullinane, D., Barmparas, G., & Demetriades, D. (2018). The contemporary timing of trauma deaths. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 84(6), 893–899. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000001882>
- JBİ (2020). *JBİ Manual for Evidence Synthesis*. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBİMES-20-01>
- Júnior, F., Sousa, V., Anjos, S., & Falcão, E. (2023). Tecnologias da Informação e Comunicação no cuidado de enfermagem pós-moderno: perspectivas filosóficas. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 97(esp), e023036. <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1654>
- Kennedy, C.-J. (2017). What is person-centred care and can it be achieved in emergency departments? *Emergency Nurse*, 25(2), 19–23. <https://doi.org/10.7748/en.2017.e1699>
- Kim, H., & Roh, Y. (2024). Perceived trauma nursing core competency, interprofessional collaborative competency and associated barriers among regional trauma center nurses. *International Emergency Nursing*, 72, 101388. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2023.101388>
- King, I. (1981). *A theory for nursing: systems, concepts, process*. New York: Wiley. ISBN: 9780471077954
- Kiwanuka, F., Shayan, S. J., & Tolulope, A. A. (2019). Barriers to patient and family-centred care in adult intensive care units: A systematic review. *Nursing Open*, 6(3), 676–684. <https://doi.org/10.1002/nop2.253>
- Laskowski-Jones, L. (2006). Responding to trauma: Your priorities in the first hour. *Nursing*, 36(9), 52. <https://doi.org/10.1097/00152193-200609000-00036>
- Lattoni, M., Ormazabal, M., Luvini, G., & Uccella, L. (2022). Effect of structured briefing prior to patient arrival on interprofessional communication and collaboration in the trauma team. *Open Access Emergency Medicine*, 30(14), 385–393. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S373044>

Liu, S., Curren, J., Leahy, N., Sobocinski, K., Zambardino, D., Shikar, M., Vasquez, C., Miluszusky, B., & Winchell, R. (2019). Trauma response nurse: Bringing critical care experience and continuity to early trauma care. *Journal of Trauma Nursing*, 26(4), 215–220. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000454>

Locsin, R. (2005). *Technological competency as caring in nursing: A model for practice*. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International. ISBN: 978-1930538122

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

Martiniano, E. C., Nascimento, A. M. V., Campos, J. B. R., Barros, A. B., & Luz, D. C. R. P. (2020). Cuidados de enfermagem ao paciente politraumatizado: Revisão integrativa. *Revista Nursing*, 23(270), 4861–4866. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i270p4861-4872>

McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9(3), 202–209. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2003.00423.x>

McCormack, B. (2019). My vision for person-centred nursing. *Projetar Enfermagem – Revista Científica de Enfermagem*, (2ª ed.), 20–25. https://www.projetarenfermagem.com/_files/ugd/4e34d8_d83ba112a443410eaeaa1dfe179289e9.pdf

McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-centred nursing and health care: Theory and practice*. Oxford, UK: Wiley Blackwell. ISBN: 978-1118990568

McCormack, B., McCance, T., Bulley, C., Brown, D., McMillan, A., & Martin, S. (2021). The person-centred practice framework. In B. McCormack (Ed.), *Fundamentals of person-centred healthcare practice* (pp. 3–17). Wiley Blackwell. ISBN: 978-1119533085

McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M., & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(1), 27–36. <https://doi.org/10.1054/iccn.2002.1611>

Ministério da Saúde. (2002). *Despacho Normativo n.º 11/2002, de 6 de março. Diário da República: I série-B, n.º 55*. <https://files.dre.pt/1s/2002/03/055b00/18651866.pdf>

Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos: Relatório final*. Governo de Portugal. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avaliação-nacional-da-situação-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

Ministério da Saúde. (2014). *Despacho n.º 5561/2014, de 23 de abril. Diário da República: II série, n.º 79*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/08/05-Despacho-5561-2014-de-23-de-abril.pdf>

Ministério da Saúde. (2017). *Despacho n.º 8977/2017, de 11 de outubro. Diário da República, II série, n.º 196*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2017/10/196000000/2303823041.pdf>

Ministério da Saúde. (2022). *Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro. Diário da República, II série, n.º 174*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>

Ministério Público. (1978). *Declaração Universal dos Direitos Humanos. Diário da República: I Série, n.º 57/78, de 9 de março de 1978*.

https://dcjri.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/pdf/declaracao_universal_dos_direitos_do_homem.pdf

Montezeli, J. H., Meier, M. J., Peres, A. M., Venturi, K., & Wolff, L. D. G. (2009). Enfermagem em emergência: Humanização do atendimento inicial ao politraumatizado à luz da teoria de Imogene King. *Cogitare Enfermagem*, 14(2), 384–387. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648975024.pdf>

Mulder, M. (2007). Competência: Essência e utilização do conceito em ICVT. *Revista Europeia de Formação Profissional*, 40(1), 5–14. Recuperado de https://www.cedefop.europa.eu/files/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/468/40_pt_mulder.pdf

Nasr, A., Tomasich, F., Collaço, I., Abreu, P., Namias, N., & Marttos, A. (2020). The trauma golden hour: A practical guide. *Springer International Publishing*. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-26443-7>

Neves, M. P. (2006). Sentidos da vulnerabilidade: Característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*, 2(2), 157–172. <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7966>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Divulgar. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: Da evidência à ação*. Conselho Internacional de Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-português_vfinal_correto.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

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

Organização Mundial de Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Parecer n.º 15/2018. (2018). Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva. *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-nº15_2018-funções-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Pereira, P. M., & Melo, R. B. (2019). Manual de urgências e emergências: Abordagem geral do politraumatizado (3ª ed.). Lisboa: Lidel. ISBN: 978-9897524073

Pham, J. C., Trueger, N. S., Hilton, J., Khare, R. K., Smith, J. P., & Bernstein, S. L. (2011). Interventions to improve patient-centered care during times of emergency department crowding. *Academic Emergency Medicine*, 18(12), 1289–1294. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01224.x>

Pinho, J. (2020). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Lisboa: Lidel. ISBN: ISBN 978-989-752-419-6

- PORDATA. (2023). Óbitos por algumas causas de morte por 100 mil habitantes. Lisboa. Disponível a 15 de janeiro de 2024, em https://www.pordata.pt/sites/default/files/2024-09/Europa_E15030005.xlsx
- Purdy, I. B. (2004). Vulnerable: A concept analysis. *Nursing Forum*, 39(4), 25–33. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2004.tb00011.x>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República: II série, n.º 135*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República: II série, n.º 26*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 190/2019 da Escola Superior de Saúde Egas Moniz. (2019). *Regulamento de creditação de formação e competências*. *Diário da República: II série, n.º 41*. <https://legacy.egasmoniz.com.pt/media/104563/Regulamento-de-Credita%C3%A7%C3%A3o-de-Forma%C3%A7%C3%A3o-e-Compet%C3%Aancias.pdf>
- Rogers, A. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 65–72. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x>
- Rudge, A. M. (2009). Trauma. Rio de Janeiro: Zahar. ISBN: 978-8537801291
- Souza, T. L., Azzolin, K. O., & Fernandes, V. R. (2018). Multiprofessional care for delirium patients in intensive care: Integrative review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e20170157. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0157>
- Stanford, P., Booth, N., Suckley, J., Twelvetree, T., & Thomas, D. (2016). Assessment of injury severity in patients with major trauma. *Nursing Standard*, 30(49), 54–63. <https://doi.org/10.7748/ns.2016.e10342>
- Stewart, D. J. (2014). Blunt chest trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 21(6), 282–284. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000079>
- Trecossi, S., Meneghete, F., Fagherazzi, V., Ossovski, M., Oliveira, A., Antunes, M., Alves, S., & Santos, R. (2018). Avaliação da dor em pacientes críticos: Revisão integrativa. *Journal of Nursing*, 12(1), 75–82. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a23089p75-82-2018>
- Tribunal de Contas Europeu. (2024). *Segurança rodoviária: Para alcançar os objetivos a UE tem de entrar na via rápida*. Luxemburgo: Tribunal de Contas Europeu. Recuperado de https://www.eca.europa.eu/ECAPublications/SR-2024-04/SR-2024-04_PT.pdf
- World Health Organization. (2012). *Guidelines for trauma quality improvement programmes*. Geneva: World Health Organization. ISBN: 978-9241597746
- World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016–2026: Executive summary* (WHO/HIS/SDS/2015.6). Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>
- Zhang, M., He, Q., Wang, Y., Pang, S., Wang, W., Wang, D., Shi, P., Zhao, W., & Luan, X. (2019). Combined penetrating trauma of the head, neck, chest, abdomen and scrotum caused by falling from a high altitude: A case report and literature review. *International Emergency Nursing*, 44, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.01.001>

APÊNDICES

Apêndice I: Scoping Review “Intervenções de Enfermagem na Abordagem a Vítimas de Trauma”



Review

Nursing Interventions in Approaching Trauma Victims: Scoping Review

Sofia Padinha ^{1,2,3,*}, Júlio Belo Fernandes ^{2,3} and Cidália Castro ^{2,3,*}

¹ Department of Nursing, Almada-Seixal Local Health Unit, 2805-267 Almada, Portugal

² Nurs* Lab, Monte da Caparica, 2829-511 Almada, Portugal; jfernandes@egasmoniz.edu.pt

³ Egas Moniz Center of Interdisciplinary Research (CiiEM), Egas Moniz School of Health & Science, Monte da Caparica, 2829-511 Almada, Portugal

* Correspondence: sofia padinha@hotmail.com (S.P.); ccastro@egasmoniz.edu.pt (C.C.)

Abstract: Background: Trauma is a leading cause of morbidity and mortality worldwide, often resulting in devastating physical, psychological, and social consequences. Nurses play an essential role in stabilizing patients, managing acute care, and ensuring continuity of treatment. Given the complexity of trauma care, continuous specialized training in nursing is crucial to enhance the quality of interventions and improve patient outcomes. **Objective:** We aimed to map and analyze nursing interventions in approaching trauma victims. **Methods:** This scoping review followed the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute. The literature search was conducted in databases available on the EBSCOhost platform and in PubMed. The research question guiding this review was as follows: what nursing interventions are used to approach trauma victims? **Results:** Thus, 1454 articles were identified (348 from ESBOhost and 1106 from PubMed), with 13 meeting the inclusion criteria. The findings were categorized into six key areas: (1) Triage, (2) Initial Approach, (3) Secondary Approach, (4) Professional Training, (5) Interdisciplinary Collaboration, and (6) Care Maintenance. **Conclusions:** Trauma victims require immediate and complex care. Nurses are pivotal throughout all clinical phases, delivering physical and psychological support, collaborating with multidisciplinary teams, and advancing professional training and community education.

