



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Vigilância da Pessoa Vítima de Traumatismo Torácico:
Uma Intervenção Especializada de Enfermagem**

Sara Isabel de Jesus Amaral

**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Vigilância da Pessoa Vítima de Traumatismo Torácico:
Uma Intervenção Especializada de Enfermagem**

Sara Isabel de Jesus Amaral



Orientador: Professora Maria Augusta Grou Moita



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

RESUMO

O presente Relatório procura explicar o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, particularmente na área da vigilância da pessoa em situação crítica vítima de traumatismo torácico, à luz do referencial teórico de Meyer e Lavin (2005) e de Benner (2001).

A vigilância de enfermagem é baseada em conhecimentos e constitui um exercício mental da profissão de enfermagem, que requer perícia e representa um constante estado de atenção sustentada e de constante verificação (Meyer & Lavin, 2005). A primeira forma de defesa do doente é a vigilância prudente e a deteção precoce dos problemas, sendo imprescindível que o enfermeiro tenha capacidade de perceção e de reconhecimento, para conseguir detetar precocemente sinais de alarme e agir em conformidade (Benner, 2001).

A mortalidade em pessoas com traumatismo torácico é significativamente influenciada pela ocorrência de lesões ocultas, atraso na realização de tratamentos definitivos e pelo desenvolvimento de complicações (Nyangena & Bruce, 2000), sendo que o enfermeiro deve ser capaz de antever quais as lesões torácicas potencialmente mortais e intervir rapidamente, prevenindo eventos adversos (Sheehy, 2011).

As diversas atividades realizadas nos dois contextos de estágio, consolidadas na evidência científica e na prática reflexiva, permitiram-me a aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente na vigilância da vítima de traumatismo torácico.

Palavras-chave: Traumatismo Torácico; Vigilância de Enfermagem; Pessoa em Situação Crítica; Cuidados Críticos.

ABSTRACT

This Report seeks to explain my path of acquisition and development of specialized skills in nursing, within the scope of the Curricular Unit of Internship with Report, of the 10th Master's Course in Nursing in the Area of Specialization for Person in Critical Ill Situation, of the Lisbon College School of Nursing, particularly in the area of vigilance of the critically ill patient who are victims of thoracic trauma, in the eyes of the theoretical framework of Meyer and Lavin (2005) and Benner (2001).

Nursing vigilance is based on knowledge and constitutes a mental exercise of the nursing profession that requires expertise and represents a constant state of sustained attention and constant verification (Meyer & Lavin, 2005). The first form of patient defense is prudent vigilance and early detection of problems, and it is essential that nurses can perceive and recognize, to be able to detect early warning signs and act accordingly (Benner, 2001).

Mortality in people with thoracic trauma is significantly influenced by the occurrence of occult injuries, delay in performing definitive treatments and the development of complications (Nyangena & Bruce, 2000), and the nurse must be able to foresee which thoracic injuries are potentially life-threatening and intervene quickly to prevent adverse events (Sheehy, 2011).

The various activities carried out in the two internship contexts, consolidated in the scientific evidence and in the reflective practice, allowed me to acquire and develop skills in the provision of specialized nursing care to the person in a critical situation, namely in the vigilance of the victim of thoracic trauma.

Keywords: Thoracic Trauma; Nursing Vigilance; Critically Ill Patient; Critical Care.

LISTA DE SIGLAS

ABCDE - A - *Airway*, B - *Breathing*, C - *Circulation*, D - *Disability*, E - *Exposure*

ATCN - *Advanced Trauma Care for Nurses*

AVC - Acidente Vascular Cerebral

bpm - Batimentos por minuto

CODU - Centros de Orientação de Doentes Urgentes

COVID-19 - *Coronavirus Disease 2019*

DGS - Direção-Geral da Saúde

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FC - Frequência Cardíaca

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local - Protocolo de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - I - Identificação, S - Situação Atual, B - *Background*, A - Avaliação e R - Recomendações

mmHg - Milímetro de Mercúrio

SARS-CoV-2 - *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

TA - Tensão Arterial

TAC - Tomografia Computadorizada

UCV - Unidade Cérebro-Vascular

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. VIGILÂNCIA DA PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO TORÁCICO	15
1.1.A Vigilância de Enfermagem	15
1.2.A Pessoa Vítima de Traumatismo Torácico.....	19
2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM	29
2.1.Descrição dos Contextos de Cuidados	30
2.2.Descrição e Análise das Atividades e Competências Desenvolvidas.....	33
CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

APÊNDICES

Apêndice 1 – Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura

Apêndice 2 – Cronograma de Atividades

INTRODUÇÃO

A elaboração deste Relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, inserida no 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). O seu propósito é evidenciar o meu percurso desenvolvido para aquisição de competências especializadas, com o objetivo da obtenção do grau académico de Mestre, assim como aceder futuramente ao título de Enfermeira Especialista (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A redação deste Relatório foca-se em toda a experiência formativa do terceiro semestre, sendo apresentadas e analisadas as atividades desenvolvidas em contexto do estágio, realizado em Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência, que proporcionaram a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na área do cuidado à Pessoa em Situação Crítica. A temática escolhida, que constitui o cerne do meu percurso, foi a intervenção especializada de enfermagem na vigilância da pessoa vítima de traumatismo torácico.

Ao longo da minha experiência num Serviço de Urgência, tenho verificado que o tratamento da pessoa vítima de traumatismo torácico fica dependente do momento em que é efetuado o diagnóstico médico, bem como da realização de exames complementares de diagnóstico, que confirmem ou não lesões graves. Contudo, até à concretização do diagnóstico médico e posterior realização de técnicas invasivas para controlo das lesões, como é o caso da drenagem torácica, por exemplo, existem múltiplas intervenções autónomas que o enfermeiro pode realizar, nomeadamente no âmbito da vigilância de enfermagem. Para além da implementação de algoritmos que sistematizam a abordagem à pessoa vítima de traumatismo, o enfermeiro deve manter a vigilância que, apesar de não ser visível

“aos olhos de terceiros”, gera uma ação informada que, por sua vez, permitirá atribuir significado a sinais e sintomas de lesões graves e detetar precocemente ou, até mesmo, evitar complicações que delas possam advir (Meyer & Lavin, 2005).

Neste sentido, torna-se pertinente abordar a temática da vigilância da pessoa vítima de traumatismo torácico, pelo fato de ter associado uma elevada taxa de mortalidade, constituindo a terceira causa mais comum de morte em trauma (Beshay et al., 2020). Por outro lado, muitas destas mortes ocorrem no hospital (American College of Surgeons, 2018), devido a lesões ocultas, demora na realização do tratamento definitivo e ocorrência de complicações (Nyangena & Bruce, 2000), o que evidencia a importância da vigilância de enfermagem para a melhoria dos *outcomes* do doente.

Benner (2001) adaptou o Modelo de Dreyfus à Enfermagem, servindo como referência para a aquisição de competências. Segundo este Modelo, a competência do enfermeiro desenvolve-se não apenas pela formação teórica, mas também pela experiência e pela reflexão sobre a sua prática, progredindo através de vários níveis - iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). Para a excelência dos cuidados, é necessário que o enfermeiro evolua ao longo destes níveis até se tornar perito (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard, 2011).

Para Benner (2001), o enfermeiro perito é aquele que tem uma elevada experiência e conhecimentos, que demonstra um julgamento clínico intuitivo e ágil na identificação dos problemas da pessoa e família, que elabora um plano de cuidados numa perspetiva consciente e analítica e que presta cuidados de saúde holísticos, sendo capaz de fazer face aos imprevistos que possam surgir.

Neste sentido, durante o presente percurso de aprendizagem, procurei adquirir e desenvolver as competências definidas pela ESEL no plano de estudos

do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (ESEL, 2010), as competências definidas pelos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação e no Artigo 16º do Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018), as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Com base nestas competências, defini como objetivo geral, deste percurso, *desenvolver competências especializadas de enfermagem na área da vigilância da pessoa em situação crítica vítima de traumatismo torácico*, à luz do referencial teórico de Meyer e Lavin (2005) e de Benner (2001).

A metodologia descritiva-reflexiva foi utilizada para a realização do presente trabalho, com recurso à pesquisa bibliográfica, que contextualizou e sustentou a escolha do tema, assim como as atividades desenvolvidas nos contextos práticos em Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência.

O Relatório é constituído por dois capítulos, sendo que se inicia com o enquadramento teórico, o qual aborda a Vigilância de Enfermagem à luz das teóricas Meyer e Lavin (2005) e Benner (2001), assim como a problemática da pessoa vítima de traumatismo torácico, sustentada pela Revisão Integrativa da Literatura desenvolvida. No segundo capítulo, é explicitada a análise do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas nos contextos de estágio, que foi sustentada pelos referenciais teóricos, assim como pela evidência científica. Por fim, na conclusão, é realizada uma síntese do percurso efetuado, com identificação das dificuldades, desafios e estratégias para o futuro.

Este trabalho foi redigido segundo as normas do Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações – Norma APA, da ESEL (Godinho, 2020).

1. VIGILÂNCIA DA PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO TORÁCICO

Neste capítulo, será evidenciado o referencial teórico de Meyer e Lavin (2005) e de Benner (2001), assim como a problemática da pessoa vítima de traumatismo torácico.

1.1. A Vigilância de Enfermagem

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica exigem uma observação, colheita e procura contínua e sistematizada de dados, com o objetivo de prever e detetar precocemente as complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Benner, Hooper-Kyriakidis e Stannard (2011) definem pessoa em situação crítica, como aquela que “já não consegue manter de forma autónoma a sua estabilidade fisiológica ou tem um elevado risco de rapidamente desenvolver instabilidade fisiológica” (p. 74). Estes autores alertam que a vida destes doentes está tipicamente dependente de cuidados intensivos contínuos, assim como de tecnologia de suporte.

Por seu lado, a Ordem dos Enfermeiros salienta que a pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362).

Nesta perspetiva, é essencial que a assistência à vítima seja imediata e os cuidados de enfermagem altamente qualificados, contínuos, dando resposta às necessidades da pessoa, permitindo manter as funções básicas de vida,

prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo como objetivo a sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Meyer e Lavin (2005) defendem que a vigilância de enfermagem é baseada em conhecimentos e é um pré-requisito para uma ação informada, constituindo um exercício mental da profissão de enfermagem. A vigilância requer perícia e representa um constante estado vigilante, de atenção sustentada e de constante verificação, que deve estar presente na prática de enfermagem (Meyer & Lavin, 2005), nomeadamente no cuidado à pessoa em situação crítica.

Nightingale, citada por Meyer e Lavin (2005), reconheceu a importância da vigilância de enfermagem, descrevendo que é essencial, na formação dos enfermeiros, ensiná-los sobre o que observar, como observar, quais os sintomas que indicam uma melhoria ou um agravamento do estado da pessoa, assim como quais os sintomas que são ou não importantes. Deste modo, a vigilância efetiva-se na procura de sinais que são indicadores de algo significativo, mas que podem passar despercebidos face ao “ruído de fundo” da situação, bem como na decisão de realizar ou não uma ação (Meyer & Lavin, 2005).

Meyer e Lavin (2005) abordam a vigilância como a essência da Enfermagem, onde se definem diagnósticos de vigilância e se reconhecem os riscos inerentes à condição clínica da pessoa, sendo que estes riscos são antecipados pelo enfermeiro, que se mantém pronto a agir no caso destas mesmas situações acontecerem. A vigilância do enfermeiro não é visível por outros, como realçam as referidas autoras, mas resulta, contudo, numa ação informada, sendo que é através desta ação que podemos inferir que houve vigilância.