Keywords: nursing; intervention; strategy; techniques; methods; polytrauma; multiple trauma



Academic Editor: Arne Driessen

Received: 26 March 2025

Revised: 24 April 2025

Accepted: 24 April 2025

Published: 27 April 2025

Citation: Padinha, S.; Fernandes, J.B.; Castro, C. Nursing Interventions in Approaching Trauma Victims: Scoping Review. *J. Clin. Med.* **2025**, *14*, 3016. <https://doi.org/10.3390/jcm14093016>

Copyright: © 2025 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

Trauma originates from a Greek word meaning “wound”. In medicine, it refers explicitly to injuries caused by external factors [1]. Severe traumatic events involving a high transfer of energy, such as traffic accidents, falls, and gunshot wounds, often result in multiple serious injuries, leading to a polytraumatized person [2].

Beyond its impact on individuals, trauma presents significant social and economic challenges. Therefore, societies must prioritize prevention, treatment, and long-term care, focusing on health. In this context, trauma poses a significant challenge for emergency medicine, critical care, and catastrophe medicine, necessitating specialized surgical and medical responses [3].

According to the World Health Organization [4], approximately 16,000 people die from trauma daily, and thousands more suffer injuries, many with lasting consequences. In Europe, 20,640 people died in road accidents in 2022, with pedestrians, cyclists, and motorcyclists at exceptionally high risk [5]. Trauma remains the leading cause of death worldwide among individuals aged 4 to 44 [6].

Apêndice II: Plano de sessão da Formação em Serviço:
“Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) – Higiene
das Mãos”

PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

SERVIÇO: Serviço de Urgência Geral

TEMA: Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) – Higiene das Mãos

DATA: 15/04/2023 **HORA:** 14h **DURAÇÃO:** 1 hora

LOCAL: Departamento de Formação do Hospital

POPULAÇÃO- ALVO: Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral

FORMADORES: , T, Sofia Padinha,

- OBJETIVOS:**
- Descrever a higienização das mãos como um componente crítico da prevenção e controlo de infeções e Identificar os 5 momentos para higienização das mãos;
 - Demonstrar a forma correta de higienizar as mãos com Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) de acordo com o método recomendado pela OMS;
 - Demonstrar a forma correta de higienizar as mãos com água e sabão, de acordo com o método recomendado pela OMS;
 - Discutir o uso de luvas e a higienização das mãos durante as atividades de atendimento ao doente;
 - Aumentar taxa de adesão dos profissionais do SUG à higienização das mãos.

	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	- Apresentação dos formandos - Exposição dos objetivos da sessão formativa	Método expositivo	5 min
DESENVOLVIMENTO	- Demonstração da pertinência do tema - Transmissão da evidência científica - Exposição de vídeos sobre a Higiene das Mãos - Exposição de vídeos sobre a Utilização de Luvas - Reflexão sobre taxas de adesão da Higiene das Mãos no SUG - Momento prático	Método expositivo Método interativo	40 min
CONCLUSÃO	- Resumo dos pontos principais - Reflexão sobre a prática no SUG	Método expositivo Método interrogativo	10 min
AValiação	- Aplicação do questionário de avaliação da sessão	Questões fechadas	5 min
RECURSOS TÉCNICOS	Computador, projetor, tela, monitor de limpeza das mãos		

Apêndice III: PowerPoint da Formação em Serviço: “Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) – Higiene das Mãos”



Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) - **Higiene das Mãos**

Elementos Dinamizadores do GCL-PPCIRA:

Sofia Padinha;

Almada, 15 Abril de 2023

Objetivos

- Descrever a higienização das mãos como um componente crítico da prevenção e controlo de infeções;
- Identificar os 5 momentos para higienização das mãos;
- Demonstrar a forma correta de higienizar as mãos com Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) de acordo com o método recomendado pela OMS;
- Demonstrar a forma correta de higienizar as mãos com água e sabão, de acordo com o método recomendado pela OMS;
- Discutir o uso de luvas e a higienização das mãos durante as atividades de atendimento ao doente;
- Aumentar taxa de adesão dos profissionais do SUG à higienização das mãos.

10 PBCI

1. Colocação de doentes
2. **Higiene das mãos**
3. Etiqueta respiratória
4. Utilização de equipamento de proteção individual
5. Descontaminação de equipamento clínico
6. Controlo ambiental
7. Manuseamento seguro da roupa
8. Recolha segura de resíduos
9. Práticas seguras na administração de injetáveis
10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

	DGS desde 1899 Direção-Geral da Saúde	NORMA da Direção-Geral da Saúde
Francisco Henrique Moura George Digitalmente assinado por Francisco Henrique Moura George Data: 2012.12.29 14:46:04.2		
NÚMERO:	029/2012	
DATA:	29/12/2012	
ATUALIZAÇÃO:	31/10/2012	
ASSUNTO:	Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)	
PALAVRAS-CHAVE:	Infecção	
PARA:	Dirigentes de Instituições de Saúde e profissionais de saúde	
CONTACTOS:	Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)	

Centra-se na prevenção da infeção evitável.

Higiene das Mãos

É a intervenção **mais efetiva** na prevenção da transmissão de infeção cruzada.



Higiene das Mãos

- Para a higienização das mãos devem ser utilizadas **soluções antissépticas de base alcoólica (SABA)** com **emoliente da pele**, que devem estar disponíveis em **local próximo de cada doente** (ambiente do doente/ambiente envolvente deste). *Categoria IA*

Utilizar preferencialmente SABA (é mais rápido, mais eficaz e mais acessível), mas...

- Se as mãos estiverem **visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica** e, no caso de procedimentos a doentes **com infeções gastrointestinais** (confirmação ou suspeita-ex: *C. difficile*), as mãos devem ser lavadas com **água e sabão**. *Categoria IB*

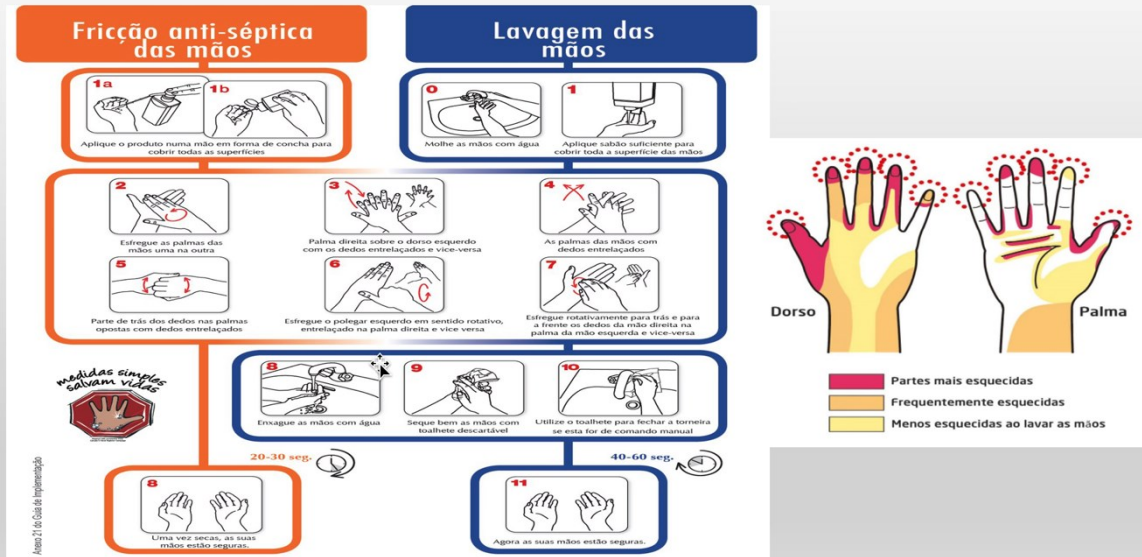


Higiene das Mãos

Antes de proceder à higiene das mãos:

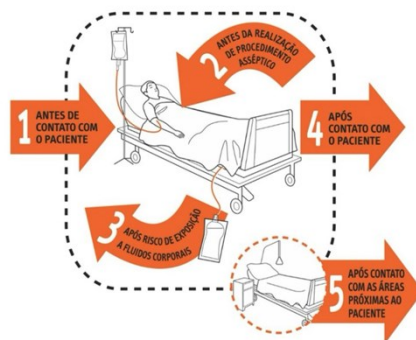
- As unhas devem manter-se curtas e limpas, sem verniz, sem extensões ou outros artefactos;
- Os adornos devem ser removidos (incluindo a aliança);
- Os cortes e abrasões devem estar cobertos com penso impermeável;
- Expor os antebraços (o fardamento não deve ter mangas compridas - até aos pulsos).





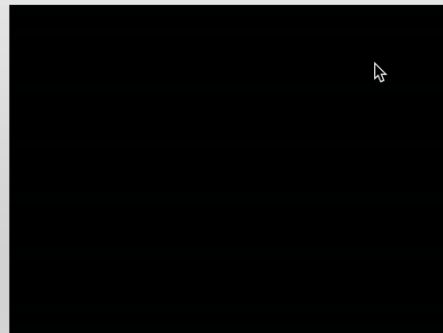
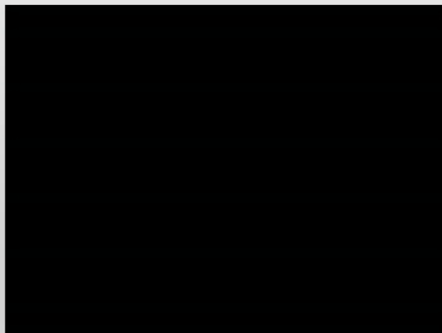
Higiene das Mãos - 5 Momentos

Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



1 ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.
2 ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASÉPTICO	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento aséptico. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.
4 APÓS CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.
5 APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente - mesmo sem ter tido contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

Higiene das Mãos - vídeos



10 PBCI

1. Colocação de doentes
2. **Higiene das mãos**
3. Etiqueta respiratória
4. **Utilização de equipamento de proteção individual**
5. Descontaminação de equipamento clínico
6. Controlo ambiental
7. Manuseamento seguro da roupa
8. Recolha segura de resíduos
9. Práticas seguras na administração de injetáveis
10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

	DGS desde 1899 Direção-Geral da Saúde	NORMA da Direção-Geral da Saúde
NÚMERO: 029/2012		 Francisco Henrique Moura George Diretor-Geral da Saúde
DATA: 29/12/2012		
ATUALIZAÇÃO: 31/10/2013		
ASSUNTO: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)		
PALAVRAS-CHAVE: infeção		
PARA: Dirigentes de Instituições de Saúde e profissionais de saúde		
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)		

Centra-se na prevenção da infeção evitável.

Luvas

- Adequadas ao utilizador e ao procedimento;
- Usadas quando se antecipa exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos, como mucosas, pele não íntegra ou outro material potencialmente infetado;
- Quando existe contacto direto com doentes infetados ou colonizados com microrganismos cuja via de transmissão é o contacto.



Colocação



- 1 Calce as luvas e estenda-as até cobrir o punho do avental de isolamento.
- 2 Troque as luvas sempre que for necessário ou quando for entrar em contato com outro paciente.
- 3 Troque as luvas durante o contato com o paciente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo, ou quando essa estiver danificada.
- 4 Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas.
- 5 Não lavar ou usar novamente o mesmo par de luvas. As luvas não devem ser reutilizadas.
- 6 O uso de luvas não substitui a higiene das mãos.
- 7 Proceder à higiene das mãos imediatamente após a retirada das luvas.

Remoção

Lembre-se: Durante a retirada das luvas evite tocar o lado externo, pois elas estarão contaminadas.



- 1 Com as duas mãos enluvas, segure a parte externa de uma luva na parte superior do pulso.
- 2 Retire esta primeira luva, afastando-se do corpo e do pulso até as pontas dos dedos, virando a luva de dentro para fora.
- 3 Segure a luva que você acabou de remover em sua mão enluvada.
- 4 Com a mão sem luva, retire a segunda luva inserindo os dedos dentro da luva na parte superior do pulso.
- 5 Vire a segunda luva do avesso enquanto a inclina para longe do corpo, deixando a primeira luva dentro da segunda.
- 6 Descarte as luvas na lixeira. Não reutilize as luvas.
- 7 Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.

Utilização de Luvas

- Removidas imediatamente após o uso em cada doente e/ou após procedimentos;
- Substituídas em caso de perfuração;
- Não substitui lavagem das mãos;
- Retirar as luvas corretamente previne a contaminação das mãos;
- Quando usadas em combinação com outros EPI são colocadas no fim e removidas em primeiro lugar.

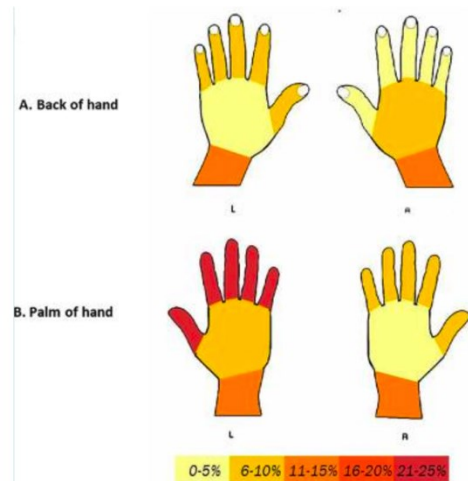
Não
desinfetar
LUVAS

Contaminação das mãos após remoção das luvas contaminadas

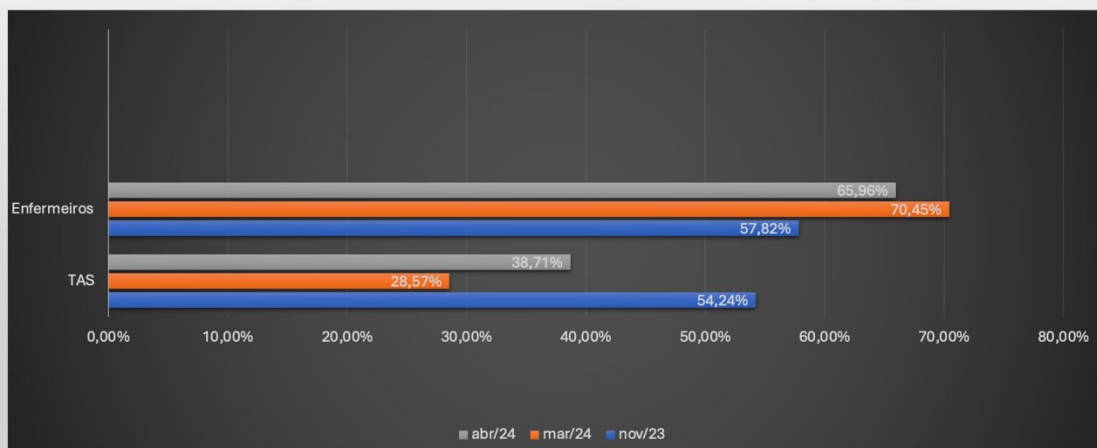
Em simulações realizadas na remoção de luvas, 37% dos profissionais de saúde contaminaram a pele com uma solução fluorescente quando utilizaram a sua técnica típica de remoção de luvas.

A frequência de contaminação da pele foi significativamente mais baixa quando a técnica dos Centros de Controlo e Prevenção de Doenças foi utilizada - 24% vs 44%

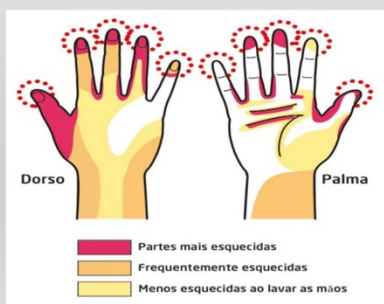
(Alhmedi, H; et al., 2019)



Taxa de Adesão da HM no SUG



Momento Prático



Conclusão

- A adesão às PBCI é fundamental na prevenção da transmissão cruzada de infeção hospitalar;
- Aplicam-se a **TODOS** os doentes;
- Responsabilidade de **TODOS** os profissionais de saúde;
- Extensível às visitas e acompanhantes.

Referências Bibliográficas

Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma n.º 029/2012 de 29/12/2012 atualizada a 31/10/2013 – Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI). Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma n.º 013/2014 de 25/08/2014 atualizada a 07/08/2015 – Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde. Lisboa.

ALHMIDI, H. et al. Contamination of health care personnel during removal of contaminated gloves. **American journal of infection control**, v. 47, n. 7, p.850-852, 2019.

Apêndice IV: Plano de sessão da Formação em Serviço:
“Inimigos Invisíveis – Medidas de Isolamento”

PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

SERVIÇO: Serviço de Urgência Geral

TEMA: Inimigos Invisíveis – Medidas de Isolamento

DATA: 26/03/2025 **HORA:** 15h **DURAÇÃO:** 1 hora

LOCAL: Departamento de Formação do Hospital [REDACTED]

POPULAÇÃO- ALVO: Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral

FORMADORES: [REDACTED], [REDACTED], Sofia Padinha, [REDACTED]

OBJETIVOS: - Descrever a problemática;

- Abordar diversos agentes infecciosos, sinais e sintomas, formas de transmissão e correspondentes medidas de isolamento: Meningite, *Clostridium Difficile*, Tuberculose Pulmonar, *Staphylococcus Aureus* Resistente à Metilina (MRSA);
- Descrever outros microrganismos problema no SUG;
- Procedimentos de Limpeza e Desinfecção da Unidade do Doente.

	Conteúdos	Metodologia	Duração
Introdução	- Apresentação dos formandos - Exposição dos objetivos da sessão formativa	Método expositivo	5 min
Desenvolvimento	- Demonstração da pertinência do tema - Transmissão da evidência científica encontrada na literatura - Abordar diferentes agentes infecciosos, incluindo quais os mais recentes na realidade do SUG - Abordar procedimentos de limpeza e desinfecção das unidades - Reflexão sobre a necessidade das medidas de isolamento	Método expositivo Método interativo	40 min
Conclusão	- Resumo dos pontos principais - Reflexão sobre a prática no SUG	Método expositivo Método interrogativo	10 min
Avaliação	- Aplicação do questionário de avaliação da sessão	Questões fechadas	5 min
Meios Audiovisuais	Computador, projetor e tela.		

Apêndice V: PowerPoint da Formação em Serviço: “Inimigos Invisíveis – Medidas de Isolamento”

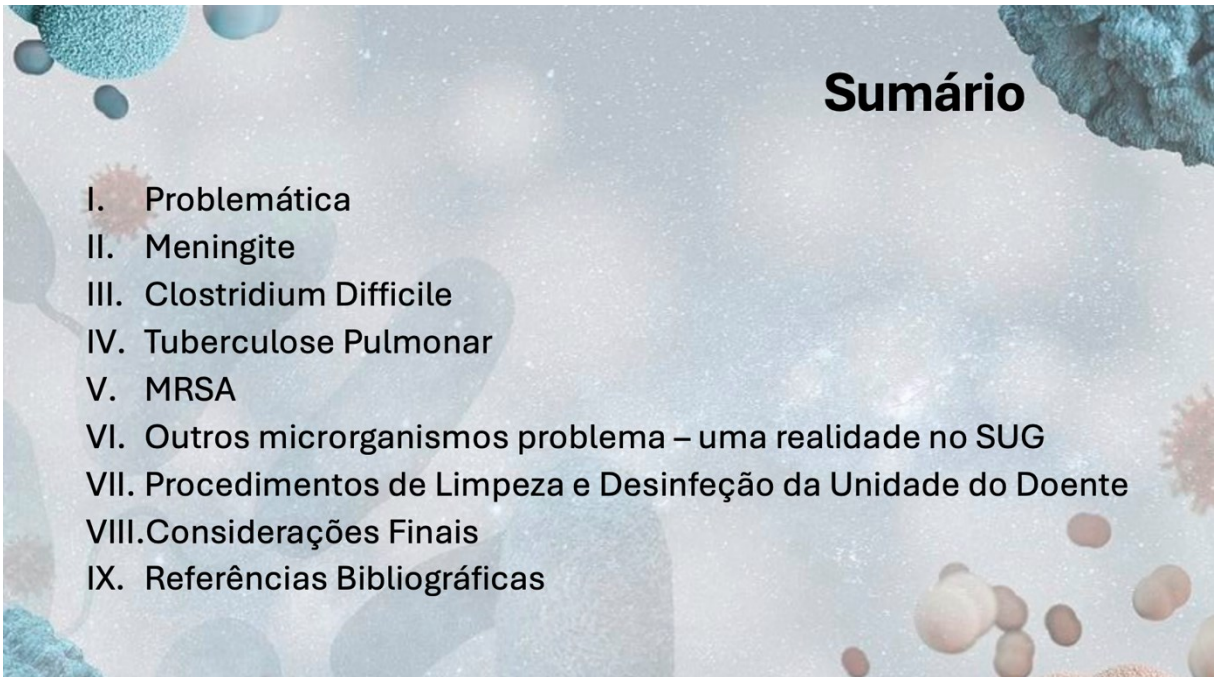


INIMIGOS INVISÍVEIS

- Medidas de Isolamento -

[Redacted], [Redacted] Sofia Padinha, [Redacted]

Almada, 26 março 2025



Sumário

- I. Problemática
- II. Meningite
- III. Clostridium Difficile
- IV. Tuberculose Pulmonar
- V. MRSA
- VI. Outros microrganismos problema – uma realidade no SUG
- VII. Procedimentos de Limpeza e Desinfecção da Unidade do Doente
- VIII. Considerações Finais
- IX. Referências Bibliográficas

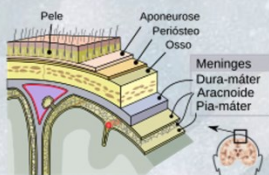
Problemática

A doenças infecciosas são um dos maiores desafios para a Saúde Pública, representando ameaças significativas, especialmente em ambiente hospitalar e em populações vulneráveis.