As autoras supracitadas referem que os cinco elementos que constituem a vigilância do enfermeiro são *a atribuição de significado* ao que é objetivado, *a antecipação do que pode ocorrer*, *o cálculo do risco* inerente às ações previstas para a situação da pessoa, *o estar pronto para agir* e *a monitorização dos*

resultados/outcomes das intervenções implementadas, tanto pelo enfermeiro como pela restante equipa multidisciplinar.

Meyer e Lavin (2005) consideram que a *atribuição de significado* ao que é objetivado é um elemento básico da prática de enfermagem. Em sua opinião, o enfermeiro utiliza muito do seu tempo a reunir dados, através, por exemplo, da avaliação dos sinais vitais, da observação das atividades de vida diária e da avaliação das capacidades da pessoa, os quais deve registar, sendo que para completar a sua avaliação é necessário atribuir significado ao que foi objetivado. Atribuir significado permite inferir sobre o que requer intervenção e sobre o que está dentro da normalidade, tratando-se de um processo de reconhecimento de padrões, em que o enfermeiro atribui significado com base no seu conhecimento, experiência e formação (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005). De salientar que, ao reconhecer padrões, o enfermeiro deverá ter não só o conhecimento abstrato sobre o fenómeno em causa, como deve também desenvolver a capacidade intelectual de contextualizar esse conhecimento e ajustá-lo à situação específica (Meyer & Lavin, 2005). No que diz respeito ao enfermeiro perito, este deve ser capaz de detetar e atribuir significado a uma ligeira alteração no padrão basal da pessoa, bem como saber se esta alteração requer ou não uma intervenção imediata (Meyer & Lavin, 2005).

A habilidade em *antecipar o que poderá ocorrer* é, também, um componente essencial da vigilância de enfermagem, de acordo com Meyer e Lavin (2005). As autoras explicam que este componente se traduz em antecipar as complicações que são mais prováveis ocorrer, reconhecendo rapidamente as pistas que indicam que o problema se está a instalar. Neste sentido, são necessárias avaliações frequentes da pessoa, onde é requerida, por parte do enfermeiro, a capacidade de analisar a informação e reagir em tempo útil (Meyer & Lavin, 2005). Esta reação e intervenção apropriada são o resultado da vigilância de

enfermagem, a qual inclui tanto as ações autónomas dos enfermeiros, como a mobilização de outros profissionais da equipa de saúde (Meyer & Lavin, 2005).

Tendo em consideração que, raramente, uma ação é completamente isenta de risco, é importante que o enfermeiro se aperceba de quais os riscos inerentes ao curso de cada ação (Meyer & Lavin, 2005). O *cálculo do risco* é parte integrante da vigilância de enfermagem, sendo que o enfermeiro perito, ao analisar e calcular os riscos inerentes às suas ações, faz a gestão do mesmo, maximizando os efeitos desejados e minimizando os que são indesejados (Meyer & Lavin, 2005).

Na perspetiva de Meyer e Lavin (2005), um dos componentes chave das habilidades do enfermeiro é *estar pronto para agir*. O estado de preparação do enfermeiro pressupõe uma base de conhecimentos, que lhe permite saber o que poderá ser necessário em cada situação, assegurando que a intervenção é realizada rapidamente (Meyer & Lavin, 2005).

A *monitorização dos resultados* é fundamental para a prática de enfermagem, devendo ser feita continuamente, para que o enfermeiro controle o alcance dos resultados esperados (Meyer & Lavin, 2005). Sendo frequentes os contextos de prestação de cuidados onde o enfermeiro é o único profissional de saúde, que acompanha a pessoa durante as 24 horas, compete-lhe a si monitorizar os resultados, não só das suas intervenções, mas também das intervenções de outros profissionais de saúde (Meyer & Lavin, 2005). Ao monitorizar a eficácia das ações, o enfermeiro avalia quais as intervenções que foram ou não eficazes, construindo assim um conhecimento multifacetado, através do ajuste dos cuidados à especificidade da situação de cada pessoa (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005).

Também Benner (2001) salienta que a vigilância prudente e a deteção precoce dos problemas são a primeira forma de defesa do doente, referindo que as funções de diagnóstico e de vigilância são a atividade principal do enfermeiro.

Na opinião da autora, é importante que o enfermeiro tenha capacidade de percepção e de reconhecimento, para conseguir detetar precocemente sinais de alarme e agir em conformidade.

Para assegurar a função de diagnóstico e vigilância, o enfermeiro tem que detetar e determinar mudanças significativas no estado da pessoa, antecipar o agravamento da sua situação antes que os sinais explícitos confirmem o diagnóstico, antecipar os problemas que possam surgir, antecipar as necessidades da pessoa, assim como avaliar o seu potencial de cura, em resposta às diferentes estratégias de tratamento (Benner, 2001).

Pelo que foi explicitado, Meyer e Lavin (2005) e Benner (2001) evidenciam a importância da vigilância de enfermagem, para a melhoria do estado de saúde da pessoa. Neste sentido, é fundamental que os enfermeiros incorporem, no seu quotidiano de cuidados, os vários componentes da vigilância, para que a sua intervenção seja realizada com eficácia e eficiência.

1.2. A Pessoa Vítima de Traumatismo Torácico

Anualmente, morrem mais de 5 milhões de pessoas em todo o mundo vítimas de traumatismos (World Health Organization, 2014), sendo que o traumatismo torácico representa cerca de 20 a 25% destas mortes, tornando-a a terceira causa mais comum de morte em trauma (Beshay et al., 2020). De assinalar, que o tórax representa cerca de 18% da superfície corporal do ser humano (Campbell & Alson, 2015) e, envolvidos e protegidos pela grelha costal, encontram-se órgãos vitais como o coração e os pulmões, bem como os grandes vasos.

De acordo com Nyangena e Bruce (2000), a mortalidade em pessoas com traumatismo torácico é significativamente influenciada pela ocorrência de lesões

ocultas, atraso na realização de tratamentos definitivos e pelo desenvolvimento de complicações. De referir, que um número apreciável de vítimas de traumatismo torácico morre depois de chegar ao hospital, sendo que muitas destas mortes podem ser prevenidas com um rápido diagnóstico e respetivo tratamento (American College of Surgeons, 2018).

Nesta perspetiva, Nyangena e Bruce (2000) alertam que o desperdício de tempo pode levar ao desenvolvimento de complicações, as quais podem ser evitáveis. Consequentemente, o tempo é crucial nos cuidados à pessoa vítima de trauma, sendo o conceito de *golden hour* a chave para o sucesso na gestão das lesões torácicas, uma vez que os cuidados que a pessoa recebe, durante as primeiras horas após a lesão, irão determinar a sua recuperação (Nyangena & Bruce, 2000).

Diferentes mecanismos de lesão podem causar traumatismos torácicos, sendo que os mais comuns são acidentes de viação, quedas, esmagamentos e agressão com armas brancas ou armas de fogo (Campbell & Alson, 2015). Dependendo do mecanismo de lesão e das lesões causadas, o traumatismo torácico pode ser classificado como fechado/contuso ou aberto/perfurante (Sheehy, 2011).

No que diz respeito ao traumatismo fechado/contuso, a energia é transferida para o tórax e estruturas subjacentes, como resultado de acelerações/desacelerações rápidas, impactos diretos, forças de cisalhamento ou de lesões por compressão/esmagamento (Campbell & Alson, 2015; Keough & Pudelek, 2001). A extensão das lesões depende da magnitude, do sentido e da duração da energia aplicada, assim como da região corporal para a qual esta energia é dirigida (Sheehy, 2011).

No caso da lesão por aceleração/desaceleração, comumente causada por acidentes de viação, atropelamentos ou quedas, a lesão resultante desta força

cria internamente uma força de cisalhamento, em que os tecidos, órgãos e vasos sanguíneos estiram para além da sua capacidade, acabando por lacerar ou romper (Keough & Pudelek, 2001). A lesão mais letal por cisalhamento é a rutura da aorta, que pode levar à morte em segundos (Keough & Pudelek, 2001).

As lesões por impacto direto podem ser causadas por acidentes de viação, quedas ou por um impacto direto no tórax, como por exemplo o embate no volante ou tablier (Keough & Pudelek, 2001). Este impacto direto pode causar fraturas de arcos costais, do esterno ou da cintura escapular, bem como lesão do parênquima pulmonar, do coração ou da caixa torácica (Keough & Pudelek, 2001).

Por fim, as lesões por compressão podem ser causadas por traumatismo torácico contuso, frequentemente devido à força resultante de uma rápida desaceleração, em que os tecidos embatem contra um objeto fixo, tal como o esterno ou as costelas (Keough & Pudelek, 2001). Estas lesões por compressão podem resultar na rutura de órgãos, concussões, contusões ou hemorragias (Keough & Pudelek, 2001).

No que se refere ao traumatismo aberto/penetrante, é de salientar que pode ser originado de variadas formas e causar lesões imprevisíveis. De acordo com Sheehy (2011), uma arma branca causa um traumatismo de baixa velocidade, sendo que a lesão se localiza no trajeto da incisão da mesma. Com base na autora citada, a profundidade e direção da incisão são difíceis de prever apenas com a observação externa e, por isso, torna-se importante saber as características da arma usada, nomeadamente o tamanho da lâmina. Assim, com a avaliação da trajetória das feridas perfurantes, é possível estimar quais os órgãos ou estruturas que, provavelmente, se encontram lesados (Campbell & Alson, 2015).

Em contrapartida, uma arma de fogo pode causar danos para além do trajeto da bala (Campbell & Alson, 2015). Esta dá origem a cavidades temporárias ou permanentes, sendo que as cavidades temporárias são provocadas pela

distensão radial do tecido com a passagem da bala, ao passo que as cavidades permanentes se devem à lesão provocada diretamente pela bala (Sheehy, 2011). Também, nesta situação, é importante saber as características da arma de fogo utilizada, pois as lesões estão dependentes do tipo de arma e de bala (Sheehy, 2011).

De assinalar, que as consequências do traumatismo torácico podem ter gravidade variável, sendo a hipoxia a consequência mais grave, a qual exige intervenção precoce, de forma a preveni-la ou corrigi-la (American College of Surgeons, 2018). Com base na gravidade, o American College of Surgeons (2018) divide as lesões torácicas traumáticas em dois grupos – as lesões que são ameaça imediata à vida e as lesões que são potencialmente letais.

De acordo com a fonte supracitada, as lesões que são ameaça imediata à vida devem ser reconhecidas durante a abordagem inicial da pessoa vítima de traumatismo torácico, para que possam ser tratadas o mais rápido e simples possível. Estão incluídas neste grupo, a obstrução da via aérea, o pneumotórax hipertensivo, o pneumotórax aberto, o hemotórax massivo, o retalho costal e o tamponamento cardíaco (American College of Surgeons, 2018; Campbell & Alson, 2015; Keough & Pudelek, 2001; Nyangena & Bruce, 2000; Yamamoto et al., 2005).

Relativamente às lesões que são potencialmente letais, é essencial que as mesmas sejam detetadas durante a avaliação secundária (American College of Surgeons, 2018). Estas lesões não são, muitas vezes, óbvias na avaliação inicial, sendo que o seu diagnóstico requer a vigilância constante da vítima e uma avaliação secundária minuciosa, que inclua o mecanismo da lesão e um elevado índice de suspeita das lesões específicas (American College of Surgeons, 2018). Se negligenciadas, também estas lesões podem levar a complicações graves ou até mesmo à morte (American College of Surgeons, 2018). Neste grupo, inclui-se o pneumotórax simples, o hemotórax, a contusão pulmonar, a contusão miocárdica, a rutura traumática da aorta, a rutura diafragmática, a perfuração

esofágica e a laceração traqueobrônquica (American College of Surgeons, 2018; Campbell & Alson, 2015; Keough & Pudelek, 2001; Nyangena & Bruce, 2000; Yamamoto et al., 2005).

Apesar de algumas lesões torácicas requererem intervenção cirúrgica, Yamamoto et al. (2005) explicam que a maioria das lesões pulmonares e pleuríticas podem ser tratadas sem recurso a esta intervenção, mas aplicando alguns princípios fundamentais da gestão inicial do trauma. Na opinião destes autores, esta estratégia poderá reduzir substancialmente a morbidade e a mortalidade relacionadas com as lesões mencionadas.

Nyangena e Bruce (2000) alertam que a apresentação inicial de algumas lesões torácicas pode ser enganadora, sendo que a dor e a contenção oferecida pelos músculos podem esconder lesões subjacentes, o que poderá levar a uma avaliação insuficiente da vítima. Por outro lado, os mesmos autores salientam que a pessoa que não refere dor, ou que não tem sinais externos de lesão, poderá não receber a atenção necessária imediatamente após a sua chegada ao centro de trauma.

Deste modo, as lesões ocultas devem ser sempre antecipadas pela equipa de saúde, particularmente em utentes que tenham estado envolvidos em acidentes de alta velocidade (Nyangena & Bruce, 2000). De realçar, que é essencial ter em consideração que vários fatores podem confundir a avaliação e o tratamento da pessoa vítima de traumatismo torácico, o que, posteriormente, irá ter impacto negativo na sua recuperação (Nyangena & Bruce, 2000).

No âmbito da abordagem à pessoa vítima de trauma, salienta-se que a avaliação inicial deverá ser realizada de forma rápida e sistematizada, no sentido de identificar e tratar as lesões que ameaçam a vida. Esta avaliação é baseada numa série de pistas diagnósticas, obtidas por recolha direta de dados e índice

de suspeita das lesões específicas (Nyangena & Bruce, 2000; Yamamoto et al., 2005).

O processo de recolha direta de dados inclui a cinemática do acidente, os antecedentes pessoais, o exame físico, a avaliação de sinais vitais e de dados laboratoriais e imagiológicos (Hurn & Hartock, 1993). A cinemática do acidente é utilizada para identificar padrões do traumatismo torácico, incluindo informações sobre o tipo de incidente/acidente, os eventos no local do acidente, os eventos relacionados com a extração, transporte e ressuscitação inicial da vítima, bem como os detalhes físicos do mecanismo de lesão (Hurn & Hartock, 1993). No caso específico do traumatismo torácico contuso, por exemplo, é crucial questionar qual a parte do tórax que recebeu o impacto inicial e os subsequentes, sendo que nenhum detalhe é irrelevante, pois poderá clarificar a etiologia da lesão, assim como a sua gravidade (Hurn & Hartock, 1993).

No ambiente dos cuidados críticos, Hurn e Hartock (1993) sublinham que o enfermeiro deverá questionar-se sobre se o mecanismo da lesão se correlaciona com as lesões observadas na vítima, bem como com o tratamento inicial, assinalando que uma pobre correlação sugere a possibilidade de lesões ocultas ou complicações imprevistas. A mesma fonte reforça que o conhecimento dos antecedentes pessoais permitirá ter uma visão sobre a resposta única da pessoa ao choque e às lesões torácicas.

De considerar, que o trauma é tendencialmente mais difícil de gerir em utentes idosos pelas comorbilidades pré-existentes, tais como insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, doenças pulmonares, osteoporose, artroses, diabetes, doenças renais, hepáticas e neurológicas (Keough & Letizia, 1998). As doenças crónicas predispõem a pessoa a uma diminuída tolerância à lesão e a uma taxa de complicações aumentada (Keough & Letizia, 1998). Na perspetiva de Keough e Letizia (1998), a pessoa idosa tem, de uma maneira geral, uma menor probabilidade de sobreviver ao trauma.

Na pessoa vítima de trauma, a avaliação física começa sempre com a abordagem ABCDE (American College of Surgeons, 2018; Hurn & Hartock, 1993; Nyangena & Bruce, 2000), pois as prioridades são avaliar e gerir a via aérea e imobilizar a coluna cervical, avaliar a respiração, a circulação, o estado neurológico e a exposição da pessoa (American College of Surgeons, 2018; Nyangena & Bruce, 2000; Yamamoto et al., 2005). Deverá ser feito, igualmente, o registo das observações basais, com inclusão do padrão respiratório, da frequência e do ritmo cardíaco, da tensão arterial, da temperatura e do estado neurológico (Nyangena & Bruce, 2000).

Salienta-se que o compromisso de via aérea pode ser agudo, traiçoeiro, progressivo e/ou recorrente, podendo ser o problema primário ou ser secundário a outra lesão (Yamamoto et al., 2005). Apesar de a origem e a abordagem serem ligeiramente diferentes, os princípios de suporte básico e avançado de vida são fundamentais para gerir a obstrução das vias aéreas (Yamamoto et al., 2005). De entre as causas mais comuns de obstrução, destaca-se a queda da língua, a avulsão dentária ou a presença de próteses dentárias, secreções, vômito e sangue (Hurn & Hartock, 1993; Yamamoto et al., 2005). No entanto, também poderão ser motivo de obstrução, os hematomas em evolução que causem compressão da traqueia, bem como a fratura da cartilagem tiroideia ou cricoide, que origina hemorragia e edema da via aérea superior (Hurn & Hartock, 1993; Yamamoto et al., 2005).

Quanto à gestão da via aérea, os pilares são a oxigenação adequada, a ventilação e a prevenção da aspiração. Yamamoto et al. (2005) salientam que a pessoa com compromisso de via aérea pode apresentar ansiedade, disfonia, estridor, dispneia, hipoventilação, utilização dos músculos acessórios, tiragem costal, respiração diafragmática, alteração do estado de consciência, apneia e/ou cianose. Segundo Hurn e Hartock (1993), a avaliação deverá incluir qualquer dispositivo facial ou de restrição do pescoço que possa afetar a permeabilidade

da via aérea, a habilidade da pessoa em gerir as suas secreções orais e faríngeas, a permeabilidade do tubo endotraqueal ou de uma cânula de traqueostomia.

Na abordagem à vítima, Hurn e Hartock (1993) realçam que a respiração, quer seja espontânea quer mecanicamente assistida, e a circulação devem ser rapidamente avaliadas, para completar a avaliação inicial, sendo que só nesse momento é que se iniciará a avaliação detalhada das lesões. Os mesmos autores chamam a atenção que, durante a avaliação e reanimação inicial, o tratamento pode preceder a realização dos exames complementares de diagnóstico, quando ocorrem situações de ameaça imediata à vida.

Em suma, os cuidados à vítima de traumatismo torácico focam-se na permeabilização da via aérea, na avaliação da função respiratória, identificando o estado de oxigenação, na administração de oxigenoterapia apropriada, na administração de fluidoterapia intravenosa e na apreciação das lesões torácicas específicas (Keough & Pudelek, 2001; Nyangena & Bruce, 2000).

Quanto à função respiratória, para além de ser avaliada a frequência e a profundidade respiratória, é fundamental observar se existe ou não a utilização dos músculos acessórios da respiração e a simetria da expansão da caixa torácica (Nyangena & Bruce, 2000). O estado de oxigenação pode ser avaliado de forma não invasiva utilizando-se a oximetria de pulso, que mede os valores da saturação arterial de oxigénio periférico. No entanto, é importante ressaltar que esta tecnologia depende da transmissão do pulso e, como tal, a vasoconstrição periférica severa pode impedir a sua medição ou originar uma medição incorreta (Hurn & Hartock, 1993).

Após a estabilização da pessoa, Nyangena e Bruce (2000) destacam que deverá ser realizada a avaliação secundária completa, em que todos os diagnósticos e intervenções de enfermagem devem ser documentados, para que possa ser detetado qualquer desvio da linha basal. Na avaliação secundária, o

foco dirige-se para o reconhecimento das lesões ocultas ou menosprezadas, das complicações tardias de lesões graves e do choque (Hurn & Hartock, 1993). Nesta avaliação, Yamamoto et al. (2005) recomendam que deverão ser identificadas a maioria das lesões pulmonares e pleuríticas, o que inclui as contusões pulmonares, pneumotórax e hemotórax.

Na continuidade da avaliação secundária, Hurn e Hartock (1993) salientam a importância de a traqueia ser inspecionada e palpada, para identificar algum desvio da sua posição em relação à linha média. Os mesmos autores assinalam que o exame das veias do pescoço permitirá identificar um possível ingurgitamento jugular, enquanto as artérias carótídeas devem ser palpadas separadamente, com o intuito de pesquisar a diminuição ou ausência do pulso e, posteriormente, auscultadas para a identificação de ruídos.

A inspeção visual do tórax requer que o mesmo esteja limpo e, como tal, é necessário remover detritos e sangue, sempre que possível, sendo essencial valorizar as feridas existentes ou os sinais subtis de traumatismo (Hurn & Hartock, 1993). As regiões anatómicas a serem examinadas incluem o pescoço, a região cervico-torácica, a região superior do abdómen, assim como o verdadeiro tórax (Hurn & Hartock, 1993). Cada região anatómica deverá ser palpada, com o propósito de identificar a presença de enfisema subcutâneo, crepitações e/ou instabilidade de fragmentos ósseos, enquanto que a pele deve ser examinada para verificar a existência de hematomas, lacerações e/ou abrasões, que poderão ser indicadores de lesões subjacentes (Hurn & Hartock, 1993; Nyangena & Bruce, 2000). Por outro lado, a pele deverá ainda ser avaliada quanto à cor e temperatura, dada a sua importância como indicador do estado de perfusão da pessoa (Nyangena & Bruce, 2000).

Hurn e Hartock (1993) salientam a necessidade de ser efetuada a auscultação pulmonar, a qual deve ser realizada na região anterior e lateral do tórax, para identificar a entrada de ar em cada lobo do pulmão. Já a auscultação

cardíaca deverá avaliar a sonoridade, a distância dos sons cardíacos e a presença de sopros (Hurn & Hartock, 1993).

No âmbito da problemática da pessoa vítima de traumatismo torácico, a dor tem, obrigatoriamente, de ser considerada. Deverá ser avaliada e controlada, uma vez que uma pessoa sem dor irá respirar mais profundamente, cooperar com mais facilidade com a equipa de saúde, bem como ter maior capacidade para mobilizar as secreções e limpar as vias respiratórias mais eficazmente (Nyangena & Bruce, 2000).

No que se refere aos meios complementares de diagnóstico, deverá ser realizado um eletrocardiograma, sendo que a avaliação laboratorial inclui a gasometria arterial, o hemograma, o estudo de coagulação e o ionograma (Hurn & Hartock, 1993; Keough & Pudelek, 2001). Quanto à avaliação imagiológica, é essencial a realização de uma radiografia torácica e, no caso de ser necessária mais informação diagnóstica, deverá ser realizada uma tomografia computadorizada (TAC) torácica (Hurn & Hartock, 1993; Keough & Pudelek, 2001). De realçar, que a informação que os meios complementares de diagnóstico fornecem, providencia os últimos componentes necessários para completar a avaliação da pessoa vítima de traumatismo torácico.

Pelo exposto e tendo em consideração que a pessoa vítima de traumatismo torácico pode correr risco de vida, o enfermeiro deve ser capaz de antever quais as lesões torácicas potencialmente mortais e intervir rapidamente, prevenindo complicações (Sheehy, 2011). Na fase aguda do traumatismo torácico, é fundamental que o enfermeiro providencie um cuidado holístico e uma vigilância constante da pessoa. Nas primeiras 48 horas após o traumatismo, os cuidados de enfermagem permitem antecipar e prevenir as potenciais complicações e, assim, melhorar o *outcome* da pessoa (Nyangena & Bruce, 2000).