Os Enfermeiros desempenham um papel fundamental na prevenção e controlo dessas infeções, garantindo que as medidas de prevenção sejam cumpridas de forma rigorosa.

Meningite

Inflamação das meninges
(membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal)



Viral (enterovírus, herpesvírus)

Bacteriana (meningococo, pneumococo)

Fúngica

Parasitária

Meningite

Sinais e Sintomas

- Febre
- Rigidez da nuca
- Cefaleia intensa
- Náuseas e vômitos
- Fotofobia
- Confusão mental
- Convulsões

Diagnóstico

- Exame Clínico
- Punção Lombar (PL)
- Exames de sangue
- TAC ou Ressonância Magnética (para avaliar possíveis complicações cerebrais)

Meningite

— Medidas de Isolamento —

Dependem do agente causador da doença

**Meningite
Fúngica
Meningite
Parasitária**

Não necessitam
isolamento

Precauções
Padrão

Meningite

— Medidas de Isolamento —

Meningite Viral (Enterovírus, Herpesvírus, etc)

Precauções padrão

- Higienização das mãos
- Uso de luvas e avental se houver contacto com secreções

Isolamento de contacto/
gotículas ⚠

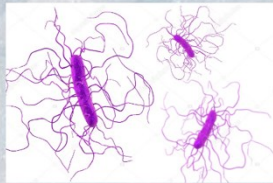
Meningite

— Medidas de Isolamento —

Meningite Pneumocócica (<u>Streptococcus pneumoniae</u>)	Meningite Meningocócica (<u>Neisseria meningitidis</u>)	Meningite Tuberculosa (<u>Mycobacterium tuberculosis</u>)
Precauções Padrão Higienização rigorosa das mãos Máscara Cirúrgica (apenas para procedimentos que geram aerossóis) Isolamento de contacto ⚠	Precauções Padrão Máscara Cirúrgica Higienização rigorosa das mãos Isolamento por Gotículas ⚠	Quarto individual com pressão negativa Máscara N95 / FFP2 Higienização rigorosa das mãos Precauções Padrão Isolamento por Aerossóis ⚠

Clostridium Difficile

Bacilo anaeróbio, *Gram* positivo, formador de esporos e produtor de toxinas (A e/ou B)



Forma esporulada

Forma vegetativa

Via de transmissão: fecal-oral

Clostridium Difficile

Reservatório: Meio ambiente

- Qualquer superfície ou instrumento que seja contaminado com fezes pode servir de reservatório para os esporos de CD.

Locais mais frequentes:

- Laterais das camas, cadeiras, casas de banho, lençóis, monitores, bombas infusoras, entre outros.

Clostridium Difficile

Sinais e Sintomas

- Diarreia aquosa (pode estar associada a muco ou sangue)
- Distensão e dor abdominal inferior
- Cólicas
- Febre baixa
- Náusea e anorexia
- Colite pseudomembranosa (forma mais grave)

Diagnóstico

- Exame Clínico
- Exames de sangue
- RX abdominal e TC AP
- Coproculturas

Clostridium Difficile

— Medidas de Isolamento —

**Suspeita ou
confirmação
de CD**

**Isolamento
de contacto**

**Precauções
Padrão**

Clostridium Difficile

— Medidas de Isolamento —

Clostridium Difficile

Precauções padrão

- Higienização das mãos com **água e sabão** (importante a ação mecânica) nos 5 momentos
- Uso de bata/avental e luvas

Isolamento de contacto ⚠

Assumir sempre que o doente e o ambiente se encontram potencialmente contaminados.

Tuberculose Pulmonar

Infeção bacteriana causada pelo **Mycobacterium tuberculosis**,

Afeta principalmente os pulmões, mas pode atingir outros órgãos.

É uma das doenças infecciosas mais antigas e ainda representa um grande problema de saúde pública mundial, especialmente em países em desenvolvimento.

Latente: A bactéria está presente no organismo, mas o sistema imunológico consegue mantê-la sob controlo, não havendo presença de sintomas nem a sua transmissão. Pode desenvolvê-la no futuro se o sistema imunitário se encontrar mais fragilizado.

Ativa: A bactéria multiplica-se e causa sintomas. Nesta fase, a doença pode ser transmitida para outras pessoas.

Tuberculose Pulmonar

Sinais e Sintomas

- Tosse persistente
- Hemoptises
- Febre baixa
- Sudorese noturna
- Perda de peso
- Fadiga e fraqueza
- Perda de apetite
- Dor torácica e Dispneia (em casos mais avançados)

Diagnóstico

- Exame Clínico
- Alterações Radiológicas
- +
- **Exame Cultural**
(identificação de bacilos de *Mycobacterium tuberculosis*, normalmente na expectoração)

Tuberculose Pulmonar

— Transmissão —

A tuberculose pulmonar é transmitida de pessoa para pessoa através do ar, **por meio de gotículas contaminadas** expelidas quando a pessoa infectada tosse, espirra ou fala.



Como as bactérias podem permanecer suspensas no ar por um longo período em locais fechados e pouco ventilados, a transmissão ocorre com mais frequência nesses ambientes.

Tuberculose Pulmonar

— Medidas de Isolamento —

Precauções padrão

- Higienização das mãos
- Uso de luvas e avental/bata se houver contacto com secreções

Isolamento Respiratório

- Doentes internados em quartos de pressão negativa
- Uso de **Máscara N95 ou FFP2**

Isolamento por
Aerossóis ⚠

Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina (MRSA)

Staphylococcus aureus resistente à metecilina

É uma bactéria de Gram positivo que pode ser encontrada na pele ou na mucosa nasal

Portugal é um dos países europeus com maior incidência de MRSA em unidades hospitalares.

Colonização: 20 a 40% da população está colonizada por Staphylococcus aureus
– 1% colonizado por MRSA –

Infecção: Piodermites, sépsis/choque séptico, meningite, infecções de feridas pós-cirúrgicas, pneumonia

MRSA

— Transmissão —

- Contacto direto entre pessoas colonizadas
- Contacto indireto pela utilização de equipamentos ou superfícies contaminadas,
- Em doentes MRSA positivos, através da propagação da bactéria do reservatório para outra zona do corpo suscetível de ser infetada.

O **maior fator de risco** para aquisição de MRSA são as **mãos dos profissionais de saúde**, quer por contacto direto ou indireto.

MRSA

— Rastreio —

- Todos os doentes transferidos de outras unidades hospitalares com internamento nessa unidade de saúde superior a 48 horas
- Internamento ou uso de antibióticos nos seis meses anteriores
- Hemodiálise
- Unidades de cuidados continuados ou lar/residência de idosos
- Presença de dispositivos invasivos
- Presença de feridas crónicas
- Colonização prévia por MRSA

Deve ser realizado na admissão, através de zaragatoa nasal e amostra de ferida cutânea (se existir)

MRSA

Descolonização

- **Mupirocina 2% pomada nasal** – três aplicações diárias
- **Banho antisséptico com gluconato de clorhexidina a 2%** em toalhetes

Duração: 5 dias

Follow-up

- Realizar **três rastreios** de *follow-up*: 48h após terminar o tratamento e posteriormente de 7/7 dias
- Se a primeira descolonização falhar, deve repetir-se o procedimento, nunca se efetuando mais que dois cursos de descolonização.

MRSA

— Medidas de Isolamento —

Precauções padrão

- Higienização das mãos,
- Uso de luvas e avental,
- Máscara cirúrgica se risco de salpico de secreções ou fluidos, aspiração de secreções ou terapia respiratória

Manter a adoção de **precauções de contacto**, pelo menos, até clara evidência de erradicação - **Três rastreios negativos** após descolonização

Isolamento de contacto ⚠

Microrganismos Problema Uma realidade no SUG

B-Lactamases – Hidrolisam o anel b-lactâmico dos antibiótico	
ESBL (Estirpes Produtoras de Betalactamases de espectro alargado)	<i>Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Proteus mirabilis, Acinetobacter baumannii</i>
OXA (Oxacilinas)	<i>Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae</i>
Carbapenemases – Hidrolisam o anel b-lactâmico dos antibiótico e hidrolisam carbapenémicos	
KPC (Klebsiella pneumoniae Carbapenemase)	<i>Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli, Enterobacter spp., Serratia sp, Pseudomonas aeruginosa</i>
OXA	<i>Acinetobacter baumannii, Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli</i>
Enterococcus – Bactérias Gram-positivas	
Enterococcus faecalis – Mais comum, responde melhor a antibióticos.	
Enterococcus faecium – Mais resistente, frequentemente associado ao VRE (Enterococcus resistente à vancomicina).	

Isolamento de contacto ⚠

Isolamento por Gotículas ⚠

Se isolado em produtos respiratórios

Microrganismos Problema Uma realidade no SUG

VSR (Vírus Sincicial Respiratório)	Isolamento por Gotículas ⚠
Influenza	Isolamento por Gotículas ⚠
SARS-COV-2	Isolamento por gotículas/ Aerosóis ⚠

Procedimentos de Limpeza e Desinfecção da Unidade do doente			
Procedimento		Limpeza + desinfecção diária	Após Alta
I	Doente não infetado	Limpeza diária, apenas 1 vez na Manhã com toalhetes humedecidos - Hexaquart	Limpeza com detergente neutro e a seguir com Lixívia - 1 pastilha
Procedimento	Doente infetado/ Colonizado	Limpeza + desinfecção diária	Após Alta
II	Diarreia e vômitos (sem agente isolado); MRSA/ ESBL; ou qualquer outro agente multiresistente	2x dia (1 de Manhã e 1 à Tarde com: detergente neutro e a seguir com Lixívia (1 pastilha)	2 ciclos (repetir 2 vezes a limpeza com detergente neutro e a seguir com Lixívia - 5 pastilhas)
III	Clostridium difficile/ Acinetobacter Baumanni/ Pseudomonas Aeruginosa MR/ Enterococcus Resistentes à Vancomicina/ Enterobacteriaceae Resistentes aos Carbapenems/ KPC/OXA-48	2x dia (1 de Manhã e 1 à Tarde com: detergente neutro e a seguir com Lixívia (1 pastilha)	3 ciclos (repetir 3 vezes a limpeza com detergente neutro e a seguir com Lixívia - 5 pastilhas)
IV	VSR/ Influenza A/ SARS-CoV-2/ TP	2x dia (1 de Manhã e 1 à Tarde com: detergente neutro e a seguir com Lixívia (1 pastilha)	1H após a saída: 2 ciclos (repetir 2 vezes a limpeza com detergente neutro e a seguir com Lixívia - 5 pastilhas)

Na limpeza diária não esquecer de: limpar grades laterais da cama, parte superior da mesa apoio, doseador da solução alcoólica, suporte de soro, calha técnica, frascos recetais exterior se usados com toalhetes usos único. Higienizar equipamento elétrico com toalhete específico

Considerações Finais

- Os agentes problema são, cada vez mais, uma constante na realidade hospitalar, condicionando constantemente a prestação de cuidados.
- O Enfermeiro assume um papel fundamental na prevenção da infeção cruzada, sendo fulcral na promoção do cumprimento das PBCI, não descurando a importância e necessidade de possuir conhecimentos no que respeita à fisiopatologia dos agentes problema.
- As PBCI mantêm-se como a medida mais efetiva na prevenção da infeção cruzada, sendo indispensáveis e transversais numa prestação de cuidados de qualidade.
- A resistência aos antimicrobianos tem assumido proporções assustadoras, nomeadamente pela prevalência de microrganismos multiresistentes, pelo que a prevenção deverá ser o principal objetivo, neste contexto.