2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM

O meu percurso para obtenção do grau de Mestre culminou na realização de um estágio, que decorreu em dois contextos de cuidados – Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência, que visou, tal como referi anteriormente, a aquisição e desenvolvimento das competências definidas pela ESEL, no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (ESEL, 2010), as competências definidas pelos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação e no Artigo 16º do Decreto-Lei n.º 65/2018, as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Durante o estágio, com base nas competências mencionadas, defini como objetivo geral desenvolver competências especializadas de enfermagem na área da vigilância da pessoa em situação crítica vítima de traumatismo torácico.

Ao cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, é espectável que o enfermeiro especialista mobilize conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, considerando a complexidade da sua situação de saúde (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O presente capítulo destina-se a explicar a análise reflexiva das atividades por mim desenvolvidas em contexto de estágio, tendo em conta os objetivos específicos que defini, a fim de refletir o meu processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem na área da Pessoa em Situação Crítica, à luz do referencial teórico de Meyer e Lavin (2005) e Benner (2001), assim como da evidência científica.

2.1. Descrição dos Contextos de Cuidados

O primeiro momento de estágio teve lugar na Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital do distrito de Lisboa, no período entre 23 de novembro de 2020 e 31 de janeiro de 2021.

O serviço recebe utentes que necessitam de assistência categorizada como de nível II e nível III (DGS, 2003), encontrando-se dividido em duas zonas – Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente. A Unidade de Cuidados Intensivos é constituída por oito camas, originalmente categorizadas como de nível III. Contudo, pela situação pandémica atual e ativação do plano de contingência da instituição, o serviço sofreu reestruturação, pelo que esta zona apenas recebe utentes com o teste para pesquisa de SARS-CoV-2 positivo, mantendo-se a ocupação máxima de oito camas.

A segunda zona, denominada de Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente, tem dez camas em *open space* e dois quartos para situações de doentes que necessitem de isolamento. Esta zona originalmente destinava-se apenas a utentes que careciam de assistência de nível II; contudo, atualmente recebe também utentes que precisam de assistência de nível III, que tenham o teste para pesquisa de SARS-CoV-2 negativo.

A Unidade de Cuidados Intensivos recebe doentes com uma grande diversidade de patologias, nomeadamente com Enfarte Agudo do Miocárdio, Bradicardia sob Pacemaker externo, Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquémico e Hemorrágico, Insuficiência Respiratória Severa, Cetoacidose Diabética, Insuficiência Renal Aguda, entre outras.

No que diz respeito aos rácios enfermeiro/utente, pude verificar que na Unidade de nível II o enfermeiro pode assumir a responsabilidade dos cuidados

a um número máximo de quatro utentes, enquanto na Unidade de nível III o número máximo é de dois utentes (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Esta Unidade de Cuidados Intensivos é dotada de recursos tecnológicos e materiais avançados, tendo capacidade de monitorização contínua invasiva e não invasiva e de suporte de funções vitais, assim como de reanimação (DGS, 2003).

Neste seguimento, tive oportunidade de observar que os enfermeiros, que exercem funções na Unidade de Cuidados Intensivos, assumem o desafio de integrar a tecnologia na sua prestação de cuidados, dominando os princípios científicos que fundamentam a utilização da mesma e, em simultâneo, identificando e satisfazendo as necessidades da pessoa em situação crítica e da sua família.

O segundo momento de estágio teve lugar num Serviço de Urgência Polivalente (Despacho n.º 10319/2014, 2014; Despacho n.º 13427/2015, 2015), inserido num Centro Hospitalar da Grande Lisboa, decorrendo de 1 de fevereiro a 30 de março de 2021. Este Centro Hospitalar abrange diretamente a população de 15 freguesias.

O Serviço de Urgência Polivalente em causa integra um Centro de Trauma (Despacho n.º 10319/2014, 2014; Despacho n.º 13427/2015, 2015), assim como uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) (Despacho n.º 5561/2014, 2014). Este é o Hospital de referência para utentes de outros distritos, no que diz respeito a especialidades médicas e cirúrgicas como Neurocirurgia, Cirurgia Vertebro-Medular, Neurologia, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Urologia.

De assinalar, que o Serviço de Urgência Polivalente dispõe de recursos para dar resposta à Via Verde AVC, Via Verde Coronária, Via Verde Trauma e Via Verde Sépsis (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

O circuito do utente no Serviço de Urgência inicia-se pelo posto de triagem, onde existem 4 salas para o efeito, sendo que uma delas é dedicada a utentes que permanecem em macas, por ter mais espaço disponível. A triagem dos utentes é realizada conforme o Protocolo de Triagem de Manchester, que não define um diagnóstico, mas sim atribui uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas (Grupo Português de Triagem, 2011). O momento da triagem termina com o encaminhamento do utente, de acordo com o problema em causa, com base no protocolo institucional.

O Serviço de Urgência tem várias áreas de atendimento, que se encontram divididas em Ambulatório e Unidade de Observação. Com a situação pandémica e a consequente ativação do plano de contingência do Hospital, estas áreas sofreram uma reestruturação e reorganização.

Na área de ambulatório, está incluída a sala “balcão macas”, onde permanecem todos os utentes triados em maca, independentemente da sua prioridade. Nesta área, encontram-se também duas salas de “balcões ambulatórios”, uma para os utentes com prioridade Muito Urgente (Laranja) e Urgente (Amarelo), e outra para os utentes com prioridade Pouco Urgente (Verde) e Não Urgente (Azul).

Ainda no setor de ambulatório, existem as salas de Ortopedia, Pequena Cirurgia, Clínica Geral, Otorrinolaringologia, Oftalmologia e um gabinete de Enfermagem, destinado a tratamentos que sejam necessários realizar a estes utentes. Neste setor, localizam-se ainda as salas para a realização de meios complementares de diagnóstico, nomeadamente Eletrocardiograma, Radiografia, TAC e Ressonância Magnética.

Decorrente da situação pandémica, foi ampliado o espaço do Serviço de Urgência, através de estruturas pré-fabricadas temporárias, criando-se a área de doentes respiratórios (ADR). Nesta área existe uma zona para utentes com

suspeita de SARS-CoV-2, para utentes em que já se confirmou a infeção, bem como uma sala para a realização de Radiografias.

A Unidade de Observação é constituída por cinco salas de observação (SO), com capacidade total para 22 utentes, sendo a zona onde permanecem os doentes que, pela sua condição clínica, necessitem de mais vigilância. Neste espaço estão também inseridos um quarto de isolamento, assim como as quatro salas de reanimação destinadas a receber todos os utentes em situação crítica que necessitem de cuidados de saúde imediatos. De salientar, que duas das salas recebem utentes do foro médico e as outras duas do foro do trauma, sendo que, dependendo das necessidades, esta divisão é ajustada.

Os dois contextos de estágio que apresentei proporcionaram aprendizagens significativas, possibilitando-me desenvolver o meu percurso de aquisição de competências na vigilância da pessoa em situação crítica, com especial foco na pessoa com traumatismo torácico, que evidencio seguidamente.

2.2. Descrição e Análise das Atividades e Competências Desenvolvidas

De forma a poder participar na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, foi essencial integrar-me nos contextos de estágio. Deste modo, a minha adaptação a estes novos ambientes de cuidados passou por **conhecer a dinâmica de organização, o funcionamento do serviço e integrar a equipa multidisciplinar**. Este processo teve início na observação da prática de cuidados realizada por enfermeiros de referência, nomeadamente as minhas enfermeiras orientadoras, e decorreu de forma gradual e com crescente autonomia.

O estágio em Unidade de Cuidados Intensivos constituiu um grande desafio, por ter sido uma experiência completamente nova para mim. A minha experiência profissional desenvolve-se, desde há sete anos, num Serviço de

Urgência e, mesmo durante a frequência do curso de licenciatura em enfermagem, nunca tive a oportunidade de realizar um ensino clínico numa Unidade de Cuidados Intensivos. Assim, pela sua especificidade, alguns dos cuidados altamente complexos que se prestam à pessoa em situação crítica na Unidade não são habituais no meu local de trabalho e, como tal, constituíram aprendizagens novas para mim. Destaco, entre outros, os cuidados ao utente sob ventilação mecânica invasiva, com monitorização invasiva da função hemodinâmica com recurso ao monitor *Vigileo* e submetido a técnicas especializadas, como a hemodiafiltração veno-venosa contínua e intermitente, bem como a plasmaferese.

De forma progressiva e à medida que me adaptava a este contexto, fui desenvolvendo competências ao nível da capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar, participando na discussão conjunta sobre a situação da pessoa em situação crítica, verificando que havia espaço à decisão conjunta sobre o “caminho a seguir”.

Igualmente, tive oportunidade de confirmar o reconhecimento da importância do papel do enfermeiro no seio da equipa multidisciplinar, no que se refere à vigilância do doente. Era diária a prática dos vários grupos profissionais questionarem o enfermeiro responsável pelo doente crítico, sobre a sua evolução, a eficácia e eficiência de algumas intervenções previamente instituídas como, por exemplo, alterações da analgesia, tipo de dieta, entre outros dados relevantes e essenciais para a tomada de decisão clínica.

No seguimento do que foi mencionado e tal como foi descrito por Meyer e Lavin (2005), a vigilância do enfermeiro inclui a monitorização constante dos resultados, quer das suas próprias intervenções, quer das intervenções instituídas por outros grupos profissionais. Esta dinâmica da equipa permitiu-me desenvolver o julgamento sobre as intervenções instituídas, possibilitando o ajuste contínuo dos cuidados à pessoa em situação crítica, assim como a

construção de uma base de conhecimento multifacetado, que Benner (2001) descreveu como característica da ação especializada em enfermagem.

Quanto ao segundo momento de estágio, a primeira dificuldade com que me deparei foi a adaptação a um novo Serviço de Urgência. Como referi, exerço funções num Serviço de Urgência e, apesar de estar familiarizada com a sua dinâmica, deparei-me com uma nova realidade, no que diz respeito aos recursos materiais, circuitos dos utentes e protocolos. De referir, que a minha experiência profissional se enquadra num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, enquanto o estágio decorreu num Serviço de Urgência Polivalente. A análise da rede de Serviços de Urgência e dos diferentes níveis de resposta (Despacho n.º 10319/2014, 2014) constituiu uma aprendizagem relevante.

Com o propósito de me adaptar a este novo contexto, foi necessário explorar o espaço físico e tomar conhecimento dos circuitos instituídos, assim como das normas e protocolos do serviço. Foi também essencial ter conhecimento sobre as Vias Verdes implementadas no Serviço de Urgência, nomeadamente as Vias Verdes AVC, Coronária, Trauma e Sépsis (Despacho n.º 10319/2014, 2014). Saliento que tive a oportunidade de participar na ativação de uma Via Verde AVC, o que constituiu uma experiência significativa e que me ajudou na minha integração. Tratou-se de uma ativação feita pelo enfermeiro da triagem, ao avaliar um utente que foi levado ao Serviço de Urgência pela esposa, por apagamento do sulco nasogeniano e hemiparesia esquerda com cerca de 1h30 de evolução. Foi realizada, em seguida, a avaliação neurológica do utente, puncionado um acesso venoso periférico e realizada colheita de sangue para análises laboratoriais. O utente foi encaminhado de imediato para o serviço de imagiologia para realização de TAC Crânio-encefálica, tendo sido ativada a equipa da Unidade Cérebro-Vascular (UCV), a qual é constituída por neurologista, enfermeiro, anestesista, neurocirurgião e radiologista. Após a realização da TAC Crânio-encefálica, o

utente foi transferido para a UCV, para início da terapêutica trombolítica e eventual trombectomia.

A Direção-Geral da Saúde (2017c) define Via Verde como uma estratégia organizadora da abordagem, encaminhamento e tratamento em todas as fases das situações clínicas mais frequentes e/ou graves. Segundo a mesma fonte, as Vias Verdes promovem o envolvimento, tanto dos profissionais de saúde como da população, no reconhecimento precoce dos sinais de alarme, proporcionando o adequado encaminhamento da pessoa, assim como o tratamento num período célere.