Referências Bibliográficas

DGS. (2015). Prevenção e controlo de colonização e infeção por staphylococcus aureus resistente à meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados. Norma da DGS 018/2014

DGS. (2020). Manual de tuberculose e micobactérias não tuberculosas. Ministério da Saúde

DGS. (2023). Doenças infecciosas: Meningite Bacteriana. Ministério da Saúde

HGO (2019). Norma de procedimento geral: Prevenção e controlo de infeção por Clostridioides difficile – 1050. Circular normativa nº36/2019. Conselho de Administração

HGO. (2020). Norma de Procedimento Geral: Isolamento – 1111. Circular Normativa nº30/2020. Conselho de Administração

Apêndice VI: Plano de sessão da Formação em Serviço:
“Cateteres Venosos Periféricos no Serviço de Urgência Geral”

PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

SERVIÇO: Serviço de Urgência Geral

TEMA: Cateteres Venosos Periféricos no Serviço de Urgência Geral

DATA: 30/10/2024 **HORA:** 15H **DURAÇÃO:** 1Hora

LOCAL: Departamento de Formação [REDACTED]

POPULAÇÃO-ALVO: Enfermeiros do serviço de urgência geral

Formadores: Enfermeiras [REDACTED], [REDACTED], Sofia Padinha

OBJETIVOS:

- Descrever complicações associadas aos CVP's
- Refletir sobre a necessidade de colocação de CVP e a prevenção e controlo das IACS.
- Colaborar na melhoria continua dos cuidados prestados e estimular a prática baseada na evidência.

	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	- Apresentação aos formandos - Exposição dos objetivos da sessão formativa	Método expositivo	5min
DESENVOLVIMENTO	- Demonstração da pertinência do tema - Transmissão da evidência científica encontrada na literatura - Reflexão sobre a necessidade da colocação do CVP	Método expositivo Método interativo	40min
CONCLUSÃO	- Resumo dos pontos principais - Reflexão sobre a prática diária no SUG	Método expositivo Método interrogativo	10min
AValiação	- Aplicação do questionário de avaliação da sessão	Questões fechadas	5min
MEIOS AUDIOVISUAIS	- Computador, projetor e tela.		

Apêndice VII: PowerPoint da Formação em Serviço: “Cateteres Venosos Periféricos no Serviço de Urgência Geral”

CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS

NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL



[Redacted]s, Sofia Padinha

Almada, 2024

Objetivos



DESCREVER
COMPLICAÇÕES
ASSOCIADAS AOS
CVP



REFLETIR SOBRE
A NECESSIDADE
DE COLOCAÇÃO
DE CVP



REFLETIR
SOBRE
PREVENÇÃO E
CONTROLO DAS
IACS



COLABORAR
NA MELHORIA
DOS CUIDADOS
PRESTADOS



ESTIMULAR
PRÁTICA
BASEADA NA
EVIDÊNCIA

RISCO DE INFECÇÃO NO CVP

Administração Endovenosa é uma das técnicas mais utilizadas em meio hospitalar



Através da utilização de Cateteres Venosos Periféricos, com o objetivo de administração de medicação, fluidos, componentes sanguíneos e nutricionais.

Embora seja uma técnica de grande domínio da Profissão de Enfermagem, o cateter venoso periférico pode ser um meio para o desenvolvimento de complicações locais e sistêmicas

(Danski et al., 2015)

2

4% - 28% de todos os Cateteres Venosos Periféricos inseridos não são necessários, expondo o utente a riscos de infeção desnecessários !

70% dos Cateteres Venosos Periféricos inseridos tem complicações:

- Obstrução
- Infiltração
- Sinais inflamatórios
- Infeção local



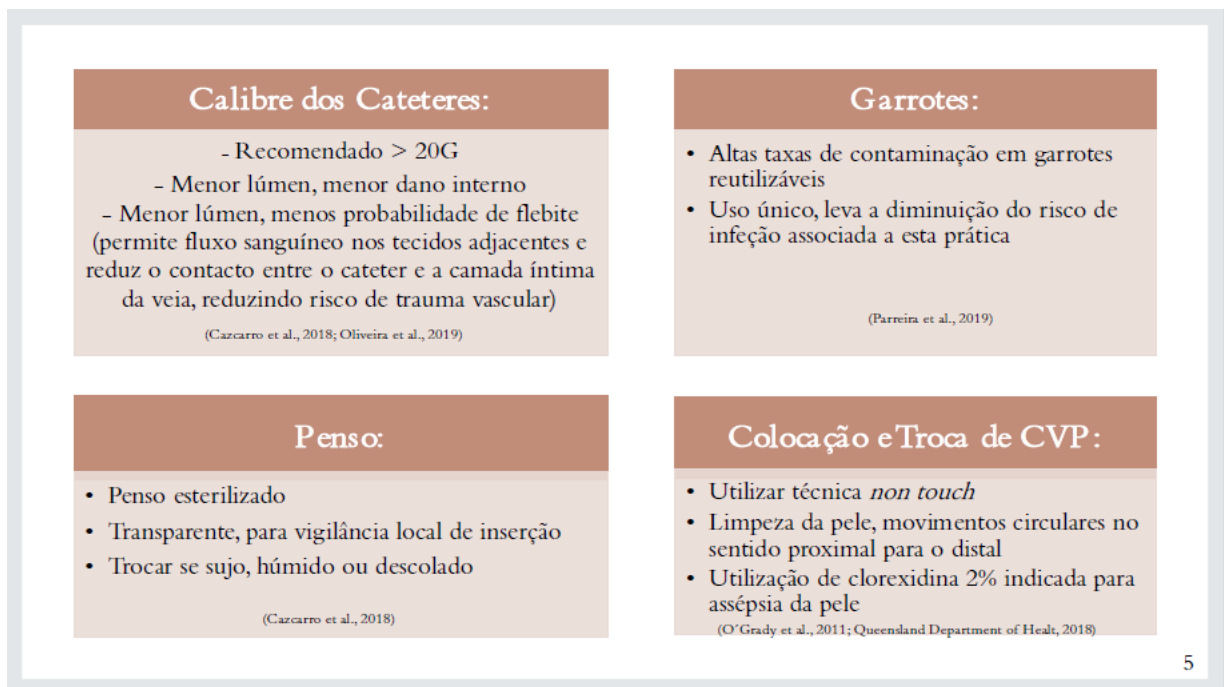
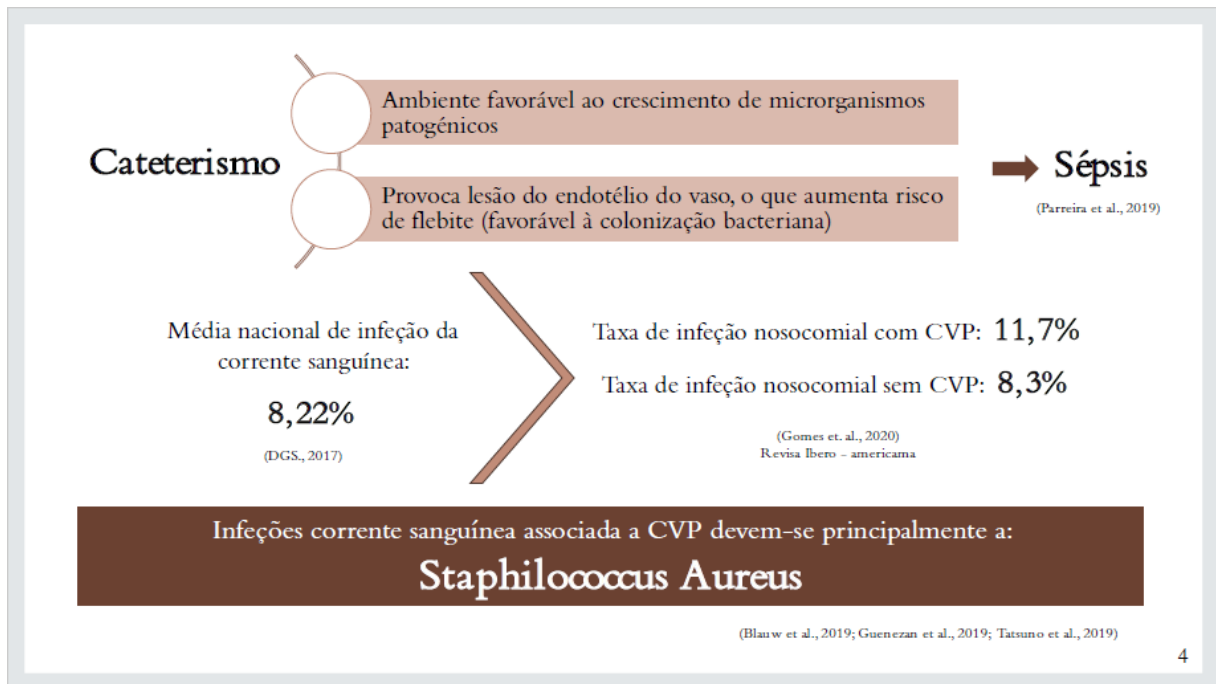
Quase metade das punções venosas falham, causando dor e ansiedade ao utente



Resultando em punções múltiplas

(Keogh & Mathew, 2019)