O período de integração foi essencial para conhecer a equipa multidisciplinar, o espaço físico e os recursos tecnológicos existentes, bem como as normas e procedimentos dos serviços. Deste modo, foi possível participar, de forma cada vez mais autónoma, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família.

Nos dois contextos de estágio, foi possível **participar na gestão dos cuidados de enfermagem, recursos humanos e materiais.**

Na Unidade de Cuidados Intensivos, tive a oportunidade de acompanhar o enfermeiro que coadjuva a enfermeira chefe do serviço, designado por “segundo elemento”. Esta experiência permitiu-me adquirir uma visão mais detalhada sobre a importância que tem o papel de líder para o normal funcionamento de um serviço, nomeadamente ao assegurar os recursos humanos necessários para garantir a qualidade dos cuidados, a gestão de vagas e o aprovisionamento de materiais e equipamentos (Rodrigues et al., 2019). A participação nestas atividades e posterior análise com o enfermeiro que acompanhei, ajudou-me a melhor compreender a dinâmica do serviço e a familiarizar-me com os recursos materiais e tecnológicos disponíveis.

No estágio em Serviço de Urgência, acompanhei a enfermeira orientadora nos turnos em que assumiu a chefia da equipa. Estes turnos trouxeram-me uma visão do papel complexo que este elemento desempenha numa equipa do Serviço de Urgência, devido à grande imprevisibilidade que o caracteriza. Consequentemente, o enfermeiro chefe de equipa tem de ser dinâmico e flexível, capaz de perceber o serviço na sua globalidade, de mobilizar os recursos humanos e materiais a qualquer momento, de acordo com as necessidades dos doentes, e gerir conflitos que possam surgir.

As experiências nos dois contextos de estágio permitiram-me desenvolver competências na área da gestão. Foi possível analisar criticamente situações de conflito e de orientação da equipa, percebendo a necessidade de se conhecer os seus elementos e a sua dinâmica, a fim de se promover um bom ambiente de trabalho. A intervenção do chefe de equipa, como enfermeiro de referência, deve ser alicerçado em competências relacionais e de gestão de conflitos, para a eficácia e eficiência do desempenho da equipa (Beserra et al., 2018).

No que se refere ao objetivo **prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família, com especial foco na vigilância da pessoa vítima de traumatismo torácico**, saliento a complexidade das situações dos doentes e a importância e necessidade de me fundamentar na evidência científica, assim como refletir sobre os cuidados prestados com as enfermeiras orientadoras e outros enfermeiros peritos na área da pessoa em situação crítica, para o desenvolvimento de competências especializadas.

A manipulação dos equipamentos tecnológicos, tal como a sua integração no cuidar foi, sem dúvida, um desafio na prestação dos cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos. Para ultrapassar esta dificuldade, a minha intervenção passou por aprofundar os princípios

científicos que fundamentam a sua utilização e pela leitura das instruções de trabalho institucionais sobre a sua manipulação. Outra estratégia adotada foi partilhar estas dificuldades com a enfermeira orientadora e aprender com a sua experiência, bem como com os conhecimentos por si transmitidos. Esta medida, aliada ao meu interesse em aprender, culminou numa evolução positiva no sentido da minha autonomia com os referidos equipamentos e na sua utilização segura na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, nunca descurando a sua observação.

Ao estar familiarizada com a tecnologia necessária para a vigilância e monitorização hemodinâmica do doente crítico na Unidade de Cuidados Intensivos, pude focar-me na interpretação dos dados que forneciam. A interpretação da frequência cardíaca e traçado eletrocardiográfico, da tensão arterial, da saturação periférica de oxigénio, do débito cardíaco, assim como do índice bispectral (BIS), em conjunto com a minha observação direta da pessoa, permitiu-me identificar pronta e precocemente focos de instabilidade, o que possibilitou uma resposta rápida e antecipatória dirigida para esses focos, prevenindo o agravamento da condição clínica da pessoa para um nível já tardio e possivelmente irreversível (Douw et al., 2015).

No percurso em Unidade de Cuidados Intensivos, saliento também a oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação crítica sob técnicas de substituição da função renal, o que implicou investimento teórico e prático da minha parte. Assim, foi possível adquirir e desenvolver competências nesta área tão específica dos cuidados à pessoa em situação crítica com falência aguda da função renal, quando sob hemodiafiltração veno-venosa contínua com recurso ao equipamento *Prismaflex*, e intermitente com recurso ao equipamento *Artis*. Estes cuidados incluíram a montagem de todo o circuito, teste da permeabilidade do cateter de hemodiálise, avaliação da eventual necessidade de inversão dos lumens e posterior conexão ao circuito e, por fim, desconexão do circuito com

heparinização dos lumens do cateter. Em todo este processo, foi essencial manter a vigilância do doente, monitorizando os sinais vitais, os parâmetros da sessão dialítica e atribuir significado a sinais ou sintomas como náuseas, vômitos, cefaleia, perdas hemáticas, entre outros, que poderão traduzir uma complicação decorrente da técnica em causa (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Ao longo do estágio, tive também a possibilidade de aprofundar competências no cuidar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva. No local onde desempenho funções, é comum a entubação orotraqueal da pessoa em situação crítica. No entanto, a sua permanência no serviço é sempre transitória, uma vez que as características de um Serviço de Urgência pressupõem uma rápida transferência do doente para a Unidade de Cuidados Intensivos, deixando a equipa e o espaço disponíveis para a possível admissão de um outro doente crítico.

Na Unidade de Cuidados Intensivos, o meu foco, ao cuidar destes doentes, dirigiu-se para a vigilância do seu padrão respiratório, assim como para a monitorização do balanço hídrico (Melo et al., 2014). Para além do referido, foi minha preocupação instituir intervenções no sentido de prevenir a Pneumonia Associada à Ventilação, aprimorando técnicas, tais como o teste da pressão do *cuff*, a realização da higiene oral com Clorhexidina com aspiração simultânea da cavidade oral, aspiração de secreções brônquicas através do tubo orotraqueal, a monitorização do circuito, pesquisando condensações e efetuando a substituição do mesmo se necessário, entre outras medidas (DGS, 2015b).

Ao cuidar a pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva, relembro a situação de um doente que tinha sido entubado orotraquealmente, em contexto intraoperatório, no dia anterior, em que o médico anestesista registou em diário clínico a presença de edema das cordas vocais. No dia seguinte, já na Unidade de Cuidados Intensivos, pela sua favorável evolução clínica, o médico decidiu que o doente teria indicação para ser extubado. Deste modo,

procedeu-se ao desmame ventilatório para posterior extubação do doente, tendo em consideração que a mesma tinha associada um risco acrescido de obstrução da via aérea superior, pela presença de edema das cordas vocais, com eventual necessidade de reentubação orotraqueal.

A vigilância deste doente foi assegurada, antevendo os riscos inerentes à situação (Meyer & Lavin, 2005). Assim, antes da extubação, foi colocado na unidade do doente todo o material preparado para uma reentubação, incluindo um tubo orotraqueal de tamanho igual ao que tinha sido retirado, bem como de tamanho inferior, para o caso de as cordas vocais estarem mais edemaciadas do que no dia anterior. Ficou também montado e posicionado, junto à cabeceira da cama, um insuflador manual, assim como uma máscara de aerossol com Adrenalina, Salbutamol e Soro Fisiológico. Estando asseguradas estas condições de segurança, o tubo orotraqueal foi retirado. Nesta situação, a minha vigilância passou, essencialmente, pela deteção precoce de algum ruído respiratório, nomeadamente o estridor que, ao atribuir-lhe significado, seria sugestivo de obstrução da via aérea superior. Todo o processo decorreu sem intercorrências, e o doente permaneceu com saturações periféricas de oxigénio de 98%, sem sinais de dificuldade respiratória ou ruídos respiratórios adventícios.

Neste âmbito, saliento ainda a experiência enriquecedora na Unidade de Cuidados Intensivos, na área exclusiva para doentes infetados com COVID-19, que constituiu a oportunidade de cuidar da pessoa em situação crítica com Pneumonia por SARS-CoV-2, sob oxigenoterapia de alto fluxo e ventilação mecânica invasiva. O grande desafio, ao cuidar destes doentes, deveu-se à sua grande instabilidade hemodinâmica e ao recurso de estratégias de resgate, tais como o seu posicionamento em decúbito ventral. Igualmente, foi fundamental vigiar a pessoa pelo risco de ocorrência de arritmias ou eventos tromboembólicos, complicações decorrentes da sua condição clínica (Oliveira, 2021).

De assinalar, no Serviço de Urgência, o desafio de cuidar a pessoa em situação de emergência, tendo em conta a importância da gestão do tempo em situações urgentes e emergentes, assim como a imprevisibilidade da admissão de doentes com situações emergentes, a quem é preciso dar resposta imediata.

No sentido de desenvolver competências nesta área, a estratégia implementada foi a minha alocação preferencial às salas de reanimação, para permitir aprofundar a minha experiência, através do aumento da casuística de doentes com situações emergentes por turno.

Neste contexto, tive a oportunidade de aprimorar a minha intervenção na operacionalização das salas de reanimação. Faz parte das atividades dos enfermeiros aqui alocados, assegurar esta operacionalização, através da realização do teste diário do funcionamento dos equipamentos, a confirmação de que estão ligados à fonte de energia para carregamento total das baterias, assim como a verificação e reposição do *stock* de materiais e de fármacos. Para assegurar esta operacionalização, foi necessário fazer a gestão e organização do espaço físico, com a colocação dos diversos equipamentos em posições ótimas para a admissão da pessoa em situação de emergência (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019; Ordem dos Médicos, 2009).

A participação nesta atividade, fez-me perceber a importância de o enfermeiro tomar consciência sobre o que aparentam ser “pequenos pormenores”, mas que assumem importância no cuidado ao doente crítico, antever todas as dificuldades que podem ocorrer na assistência à pessoa em situação de emergência, bem como sobre o impacto que este exercício reflexivo tem na otimização da resposta a desenvolver. Esta experiência, fez-me ainda refletir sobre alterações básicas que poderão otimizar a sala de reanimação do Serviço de Urgência onde exerço funções. Destaco, como exemplo, que não é indiferente o lado da maca em que se coloca o suporte de soros, na sala de reanimação. A sua colocação do lado direito, local que considerei ser adequado,

tendo em conta a minha realidade de trabalho, permite a entrada da maca dos bombeiros para o lado esquerdo da sala (localização preferencial pela disposição da sala), não havendo necessidade de alterar a posição do referido suporte para transferir a pessoa para a maca hospitalar, permitindo uma assistência mais rápida.

No Serviço de Urgência, tive oportunidade de aplicar os meus conhecimentos de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente na abordagem à pessoa em falência respiratória, em choque cardiogénico e em paragem cardiorrespiratória, entre outras situações (American Heart Association, 2016). Deste modo, atuei de forma pronta e sistematizada e priorizei as intervenções de enfermagem, sustentadas na abordagem ABCDE (American Heart Association, 2016), com base na condição clínica do doente crítico, adequando a minha resposta às especificidades de cada situação. Neste seguimento, o meu papel como agente ativo na vigilância da pessoa em situação crítica foi fundamental, pois identifiquei sinais precoces de deterioração clínica, tais como alteração do estado de consciência, palidez e sudorese, antecipando um agravamento do estado geral da pessoa, mantendo-me pronta para atuar (Meyer & Lavin, 2005).

Neste contexto, tive ainda a possibilidade de prestar cuidados à pessoa politraumatizada, o que me permitiu mobilizar os conhecimentos desenvolvidos no curso *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN), realizado durante o mestrado. O trauma é um problema de saúde pública (Mota et al., 2021), pela sua importante taxa de mortalidade e de morbilidade (DGS, 2010b). No entanto, é possível reduzir as complicações e a mortalidade que lhe estão associadas, ao serem implementadas, numa fase precoce, um conjunto de intervenções que permitam a sua rápida identificação e a instituição de terapêutica otimizada em tempo útil (DGS, 2010b).