3



Dados financeiros e de consumo de dispositivos no SUG

2023

41025 Cateteres 20G – 21,038,17€

29949 Válvulas pressão positiva – 10,638,27€

6

Taxa de utilização de CVP no SUG

Dados retirados entre os dias
24/06/2024 – 30/06/2024



Número total: 141 pessoas

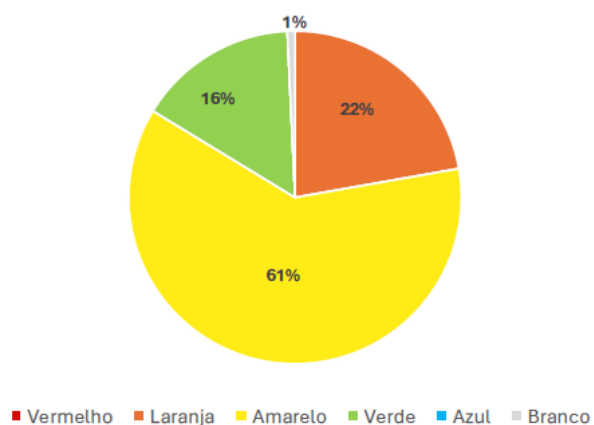
COM CVP – 135

SEM CVP – 6

7

Doentes com colocação de CVP - 135

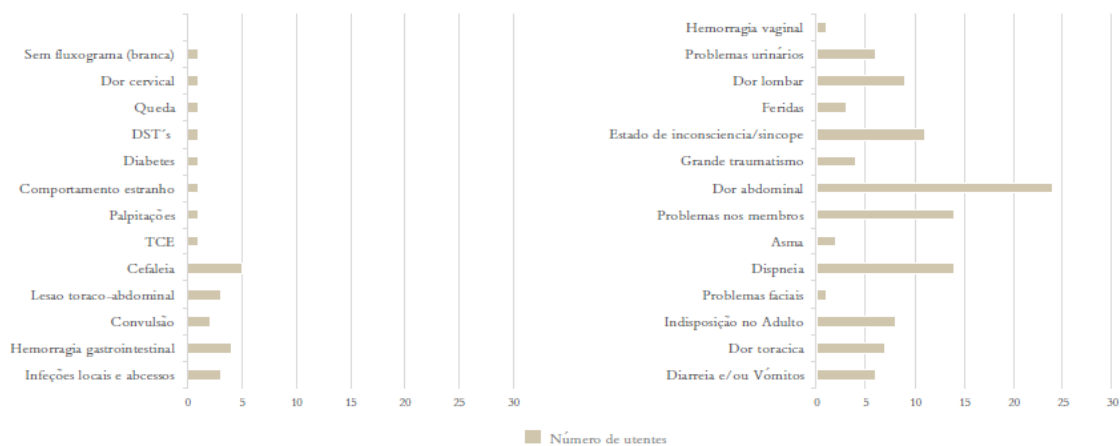
Nível de Prioridades



8

Doentes com colocação de CVP - 135

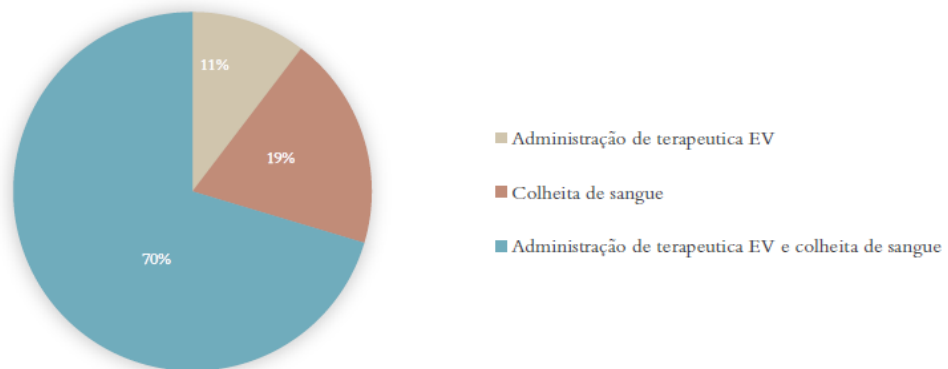
Fluxograma utilizado em doentes com CVP



9

Doentes com colocação de CVP – 135

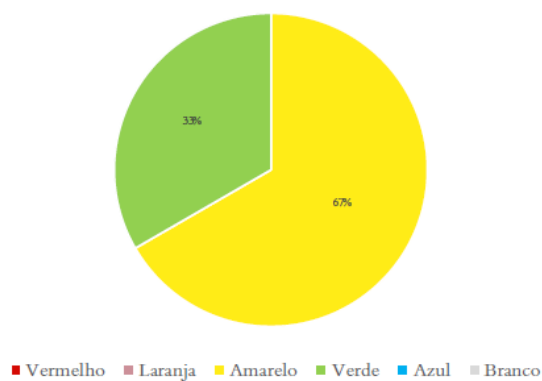
Intervenções de Enfermagem



10

Doentes sem colocação de CVP – 6

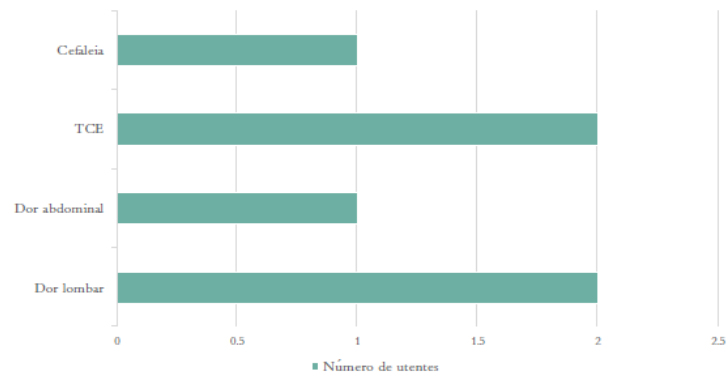
Nível de Prioridades



11

Doentes sem colocação de CVP - 6

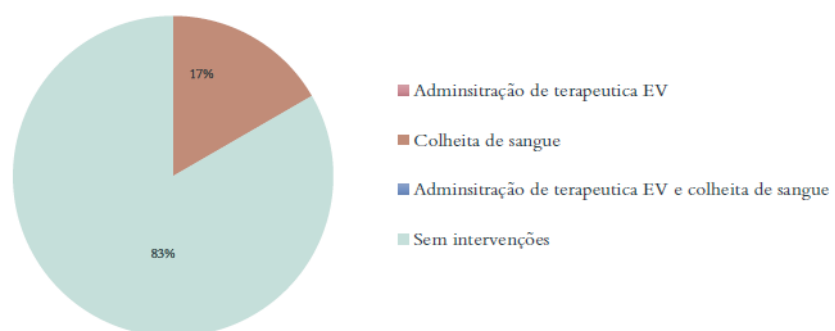
Fluxograma utilizado em doentes **sem** CVP



12

Doentes sem colocação de CVP - 6

Intervenções de Enfermagem



13

Utilização
desnecessária do CVP

No SUG !



Objetivo:

Dirigir
cuidados

Diminuir
complicações

14



Faz sentido colocar CVP em todos os doentes?

Só com colheita de sangue, fará sentido deixar CVP?

Como podemos fazer para garantir que o doente não sai
do SUG com o CVP colocado?

15



15



15

RECOMENDAÇÃO DE MELHORIA DE ACTUAÇÃO: PROCEDIMENTOS DE CUIDADOS AO CVP

Inserção

Manutenção

Remoção

16

Inserção:

- Preferencialmente nos membros superiores.
- Evitar locais pré e pós-operatórios, áreas edemaciadas ou lesionadas ou membro superior homolateral de mastectomia, fistula de diálise ou hemiplegia.
- Higiene das mãos com água e sabão ou solução de base alcoólica.
- Utilização de luvas limpas.
- Desinfecção da pele através de fricção com antisséptico e deixar secar ao ar.
- Técnica *non touch*.

(Keogh & Mathew, 2019)
(Zingg et al., 2023)

17

Manutenção:

- Avaliação do local de inserção.
- Privilegiar o uso de válvula bidirecional, na inexistência de soroterapia contínua.
- Preferência por utilização de pensos transparentes esterilizados e semipermeáveis.
- Manter local de inserção visível.
- Desinfetar o obturador com clorhexidina antes da administração de terapêutica.
- Lavar com SF o obturador, após a administração de qualquer terapêutica.
- Registo no processo do doente quando se coloca o CVP e quando é removido por sinais inflamatórios, infiltração ou extravasamento.
- Registo diário de quantos CVP possui o doente.

(Keogh & Mathew, 2019)
(Zingg et al., 2023)

18

Remoção:

- Trocar a cada 48h (em contexto de SUG), ou sempre que se desconheça data de inserção.
- Sempre que apresente sinais inflamatórios ou infiltração.
- Sempre que não exista necessidade de administração terapêutica por via endovenosa.

(Keogh & Mathew, 2019)
(Zingg et al., 2023)

19

Queixa na Entidade Reguladora da Saúde

Norma de Procedimento: Cuidados ao Cateter Venoso Periférico (A ser desenvolvido)

Nome: João Miguel
Sexo / D.N. (Idade): Masculino / 2000/04/04

Prescrições Médicas

Prescrição de atitudes terapêuticas

Lista de atitudes terapêuticas

Enc. [%]

Atitude Terapêutica

- Aplicação De Calor
- Aplicação De Frio
- Aplicação De Meias De Compressão
- Cuidados Com Cateter Intravenoso Periférico**
- Elevação Da Cabeceira Da Cama
- Enema De Limpeza
- Hemofiltração
- Isolamento De Contato
- Medidas De Contenção Física
- Monitorização De Sinais Vitais
- Repouso No Leito
- Transfusão De Concentrado Eritrocitário

Enc. OK Cancelar

20

Conclusão

- IACS problema frequentemente evitável
- Pensamento crítico sobre pertinência na colocação de CVP
- Boas práticas devem-se sobrepor aos contextos
- Prática baseada na evidência leva a excelência dos cuidados
- Uniformizar esta técnica muito frequente – colocação de CVP
- Com o objetivo de prevenção de complicações e uma melhor utilização dos recursos disponíveis