No âmbito desta problemática e tendo em conta o tipo de lesões do doente traumatizado, tive oportunidade de participar na articulação com as equipas médicas de diferentes especialidades, tais como a equipa da Cirurgia Maxilo-Facial, da Neurocirurgia e da Cirurgia Vertebro-Medular, recursos que caracterizam um Serviço de Urgência Polivalente (Despacho n.º 10319/2014, 2014; DGS, 2010b). A mobilização destes recursos constituiu uma realidade nova para mim, dado que não estão preconizados num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, área em que trabalho. Deste modo, foi possível aprimorar os conhecimentos e, como tal, os meus cuidados à pessoa politraumatizada com lesões específicas a nível maxilo-facial, neurocirúrgico e vertebro-medular.

O hospital dispõe de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (DGS, 2010a), que é assegurada pela equipa do Serviço de Urgência, constituída por um médico e um enfermeiro com competências na área da reanimação. Neste âmbito, tive a oportunidade de presenciar, por diversas vezes, a ativação desta equipa, colaborando na prestação de cuidados à pessoa em situação de emergência que se encontrava noutros serviços do hospital.

Durante o estágio no Serviço de Urgência, surgiu a oportunidade de realizar três turnos na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), o que me permitiu colaborar na prestação e gestão dos cuidados à pessoa em situação de emergência em contexto pré-hospitalar. Tratou-se de uma experiência muito rica a vários níveis, que me deu a conhecer a dinâmica e protocolos pré-hospitalares, assim como a articulação entre os diferentes meios, como os CODU do INEM, os Agentes de Autoridade Local e os Bombeiros Sapadores e Voluntários. Tendo em consideração que o circuito da pessoa em situação crítica se inicia no contexto pré-hospitalar, seguindo-se o Serviço de Urgência e, posteriormente, a Unidade de Cuidados Intensivos, a experiência na VMER era a “peça” que faltava para completar a minha visão e o meu conhecimento sobre todo este circuito, bem

como sobre a continuidade de cuidados inerente a todo o percurso da pessoa em situação crítica.

Em contraste com as salas de reanimação, no contexto pré-hospitalar os locais de prestação de cuidados podem trazer muitas limitações, nomeadamente a dificuldade de acesso até à pessoa em situação crítica ou a falta de espaço para operacionalizar a sua assistência. Relembro uma situação em que ocorreram estes dois constrangimentos. Tratava-se de uma vítima inconsciente, que se encontrava num terceiro andar de um prédio sem elevador, num quarto de pequenas dimensões e com múltiplos pertences dispersos pelo chão. Nesta situação, de imediato me questionei em como abordar a pessoa, sendo o espaço em redor da cama tão reduzido. No entanto, prontamente a médica e a enfermeira desviaram a cama, encostando-a a uma parede do quarto, conseguindo ganhar espaço para poder intervir e para, posteriormente, transferir a pessoa da sua cama para a maca da ambulância. Pelo difícil acesso ao local, foi ainda mobilizada a equipa dos Bombeiros Sapadores locais, que extraíram a pessoa em segurança da sua casa para a ambulância.

Reportando-me ainda a esta situação, pela alteração do estado de consciência da pessoa, apresentando um *score* 4 na Escala de Coma de *Glasgow* (O – 1; V – 1; M – 2), à chegada à ambulância procedeu-se à entubação orotraqueal, para proteção da via aérea, e foi conectada ao ventilador mecânico, a fim de assegurar uma adequada oxigenação dos tecidos. Assim, durante o transporte para o hospital, foi necessário manter a vigilância da pessoa em situação crítica, monitorizando a função respiratória e a sua adaptação ao ventilador, assim como os restantes parâmetros vitais, antecipando possíveis complicações ou agravamento do seu estado geral e mantendo-me pronta a agir, no caso da ocorrência de alguma complicação (Meyer & Lavin, 2005).

De realçar a importância que teve, à chegada ao Serviço de Urgência, a existência de uma comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde,

havendo uma passagem de dados conforme a técnica ISBAR (I – Identificação, S – Situação Atual, B – *Background*, A – Avaliação e R – Recomendações) (DGS, 2017a). Esta estratégia possibilitou que toda a informação recolhida no contexto pré-hospitalar fosse transmitida à equipa do Serviço de Urgência, assegurando a continuidade dos cuidados e otimizando o tempo e a abordagem à pessoa em situação crítica.

Para além da aprendizagem que resultou da participação no cuidado à pessoa em situação crítica fora do ambiente hospitalar, estes turnos específicos permitiram-me repensar na salvaguarda das condições de segurança. Esta é a primeira etapa de qualquer algoritmo de atuação de emergência (American College of Surgeons, 2018; American Heart Association, 2016; Campbell & Alson, 2015; INEM & DFEM, 2017). No entanto, em contexto hospitalar, nomeadamente numa sala de reanimação, a preocupação por esta questão acaba por passar muitas vezes despercebida, por estar subentendido que estas mesmas condições estão asseguradas, uma vez que se trata de uma sala fechada e com um ambiente controlado. Contudo, em contexto pré-hospitalar, a avaliação das condições de segurança é mais complexa, pois é preciso ter em consideração muitos outros fatores.

Nesta perspetiva, enquanto na sala de reanimação a preocupação pode passar por aspetos aparentemente simples como, por exemplo, o chão estar molhado e haver o risco de queda de um profissional de saúde, no caso do contexto pré-hospitalar emergem outras inquietações. Se a assistência pré-hospitalar for realizada, por exemplo, num cenário com criminalidade associada, como é o caso das agressões por armas brancas, de fogo ou de outra natureza, é preciso ter em conta múltiplos fatores, como é o caso da possível localização do agressor, que se poderá ainda encontrar escondido perto do local e pode agredir o profissional, a fim de impedir a assistência à vítima (Sørskår et al., 2019). Muitas

vezes, neste contexto, a ambulância é o local seguro, uma vez que é um espaço fechado e conhecido do profissional (Sørskår et al., 2019).

As experiências de cuidados à pessoa em situação crítica, em contexto pré-hospitalar, proporcionaram aprendizagens significativas para o desenvolvimento das minhas competências como futura enfermeira especialista. Os conhecimentos e a experiência anterior, bem como a ajuda dos profissionais da VMER, foram fundamentais para apreender rapidamente a problemática das pessoas em situação crítica e para a sua vigilância, tendo em conta a necessidade de uma célere estabilização hemodinâmica, num espaço com poucos recursos e com constrangimentos ambientais.

Ao longo do estágio, quer em contexto de Serviço de Urgência Polivalente, quer de Unidade de Cuidados Intensivos, tive oportunidade de cuidar da pessoa em situação crítica vítima de traumatismo torácico. No entanto, foi evidente a diminuição da casuística de situações de pessoas vítimas de trauma, o que pode ser explicado pelo confinamento inerente ao contexto pandémico vivenciado. Com o confinamento da população, houve uma redução do tráfego rodoviário e, conseqüentemente, dos acidentes de viação e dos atropelamentos, bem como das quedas ou outras situações decorrentes dos desportos radicais, uma vez que as atividades desportivas também foram restringidas (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2021).

A consulta dos protocolos institucionais existentes, específicos da abordagem à pessoa em situação crítica vítima de traumatismo torácico, foi uma estratégia inicial para atuar de acordo com os padrões de qualidade da instituição, sustentando a minha praxis nos resultados da revisão integrativa da literatura realizada, bem como na evidência científica que continuei a pesquisar.

Ao cuidar da pessoa em situação crítica, é essencial que o foco se dirija, primariamente, para a sua observação direta e não apenas para a observação dos

sistemas de monitorização a que a mesma está conectada, para que nenhum achado importante escape (Alastalo et al., 2017). É evidente que os meios avançados de monitorização e vigilância disponíveis na Unidade de Cuidados Intensivos são, sem dúvida, um grande benefício e ajuda no tratamento do doente crítico; contudo, senti que por vezes nos podem transmitir uma falsa sensação de segurança (Wikström et al., 2007).

Numa primeira fase, é instintivo que o nosso olhar se dirija diretamente para o monitor e não para a pessoa. No entanto, quando se trata da vigilância da pessoa em situação crítica, especificamente vítima de traumatismo torácico, existem múltiplos sinais e sintomas sugestivos do agravamento do seu estado clínico, que surgem muito antes de se “expressarem nos monitores”. Nestas vítimas, é reconhecido como essencial a observação e palpação frequente do tórax, no sentido de detetar alterações a que é preciso atribuir um significado, tais como assimetria ou enfisema subcutâneo, que podem advir de um pneumotórax ainda não diagnosticado, ou até mesmo hematomas, que podem sugerir hemorragias internas em evolução (American College of Surgeons, 2018; Hurn & Hartock, 1993; Nyangena & Bruce, 2000).

Deste modo e para poder antecipar uma possível complicação, ao longo do estágio procurei contrariar esse instinto, agindo de acordo com os meus conhecimentos e observando a pessoa como fonte principal de informação acerca do seu estado geral, usando a informação fornecida pelos monitores como auxiliar para a minha vigilância.

Nas pessoas vítimas de traumatismo torácico, foi minha preocupação identificar as intervenções de enfermagem que promovem a vigilância, especificamente através da identificação precoce de focos de instabilidade permitindo a antecipação de complicações e a prevenção de lesões fatais (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005). Nestas situações, a minha resposta antecipatória à

instabilidade e ao risco de falência orgânica da pessoa foi essencial, para a melhoria do seu *outcome*.

Saliento a situação de um doente que me marcou e originou a realização de um estudo de caso. A análise e reflexão que realizei, sustentada na vigilância de enfermagem e na evidência científica, evidenciou o processo de apreciação da pessoa em situação crítica, julgamento profissional e tomada de decisão, o que constituiu uma mais-valia no meu desenvolvimento de competências.

O doente em causa foi trazido ao Serviço de Urgência, na sequência de alegada autoagressão com arma branca (faca de cozinha) no hemitórax esquerdo. Na sala de reanimação, de imediato foi realizada a abordagem ABCDE (American College of Surgeons, 2018). O doente apresentava a via aérea permeável e encontrava-se eupneico, sem sinais de dificuldade respiratória, mantendo saturações de 94% em ar ambiente. O tórax encontrava-se equimóvel e equiexpansível e apresentava cinco pequenas feridas incisivas, localizadas na região anterior do hemitórax esquerdo, entre o quarto e o sétimo arco costal, cujo comprimento variava entre 0,3 e 1 centímetro, sem evidência de hemorragia externa ativa. A ferida que tinha cerca de um centímetro de comprimento, localizada na linha média clavicular no quinto arco costal, encontrava-se borbulhante e apresentava enfisema subcutâneo com cerca de dois centímetros de diâmetro, o que me fez suspeitar de um pneumotórax aberto. Na referida ferida, foi realizado o penso, deixando-o fixo apenas em três lados, de forma a atuar como uma válvula unidirecional, permitindo a saída do ar durante a expiração, mas impedindo a sua entrada durante a inspiração (American College of Surgeons, 2018; Keough & Pudelek, 2001; Yamamoto et al., 2005).

No seguimento da abordagem ABCDE, foi colocada monitorização cardíaca contínua ao doente, que se apresentava ligeiramente taquicárdico (FC: 107 bpm em ritmo sinusal) e normotenso (TA: 121/73 mmHg), com tempo de preenchimento capilar inferior a dois segundos, não apresentando sinais de

choque. Foi realizada colheita de sangue para análises laboratoriais (hemograma, bioquímica e coagulação), ficando com acesso venoso periférico obturado no dorso da mão direita. O doente apresentava-se consciente e orientado no tempo espaço e pessoa, com um *score* de 15 na Escala de Coma de *Glasgow*, mas com humor deprimido, labilidade emocional e com ideação suicida mantida, negando quaisquer queixas álgicas. As restantes quatro feridas eram superficiais, com dimensão inferior a 0,4 cm e encontravam-se sem hemorragia ativa, tendo sido realizado o penso conforme protocolo do serviço.