21

Referências Bibliográficas

- Blaw, M. (2019). Risk Factors and Outcomes Associated With Hospital-Onset Peripheral Intravenous Catheter-Associated *Staphylococcus aureus* Bacteremia. *Infection Diseases Society of America*. DOI: <https://wwwmark.it/Risk-Factors-and-Outcomes-Associated-With-Hospital-Onset-Peripheral-Intravenous-Catheter-Associated-Staphylococcus-aureus-Bacteremia> | Open Forum Infectious Diseases | Oxford Academic (oup.com)
- Cacaro, R. (2018). Las mejores prácticas en los cuidados del catéter Periférico Certo: Revisión de las guías de práctica clínica. *Revista de Enfermagem*. ISSN 0210-5020. Vol.41 Nº2 (2018). P.61-66.
- Daniel, M. (2015, Novembro-Dezembro). Incidência de complicações locais no cateterismo venoso periférico e fatores de risco associados. *Acta Paulista de Enfermagem*. (28(6). <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500007>
- DGS (2017). Programa de Prevenção e Controle de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). DOI: https://www.DGS.PCIRA_VR.pdf (ms.gov.pt)
- Guemran, J., Dragon, B., O'Neill, R., Caillaud, D., Straumad, C., Pouzet, C., Seguin, S., Fraica, D., Minoz, O. (2019). Skin antisepsis with chlorhexidine-alcohol versus povidone iodine-alcohol, combine do not with use of a bundle of new devices, for prevention of short term peripheral venous catheter - related infections complications and catheter failure: on open - label, single - center, randomised four - parallel group, two - by - two factorial trial: CLEAN 3 Protocol Study. DOI: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/4/e028549.full.pdf>
- Knigh, S., Mathew, S. (2019). Peripheral intravenous catheters: A review of guidelines and research. In Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (June February). https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-06/Guidance-review-peripheral-intravenous-catheters-a-review-of-guidelines-and-research_apt.pdf
- O'Grady, N. (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter - Related Infections. Department of Health and Human Services, USA. Centers for Disease Control and Prevention. DOI: <https://www.cdc.gov/hai/pdf/4i-guidelines-2011.pdf>
- Oliveira, A., Parris, P., Melo, M., Sera, C., Braga, L., Bato, M. (2019) Práticas de enfermagem no cateterismo venoso periférico: a flexibilidade e a segurança do doente. *Texto Contexto Enferm*. V.28. 2019. DOI: https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20180109.pdf
- Parris, P., Senabague, B., Costa, P., Mónico, L., Oliveira, V., Sousa, L., Gama, F., Bernardes, R., Adriano, D., Marques, L., Braga, L., Graveto, L., Orlino, N., Oliveira, A. (2019). Impacto de um curativo e tomiquete inovadores de fixação em complicações e contaminação relacionadas a cateteres intravasculares periféricos: um estudo intervencionista. *International Journal of Environment Research and Public Health*. (2019). DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6765315/>
- Queensland Department of Health (2018). Guideline For Peripheral Intravenous Catheter (PIVC) Department of Health. DOI: https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0025/44490/icare-pivc-guideline.pdf
- Tatsuo, K. (2019). Clinical Features of Bloodstream Infections Associated With Peripheral Venous Central Venous Catheter. Department of Infection Control and Prevention, the University of Tokyo Hospital. Disponível na WWW.URL. Clinical Features of Bloodstream Infections Associated with Peripheral Venous Central Venous Catheters | SpringerLink
- Zingg, W., Barton, A., Binnead, J., Eggimann, P., Pujol, M., Simon, A., & Tazet, J. (2023). Best practice in the use of peripheral venous catheters: A scoping review and expert consensus. *Infection prevention in practice*, 5(2), 100271. <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2023.100271>.

Apêndice VIII: Norma de Procedimento “Cuidados ao Cateter Venoso Periférico”

[DOC. REPT]

SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

NORMA DE PROCEDIMENTO

Serviço de Urgência Geral – [REDACTED]

Cuidados ao Cateter Venoso Periférico

APROVAÇÃO

OBJETIVO	Definir cuidados ao cateter venoso periférico; Indicar em que situações colocar cateter venoso periférico
DESTINATÁRIOS	Enfermeiros/as
PALAVRAS-CHAVE	Cuidados; Indicações; Cateter; Venoso; Periférico

Autores	[REDACTED]s, Sofia Padinha	2024.11.14
Verificação SGG/CdS	[REDACTED]	2024.11.19
Aprovação	[REDACTED]	2024.11.22
Divulgação	[REDACTED]	2024.11.22
Versão	1	–

DESCRIÇÃO

1. DEFINIÇÃO

A administração endovenosa, é uma das técnicas mais utilizadas em meio hospitalar, através da utilização de cateteres venosos periféricos, com o objetivo de administração de medicação, fluidos, componentes sanguíneos e nutricionais. Embora seja uma técnica de grande domínio da Profissão de Enfermagem, o cateter venoso periférico (CVP) pode ser um meio para o desenvolvimento de complicações locais e sistêmicas (Zingg et al., 2023).

É importante referir que a colocação de um cateter em veia periférica deve acontecer apenas para o uso único e exclusivo da finalidade para a qual foi desenvolvido: administração de fluidos, terapêutica, hemoderivados e nutricionais e desta forma diminuir o risco de infeção associado ao procedimento (Gomes et. al., 2020).

2. INDICAÇÕES

A colocação de um cateter venoso periférico deve acontecer nas seguintes situações:

1. Soroterapia e/ou terapêutica que não seja administrada através de bólus;
2. Sempre que a situação indique risco elevado do/a doente ou grande probabilidade de acontecer o descrito em 1.

3. RECOMENDAÇÕES

Com o objetivo de se estabelecer uma prestação de cuidados baseados na evidência, existem algumas recomendações relativas aos cateteres venosos periféricos:

3.1. Calibre do cateter

O cateter escolhido deve ser superior a 20G, uma vez que optando por um calibre menor, o dano do vaso será consecutivamente menor, permitindo manter o fluxo sanguíneo nos tecidos adjacentes, pela redução do contato do cateter com as paredes da veia. Isto reduz tanto o trauma vascular como a probabilidade de desenvolvimento de flebites (Cazcarro et al., 2018; Oliveira et al., 2019; Gomes et al., 2020).

3.2. Garrote

Pela alta taxa de contaminação na reutilização do garrote, este deve ser de uso único de forma a diminuir o risco de infeção associado a esta prática (Parreira et al., 2019).

3.3. Penso

O penso utilizado para a fixação do cateter tem de ser esterilizado. Deve ser transparente para que se possa vigiar o local de inserção do cateter. O penso deve ser trocado sempre que se encontrar conspurcado, húmido ou quando não se encontra aderente (Cazcarro et al., 2018).

4. PROCEDIMENTO TÉCNICO

Na tabela seguinte, encontram-se as indicações relativas à **Inserção, Manutenção e Remoção** dos cateteres venosos periféricos (Keogh & Mathew, 2019; Zingg et al., 2023):

Inserção

- Preferencialmente nos membros superiores.
- Evitar locais pré e pós-operatórios, áreas edemaciadas ou lesionadas ou membro superior homolateral de mastectomia, fístula de diálise ou hemiplegia.
- Higiene das mãos com água e sabão ou solução de base alcoólica.
- Utilização de luvas limpas.
- Desinfecção da pele através de fricção com antisséptico e deixar secar ao ar.
- Técnica *non touch*.

Manutenção

- Avaliação do local de inserção.
- Privilegiar o uso de válvula bidirecional e anti refluxo, apenas na inexistência de soroterapia contínua.
- Preferência por utilização de pensos transparentes esterilizados e semipermeáveis.
- Manter local de inserção visível.
- Desinfetar o obturador com *clorhexidina* antes da administração de terapêutica.
- Lavar com SF o obturador, após a administração de qualquer terapêutica.
- Registo no processo do/a doente quando se coloca o CVP e quando é removido por sinais inflamatórios, infiltração ou extravasamento.
- Registo diário de quantos CVP possui o/a doente.

Remoção

- Trocar a cada 48h (em contexto de SUG), ou sempre que se desconheça data de inserção.
- Sempre que apresente sinais inflamatórios ou infiltração.
- Sempre que não exista necessidade de administração terapêutica por via endovenosa.
- A cada 8h quando não está a ser utilizado.
- Registo de remoção.

5. REGISTOS INFORMÁTICOS

Após a colocação de um cateter venoso periférico, deve ser realizado o registo em SClínico em Notas de Enfermagem. Após a retirada do acesso, o registo desta ação deve ser realizado da mesma forma.

6. INFORMAÇÕES AO DOENTE

Quando é colocado um cateter venoso periférico a um/a doente, este e a família devem ser instruídos para após o momento da alta médica, se dirigirem ao gabinete de enfermagem do respetivo setor para a exteriorização do dispositivo.

7. ALTA

No momento da Alta médica, o médico tem de informar o doente para este se dirigir a um gabinete de enfermagem para proceder à remoção do CVP ou informar o/a enfermeiro/a da necessidade da sua remoção.

Em caso de Alta Médica os CVP's deverão ser removidos a todos os doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cazcarro, R. (2018). Las mejores prácticas en los cuidados del catéter Periférico Corto: Revision de las guias de prática clínica. Revista de Enfermagem. ISSN 0210-5020. Vol.41 N°2 (2018), P.61-66.
- Gomes, B. M., Mendes, J. L. L., & Pedro, A. J. M. D. (2020, Abril). Cuidados de Enfermagem Associados ao Cateterismo Venoso Periférico. RIASE – Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento. (6)1. P. 2135-2149. Disponível em: https://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/406/674
- Keogh, S., & Mathew, S. (2019). Peripheral intravenous catheters: A review of guidelines and research. In Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (Issue February). https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-06/literaturereview-peripheral-intravenous-catheters-a-review-of-guidelines-and-research_qut.pdf
- Oliveira, A., Parreira, P., Melo, et al. (2019) Práticas de enfermagem no cateterismo venoso periférico: a flebite e a segurança do doente. Texto Contexto Enferm. V.28. 2019. DOI: https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20180109.pdf
- Parreira, P., Serambeque, B., Costa, P., et al. (2019). Impacto de um curativo e tomiquete inovadores de fixação em complicações e contaminação relacionadas a cateteres intravasculares

periféricos: um estudo intervencionista. *International Journal of Environment Research and Public Health*. (2019). DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6765818/>

Zingg, W., Barton, A., Bitmead, J., et al. (2023). Best practice in the use of peripheral venous catheters: A scoping review and expert consensus. *Infection prevention in practice*, 5(2), 100271. <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2023.100271>.

Apêndice IX: Póster “Abordagem à Pessoa em Situação Crítica na Sala de Emergência – Organização da Equipe”

Abordagem à pessoa em situação crítica na sala de emergência: organização da equipa

1- Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeiro no Hospital

2- Sofia Padinha 3

3- Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Enfermeira no Hospital

Introdução

Situações de reanimação cardio-pulmonar (RCP) estão entre os eventos mais caóticos e stressantes em situações de cuidados. A *American Heart Association*, que fornece *guidelines* para a RCP, enfatiza a importância do trabalho em equipa, pelo que uma resposta atempada e coordenada é fundamental para assegurar os melhores *outcomes* para o doente em paragem cardiorrespiratória.

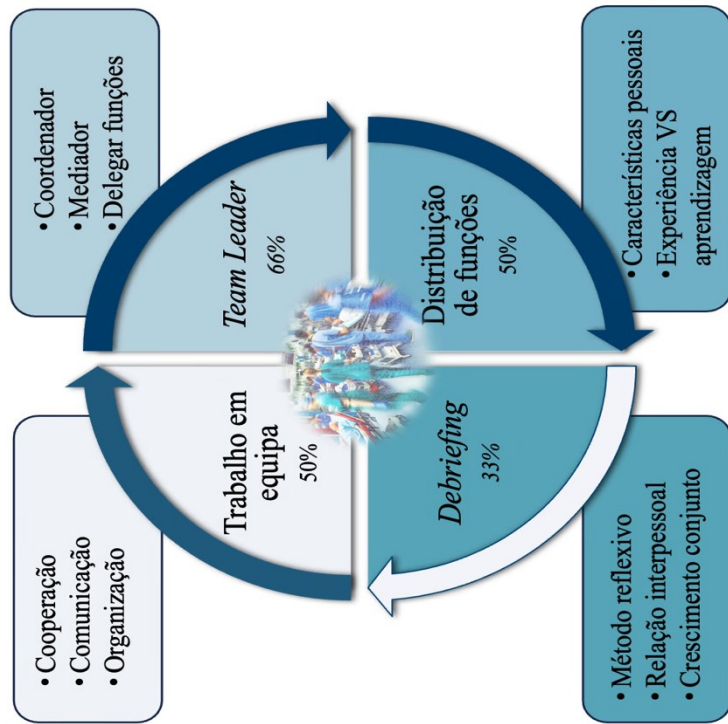
Objetivo

Mapear a evidência científica relativa à organização da equipa de enfermagem na abordagem da pessoa em situação crítica em sala de emergência.

Metodologia

Foi realizada uma *scoping review* de acordo com a metodologia do *Joanna Briggs Institute*, com a determinação da questão de investigação e respetivo PCC: "Como se organiza a equipa de enfermagem na abordagem da pessoa em situação crítica na sala de emergência?". Foram obtidos 72 artigos na pesquisa e incluídos 6 nesta revisão.

Resultados



Discussão

Os resultados analisados vão ao encontro da evidência mais atual. Esta sugere que na abordagem à pessoa em situação crítica (PSC) a equipa deve ter objetivos comuns, funções e papéis definidos e uma liderança adequada, utilizando a reflexão sobre a ação para a melhoria da *performance* como equipa. Apesar de não corresponder a um dos resultados, a evidência sugere que um *Handover* claro e estruturado, através da metodologia ISBAR, permite a otimização da transmissão de informação, prevenindo falhas mais comuns, nomeadamente omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e falta de priorização das atividades.

Conclusão

A sistematização e preparação prévia na abordagem à PSC é fundamental. A identificação do *Team Leader*, o trabalho em equipa e a designação prévia de funções permitem otimizar a abordagem à PSC. O *debriefing*, reflexivo na ação, tem um papel preponderante no crescimento conjunto da equipa e na melhoria dos cuidados. Um *Handover* claro e estruturado previne eventos adversos na transição de cuidados.



Referências Bibliográficas

Palavras-chave:
Team Work, Team Roles, Emergency Department

Apêndice X: Póster “Intervenções de Enfermagem na
Comunicação de Más Notícias à Família da Pessoa em Situação
Crítica: Revisão *Scoping*”

Intervenções de Enfermagem na Comunicação de Más Notícias à Família da Pessoa em Situação Crítica: Revisão Scoping

1, 1, Sofia Padinha¹

¹ Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Enfermeira no Hospital

Introdução:

Nos serviços destinados à pessoa em situação crítica (PSC), a comunicação é uma das intervenções realizadas junto do doente e/ou família. A comunicação de más notícias é das intervenções que mais exige preparação dos Enfermeiros para prevenir efeitos indesejáveis nas famílias da PSC.

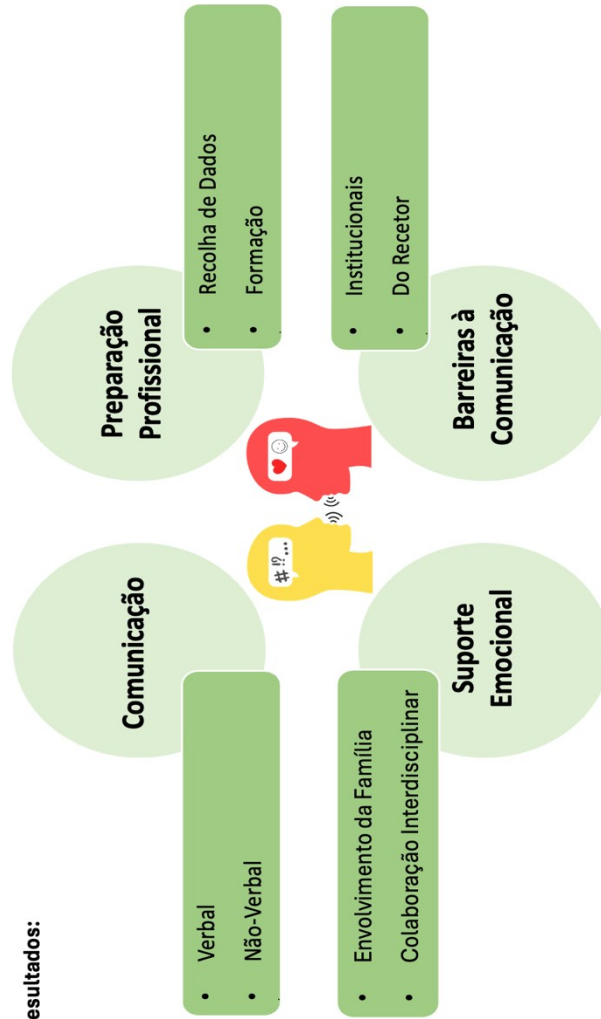
Objetivos:

Mapear a evidência científica acerca das intervenções da Enfermagem na comunicação de más notícias à família da pessoa em situação crítica.

Materiais e Métodos:

Realizada uma Revisão Scoping, utilizando a metodologia do Joanna Briggs Institute. Segundo o acrónimo PCC definiu-se como – P (População): os Enfermeiros, C (Conceito): as intervenções de Enfermagem na comunicação de más notícias à família, C (Contexto): pessoa em situação crítica. Foram identificados um total de 956 artigos nas bases de dados EBSCOhost e SCOPUS. Excluídos por duplicados, pelo título e pelo resumo 910 artigos. Após leitura integral foram selecionados 10 artigos para inclusão na revisão scoping, publicados entre 2018 e 2024.

Resultados:



Conclusão:

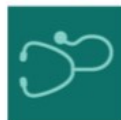
A comunicação de más notícias é uma competência bastante importante para o Enfermeiro na abordagem à Pessoa em Situação Crítica, uma vez que determina a percepção da família sobre o processo de doença ou até mesmo da morte, do doente crítico.

Referências Bibliográficas:



ANEXOS

Anexo I: Certificado de Publicação da *Scoping Review*
“Intervenções de Enfermagem na Abordagem a Vítimas de
Trauma”



Journal of
Clinical Medicine

an Open Access Journal by MDPI

IMPACT
FACTOR
3.0

Indexed in:
PubMed

CITESCORE
5.7



CERTIFICATE OF PUBLICATION

The certificate of publication for the article titled:

Nursing Interventions in Approaching Trauma Victims: Scoping Review

Authored by:

Sofia Padinha; Júlio Belo Fernandes; Cidália Castro

Published in:

J. Clin. Med. 2025, Volume 14, Issue 9, 3016



Basel, May 2025

Prof. Dr. Emmanuel Andrès
Editor-in-Chief

Prof. Dr. Kent Doi
Editor-in-Chief

Anexo II: Certificado de Participação no Congresso Internacional de Emergência (2023)



CONGRESSO
INTERNACIONAL
EMERGÊNCIA'23

OCEAN MEDICAL | TAGUSPARK

Certifica-se que

Sofia Alexandra Pereira Padinha

esteve presente no Congresso Internacional

Emergência'23 da Ocean Medical

que decorreu nos dias 25 e 26 de maio de 2023

no Centro de Congressos do Taguspark.



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

A Presidente do Congresso,

O Diretor da Ocean Medical,

Sónia Sousa

Pedro Caldeira

Anexo III: Certificado de Participação no Seminário “Controlo de Hemorragia em Trauma” (2024)



Certifica-se que **Sofia Alexandra Pereira Padinha**, nascido(a) em 24/06/1994, com o número de identificação civil ****2996, concluiu com aproveitamento o seminário

// CONTROLO DE HEMORRAGIA EM TRAUMA

que decorreu em 11/03/2024, com a duração de 3 horas e 3 anos de validade.

Porto Salvo, 11 de março de 2024

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 240619391

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

Anexo IV: Certificado de Participação nas Jornadas de Medicina Intensiva da Península de Setúbal (2025)

4-5
ABRIL'25

HOTEL TRYP LISBOA
CAPARICA MAR

MIPS

JORNADAS '25

JORNADAS
DE MEDICINA
INTENSIVA
DA PENÍNSULA
DE SETÚBAL

CERTIFICA-SE QUE

Sofia Padinha

PARTICIPOU NAS JORNADAS DE MEDICINA INTENSIVA DA PENÍNSULA DE SETÚBAL QUE SE REALIZARAM NO HOTEL TRYP LISBOA CAPARICA MAR, NOS DIAS 4 E 5 DE ABRIL DE 2025.

COMISSÃO ORGANIZADORA

-  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALMADA - SEIXAL
-  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ARRÁBIDA
-  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ARCO RIBEIRINHO
-  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
LITORAL ALENTEJANO

Anexo V: Certificado de Formação Profissional – Suporte Avançado de Vida (2024)



Certifica-se que **Sofia Alexandra Pereira Padinha**, nascido(a) em 24/06/1994, com o número de identificação civil ****2996, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 17/05/2024 a 18/05/2024, com a duração de 16 horas e 5 anos de validade.

Porto Salvo, 18 de maio de 2024



O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 24077115

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

Anexo VI: Certificado de Formação Profissional – Advanced Trauma Care for Nurses (2019)



Continuing Education Certificate
Society of Trauma Nurses

**Advanced Trauma Care
for Nurses®**
Student Course

LISBOA

11, 12 e 13 de outubro de 2019

SOFIA ALEXANDRA PEREIRA PADINHA

Cândida Durão
Course Director

STN is a licensed continuing education provider in the State of California Board of Registered Nursing. Provider Number CEP 11062 This course has been approved for 25 hours of credit.

Anexo VII: Certificado de Formação Profissional – Medical Response to Major Incidents (2024)



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que **Sofia Alexandra Pereira Padinha**, natural de Almada, nascida a 24/06/1994, titular do n.º de identificação 14542996, válido até 18/02/2030, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional:

Medical Response to Major Incidents (MRMI)

De 24 a 26 de abril de 2024, com a duração de 24 horas, em Almada.

Funchal, 03 de maio de 2024




(Assinatura do responsável da entidade formadora certificada e selo branco ou carimbo da entidade emitente)

Certificado n.º **101/2024** de acordo com o modelo publicado na Portaria nº 474/2010 de 8 de julho.

MIDTC