Tendo em consideração a necessidade de realização de uma TAC Torácica para avaliar as lesões internas, foi feito o transporte do doente até ao serviço de imagiologia. Neste transporte, tive em atenção os sinais de um possível pneumotórax em evolução, tais como hipotensão, dispneia severa, diminuição da pressão do pulso, hipoxia e ingurgitamento jugular (Yamamoto et al., 2005). O resultado do exame revelou hemopneumotórax à esquerda, tratando-se de uma lesão que ameaça imediatamente a vida e poderá levar a um pneumotórax hipertensivo ou a um hemotórax massivo (Keough & Pudelek, 2001; Yamamoto et al., 2005). De destacar, que o aumento da pressão intratorácica também pode causar desvio do mediastino para o lado oposto, originando uma diminuição do retorno venoso e, conseqüentemente, da performance cardíaca, conduzindo a instabilidade hemodinâmica (Yamamoto et al., 2005).

Assim, à chegada novamente à sala de reanimação e face à confirmação do hemopneumotórax à esquerda, mantive a vigilância do doente, sendo que a observação e palpação do tórax revelou que o enfisema subcutâneo tinha aumentado de dimensão. O doente encontrava-se polipneico, taquicárdico, mantendo o traçado eletrocardiográfico em ritmo sinusal, observando-se uma ligeira diminuição da tensão arterial, palidez e sudorese. O médico foi notificado destas alterações e agilizada de imediato a colocação do dreno torácico, a fim de prevenir o agravamento do estado geral do doente.

Nestas situações, a observação contínua da pessoa em situação crítica, o registo de forma clara e concisa das intervenções de enfermagem que promovem a vigilância, assim como a transmissão desta informação nas passagens de turno, para a continuidade dos cuidados, foram estratégias fundamentais para assegurar o cuidado da pessoa em situação crítica vítima de traumatismo torácico (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005). Reforço ainda que, desta forma, foi possível descrever o estado basal do doente crítico, identificar precocemente qualquer alteração e responder, de forma pronta e antecipatória, a um agravamento do seu estado clínico (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005).

Tendo em conta que as lesões decorrentes do traumatismo torácico podem colocar a vida da pessoa em risco, a minha prática, guiada pela vigilância de enfermagem, priorizou as necessidades da pessoa em situação crítica relacionadas com a alteração das funções vitais. Deste modo, desenvolvi competências no cuidar da pessoa em situação crítica vítima de traumatismo torácico, contribuindo para a melhoria do seu *outcome*.

Ao longo do estágio, foi meu objetivo **desenvolver competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica**, o que constituiu uma preocupação na minha prestação de cuidados, tendo procurado identificar precocemente a evidência fisiológica e emocional da dor, assim como efetuar o seu controlo. É evidente que a avaliação e controlo da dor são prioritários ao cuidar a pessoa em situação crítica, uma vez que podem levar à diminuição do risco de complicações (Teixeira & Durão, 2016).

De realçar, de acordo com Teixeira e Durão (2016), que a dificuldade da monitorização da dor surge na sequência de alterações do estado de consciência, quer pela condição clínica, quer pela sedação, muitas vezes presente na pessoa em situação crítica. A alteração do estado de consciência representa uma barreira na comunicação verbal (Teixeira & Durão, 2016), o que determina que os enfermeiros se tenham de basear na observação de indicadores fisiológicos e

comportamentais do doente crítico, para poderem avaliar a dor (Urden et al., 2008). Deste modo, as escalas comportamentais para avaliação da dor, que contemplam estes indicadores, são um instrumento fundamental em cuidados críticos, para a monitorização e avaliação da mesma (Urden et al., 2008)

Na Unidade de Cuidados Intensivos, a avaliação da dor encontrava-se protocolada, sendo efetivada a sua avaliação de duas em duas horas e consoante a condição clínica de cada pessoa e feito depois o registo no sistema informático. Nestes doentes, adequiei a escolha da escala a utilizar de acordo com a sua situação, sendo que utilizei a Escala Numérica no doente crítico que se encontrava consciente e orientado. No doente com défice cognitivo, selecionei a Escala do Observador e, no caso dos doentes sedados sob ventilação mecânica invasiva, que constituíam a maioria, utilizei a *Behavioral Pain Scale* (BPS) (Pinheiro & Marques, 2019).

Decorrente das técnicas invasivas a que os doentes são sujeitos ou, até mesmo, pela sua condição clínica, a gestão da sedo-analgésia constitui uma preocupação no quotidiano dos cuidados. Saliento, especificamente, o caso de um doente crítico que acompanhei e que foi admitido na Unidade de Cuidados Intensivos, por ter sido submetido a uma cistoprostatectomia radial, a qual tinha ocorrido no dia anterior. O doente encontrava-se sob sedação com Propofol e sob analgesia com Ropivacaína por cateter epidural. A vigilância do referido doente permitiu atribuir significado à evidência fisiológica manifestada, nomeadamente fáscies contraído, elevação da frequência cardíaca e desadaptação ao ventilador, tendo sido possível concluir que se encontrava com dor e, deste modo, instituir de imediato medidas para o seu controlo.

Neste seguimento, apesar das medidas não farmacológicas instituídas, como o posicionamento, por exemplo, e do cumprimento das medidas farmacológicas prescritas em SOS, a dor do doente não se encontrava controlada. A situação foi reportada à médica responsável que, por sua vez, solicitou o apoio

da equipa de anestesia para revisão do esquema analgésico do doente. Após a adição de Morfina à perfusão de Ropivacaína, a dor ficou controlada, o que foi patente pela ausência das manifestações fisiológicas anteriormente referidas. Durante todo este processo, evidencio a importância da vigilância de enfermagem, como instrumento fundamental na otimização dos resultados pretendidos (Meyer & Lavin, 2005).

No que diz respeito à a pessoa em situação crítica vítima de traumatismo torácico, a gestão diferenciada da dor constitui uma prioridade. Estes doentes evidenciam níveis elevados de dor, nomeadamente quando ocorre fratura de múltiplos arcos costais, o que dificulta a expansão torácica, compromete a ventilação e, conseqüentemente, a oxigenação celular, conduzindo à instabilidade hemodinâmica (Keough & Pudelek, 2001; Nyangena & Bruce, 2000; Yamamoto et al., 2005). Nesta perspetiva, Munroe e Curtis (2011) e Saranteas et al. (2019) destacam, como eventos adversos frequentes na fase aguda do traumatismo torácico, a falência respiratória e a pneumonia, em consequência da presença de dor e da incapacidade de os doentes eliminarem eficazmente as secreções, o que causa atelectasias. Os autores mencionados alertam que a avaliação da função respiratória, do estado cardiovascular e da dor, constitui a prioridade na abordagem do doente com traumatismo torácico, de forma a prevenir a hipoxia e as complicações que lhe estão associadas.

A gestão eficaz da dor foi uma prioridade ao cuidar a vítima com traumatismo torácico. Assim sendo, foi essencial antecipar fatores que provocassem dor durante a prestação de cuidados, gerir a analgesia prescrita, instituir técnicas não farmacológicas de alívio da dor e avaliar constantemente a sua eficácia (Nyangena & Bruce, 2000; Yamamoto et al., 2005). Por exemplo, durante o momento dos cuidados de higiene, na Unidade de Cuidados Intensivos, houve o cuidado em aumentar a dose de sedo-analgesia, para que os mesmos fossem realizados sem comprometer a manutenção da estabilidade

hemodinâmica do doente. Por seu lado, no Serviço de Urgência, houve a preocupação de proceder à remoção, assim que possível, dos equipamentos de estabilização da coluna colocados em contexto pré-hospitalar. As medidas referidas, a título de exemplo, contribuíram para minimizar a dor no doente com traumatismo torácico.

Perante a evidência fisiológica e emocional de mal-estar da pessoa em situação crítica, procurei otimizar a minha resposta, não só através da gestão de medidas farmacológicas de controlo da dor, como é o caso da administração de analgesia prescrita em SOS, como também instituindo intervenções não farmacológicas. Estas, como intervenções autónomas do enfermeiro, são da sua iniciativa e responsabilidade e procuram aliviar a dor com recurso a variadas estratégias (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Neste sentido e consoante as necessidades da pessoa, quer na Unidade de Cuidados Intensivos quer no Serviço de Urgência, recorri ao posicionamento em posição antiálgica, a dispositivos de alívio da pressão, à massagem e a medidas de distração (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Deste modo, ao longo do estágio, foi possível desenvolver competências especializadas na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica.

Ao longo do percurso de estágio, foi minha preocupação **desenvolver competências na prevenção e controlo da infeção nos cuidados à pessoa em situação crítica.**

Na Unidade de Cuidados Intensivos, face à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos, pela necessidade de recurso a medidas invasivas para a manutenção da vida da pessoa em situação crítica, foi fundamental ter em consideração o risco de infeção. Deste modo, foi essencial providenciar uma resposta eficaz na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Neste seguimento, o Grupo de Coordenação Local – Protocolo de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) do hospital tem a responsabilidade de implementar este Programa, cujas orientações provêm da Direção-Geral da Saúde (2017b). Desta forma, existem protocolos de atuação específicos definidos pelo GCL-PPCIRA, que são suportados por documentos partilhados numa plataforma institucional, à qual todos os funcionários têm acesso. Nesta plataforma, é possível encontrar instruções de trabalho, políticas e procedimentos necessários à implementação das dez precauções básicas de controlo de infeção (DGS, 2012).

Durante o estágio, tomei papel ativo ao salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, cumprindo as medidas básicas, tais como a utilização de equipamentos de proteção individual e a higienização das mãos (DGS, 2012). No âmbito da prestação de cuidados a doentes com ventilação mecânica invasiva ou que se encontravam algaliados, cumpri os respetivos protocolos institucionais de atuação para a prevenção da pneumonia associada à intubação (DGS, 2015b) e prevenção de infeções do trato urinário associada a cateter vesical (DGS, 2015a).

Em contexto de Serviço de Urgência, a prevenção e controlo de infeção constituem um desafio, dadas as características do serviço e a elevada afluência de utentes. No entanto, tive em atenção salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos, mesmo na sala de reanimação, onde existe a particularidade de se prestarem cuidados emergentes à pessoa em situação crítica priorizando as medidas *life-saving*, o que poderá levar a uma desvalorização das intervenções de enfermagem dirigidas à prevenção e controlo de infeção.

Deste modo, ao longo dos dois momentos de estágio, foi possível garantir a segurança nos cuidados à pessoa em situação crítica, no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção.

Durante este percurso, procurei **assistir a pessoa em situação crítica e a sua família, nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e/ou de falência orgânica que se encontra a vivenciar**. Nesse sentido, foi necessário desenvolver competências comunicacionais, de forma a estabelecer uma relação de confiança com o doente crítico e família, que fosse sentida como de ajuda para ultrapassar as dificuldades do momento.

Na Unidade de Cuidados Intensivos, grande parte dos doentes está sob sedação e/ou entubação orotraqueal, pelo que a comunicação se reveste de dificuldades acrescidas. Esta circunstância condiciona a compreensão da mensagem transmitida pelo enfermeiro, assim como a obtenção de *feedback* por parte do doente. O estudo de Martinho e Rodrigues (2016), realizado com doentes ventilados mecanicamente numa Unidade de Cuidados Intensivos, revelou que, após a extubação, os doentes consideraram as experiências de comunicação, enquanto entubados, como muito difíceis, quer a nível de comunicar sem ser capaz de falar, quer de procurar fazer-se entender sem ser capaz de falar.

De salientar, também, uma outra dificuldade, decorrente do contexto pandémico e que se relaciona com o uso permanente de máscaras. Esta situação condiciona a compreensão da mensagem verbal num doente com diminuição da acuidade auditiva, por exemplo, que recorre à visualização dos movimentos dos lábios da pessoa que está a falar consigo. Por outro lado, dificulta a perceção da mensagem não verbal que o rosto transmite, a qual complementa a mensagem verbal. Face a esta dificuldade, o recurso à escrita em papel foi uma das estratégias por mim utilizada para ultrapassar a barreira da comunicação e, assim, conseguir comunicar com o doente.

O internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos causa ansiedade e medo, tendo tido a oportunidade de assistir, quer o doente quer a família, na gestão desses sentimentos. Para isso, foi importante esclarecer acerca da situação atual do doente, no que se refere ao domínio de enfermagem, sobre os

procedimentos e técnicas realizadas e a sua necessidade, procurando desmistificar os receios existentes.

Apesar das limitações colocadas pela situação pandémica, no Serviço de Urgência foi promovido o envolvimento da família da pessoa em situação crítica no processo de cuidados. A família acompanha frequentemente o doente e permanece na sala de espera, espaço físico que se localiza próximo da área de prestação de cuidados. Como tal, foi possível comunicar com a família para, por exemplo, recolher informações sobre o estado de saúde do doente prévio à ocorrência que o trouxe ao Serviço de Urgência, fornecer informações sobre o doente, esclarecer dúvidas e orientar sobre os cuidados a dar continuidade no domicílio, entre muitos outros aspetos. Procurei ter, junto da família, uma abordagem de proximidade, correspondendo à sua necessidade de informação, através da transmissão de uma mensagem atualizada e honesta, assim como transmitindo uma esperança realista (Cabete et al., 2019).

Na Unidade de Cuidados Intensivos, o objetivo primário dos cuidados consiste na estabilização da pessoa em situação crítica, melhorando o seu processo de doença crítica e/ou falência orgânica, através de recursos farmacológicos e tecnológicos altamente complexos. Contudo, nem todas as situações de doença crítica são passíveis de serem revertidas, tornando os cuidados em fim de vida uma realidade presente, também, neste contexto de cuidados.

Apesar da minha dificuldade inicial em aceitar esta transição, após reflexão com a enfermeira orientadora e aprofundamento teórico sobre a problemática, percebi que o mais benéfico para a pessoa é promover o seu conforto através dos meus cuidados, não a submetendo a mais procedimentos e técnicas invasivas, com baixa probabilidade de sucesso e que apenas lhe estariam a causar sofrimento. Quando a doença é incurável e o sofrimento intenso, são prioritários o alívio dos sintomas do doente; o seu apoio psicológico, emocional e espiritual;

o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade, que constituem os componentes essenciais dos cuidados paliativos (DGS, 2004).

No âmbito dos cuidados críticos na Unidade de Cuidados Intensivos, Ganz (2019) salienta que o enfermeiro tem a responsabilidade de assumir um papel ativo nos cuidados em fim de vida, assim como no conforto da família, identificando fatores que facilitam e dificultam este processo. No que diz respeito aos aspetos facilitadores, a autora salienta a comunicação aberta e continuada, a atenção do enfermeiro pelo momento em que deve ocorrer a comunicação e pela escolha das palavras. Pelo contrário, a incerteza médica quanto ao prognóstico do doente e os diferentes valores e culturas, representam algumas das barreiras que a autora aponta neste processo, as quais o enfermeiro deve ter em consideração.

Perante as situações de doentes em fim de vida, não obstante a restrição de visitas em vigor no hospital, conseqüente do contexto pandémico, foi possível proporcionar à família momentos para se despedirem do seu familiar, salvaguardando as condições de segurança. Esta medida promoveu a dignidade do doente e da sua família e foi, sem dúvida, facilitadora do processo de luto da mesma.

Durante o estágio, tive também a oportunidade de cuidar de duas pessoas em morte cerebral, o que me permitiu desenvolver e demonstrar os meus conhecimentos e habilidades perante esta situação específica, em que havia a preocupação pela sua manutenção hemodinâmica, como potenciais dadoras de órgãos. Cuidar, nestas situações, prendeu-se em assegurar a dignidade e o conforto da pessoa, enquanto se garantia que os órgãos pudessem ser doados na melhor condição possível, sendo nosso dever preservá-los, assegurando a estabilidade hemodinâmica do dador. Deste modo, estive atenta à monitorização e manutenção da temperatura corporal, glicémia capilar, pressão arterial invasiva e aos restantes parâmetros vitais.

Durante estas experiências, tive a oportunidade de assistir às provas de morte cerebral, tendo colaborado na colheita de sangue para as provas de histocompatibilidade e assistido à colheita de órgãos realizada no Bloco Operatório do hospital. Saliento, como garante da celeridade deste processo, a coordenação entre as equipas multidisciplinares dos vários hospitais envolvidos, assim como entre os restantes serviços de apoio, como foi o caso da Guarda Nacional Republicana, que realizou o transporte dos órgãos até aos hospitais de destino.

As várias experiências de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família, permitiu-me desenvolver e demonstrar conhecimentos e habilidades que foram facilitadoras da dignificação da morte, assim como as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Ao longo estágio, foi meu objetivo **garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica vítima de traumatismo torácico e à sua família**, através da reflexão sobre a minha prática, que fundamentei na evidência científica, assim como através da discussão das situações com as enfermeiras orientadoras e outros enfermeiros peritos na área do doente crítico.

Reconheço que a elaboração da Revisão Integrativa da Literatura foi, sem dúvida, uma etapa essencial para o aprofundamento e desenvolvimento dos meus conhecimentos na área específica da vigilância da pessoa em situação crítica vítima de traumatismo torácico. Este suporte foi sendo completado com novas pesquisas, de acordo com as situações do doente crítico que foram surgindo. A evidência científica pesquisada, bem como as formações que realizei nesta área, foram cruciais para o meu julgamento profissional, tomada de decisão e fundamento da prática clínica, propulsionando o desenvolvimento e a mobilização dos meus conhecimentos e habilidades no cuidado ao doente crítico, especificamente na área da vigilância da vítima de traumatismo torácico.

De referir, que este percurso não se desenvolveu exclusivamente pela acumulação de conhecimentos ou pela execução de procedimentos técnicos diferenciados, mas também através do processo reflexivo no exercício da minha prática clínica, o que contribuiu para uma reconstrução permanente da minha entidade pessoal e profissional. Esta atitude espelha o que Benner (2001) defendeu, ao assumir que, no processo de aquisição e desenvolvimento de competências, a experiência não se refere apenas à passagem do tempo, mas também à vivência e reflexão sobre as situações reais.

Deste modo, para além da operacionalização deste exercício através da elaboração dos jornais de aprendizagem e do estudo de caso, foi também fundamental, durante o estágio, no dia-a-dia, os momentos que tive de reflexão sobre a intervenção especializada do enfermeiro na vigilância da pessoa em situação crítica vítima de traumatismo torácico, tal como a análise crítica dos acontecimentos e reflexão conjunta com as enfermeiras orientadoras. As estratégias usadas, permitiram-me a aquisição e desenvolvimento de competências, que possibilitaram a prestação de cuidados de qualidade ao doente crítico e família.

Ao longo deste capítulo, procurei evidenciar a riqueza das situações de cuidados que experienciei em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos e de Serviço de Urgência, que me permitiram atingir os objetivos a que me propus, e que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas no cuidar a pessoa em situação crítica e família, com especial foco na vigilância da pessoa vítima de traumatismo torácico.

CONCLUSÃO

A escolha do tema, sobre a vigilância da pessoa vítima de traumatismo torácico, surgiu de preocupações que emergiram na minha prática clínica diária, cuja pertinência sustentei teoricamente, através da pesquisa da evidência científica. O desenvolvimento desta pesquisa deu origem à construção de uma revisão integrativa da literatura, que constituiu uma etapa importante neste percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, uma vez que me dotou de conhecimentos que permitiram enriquecer a minha prática, aplicando este *know-how*, tanto nos contextos de estágios, como no meu quotidiano profissional. Destaco, contudo, a principal limitação com que me deparei ao elaborar a revisão integrativa da literatura, que se prende com a antiguidade da evidência científica encontrada, o que demonstra a necessidade de atualizar ou reafirmar os conhecimentos sobre a temática.

A génese deste relatório relaciona-se com a necessidade de explicar o meu percurso efetuado rumo à aquisição e desenvolvimento das competências definidas pelo Artigo 16º (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018), pelos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos, pelo plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2010), pelo regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências foi alicerçado no referencial teórico de Meyer e Lavin (2005) e de Benner (2001), sobre a Vigilância de Enfermagem. Este referencial sustentou os meus cuidados

especializados e contribuiu para o meu percurso em rumo à excelência da minha prática clínica.

As experiências vivenciadas em contexto de estágio, na Unidade de Cuidados Intensivos e no Serviço de Urgência, permitiram-me atestar o conjunto de competências específicas necessárias à prestação de cuidados altamente qualificados e diferenciados, inerentes à pessoa em situação crítica. A detenção deste conhecimento, alicerçado numa Enfermagem Avançada, permitiu-me transferir com perícia os saberes para cada situação, colmatando as necessidades da pessoa cuidada.

A Vigilância de Enfermagem emerge como instrumento essencial no cuidado à pessoa em situação crítica, sendo que deverá estar presente em todo o processo de cuidar. As experiências de cuidados mostraram que a vigilância de enfermagem é fundamental, estando diretamente relacionada com a melhoria do *outcome* dos doentes, como patente na evidência científica. No que diz respeito à pessoa em situação crítica vítima de traumatismo torácico, pela elevada taxa de complicações e mortalidade associada, a vigilância de enfermagem assumiu especial enfoque e importância.

Ser mestre é “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 n.º 65/2018, 2018, p. 4162). Ao longo deste percurso, percebi a verdadeira diferença entre a visão de um enfermeiro especialista em comparação com a de um enfermeiro generalista. O enfermeiro especialista não se diferencia apenas pela sua perícia técnico-científica, mas sim pela sua maneira de pensar as situações de cuidados. Este foi, sem dúvida, um grande desafio que abracei e me fez distanciar de enfermeira generalista.

O caminho de aquisição e desenvolvimento de competências específicas foi conseguido pela aprendizagem experiencial, baseada numa ação reflexiva. Foi através de momentos de reflexão individuais e coletivos, com as Enfermeiras Orientadoras e com a Professora Orientadora, que foi possível desenvolver conhecimentos teóricos que apliquei na prática clínica, aprimorando a minha prestação de cuidados.

Infelizmente, o contexto de pandemia obrigou a prestar cuidados em condições onde, claramente, as necessidades excederam os recursos. Esta situação traduziu-se não só num aumento muito grande da carga horária no meu local de trabalho, como também implicou uma grande sobrecarga psicológica, conseqüente das situações vivências durante a prestação de cuidados neste contexto. Reconheço que as maiores dificuldades sentidas durante este período se relacionaram com a gestão do tempo e a motivação para terminar este percurso. Em contrapartida e apesar do caminho nem sempre ter sido linear, a supressão destas dificuldades foi atingida através do meu empenho e crescimento pessoal e profissional, o que me tornou mais resiliente e me permitiu dar o passo final no meu percurso formativo, em rumo à obtenção do Grau de Mestre.

É com agrado que considero que cumpri com sucesso os objetivos por mim traçados, para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área de especialização da pessoa em situação crítica e mestre em enfermagem na área de especialização da pessoa em situação crítica. Considero, também, estar no estadió de perita na área da vigilância da pessoa vítima de traumatismo torácico.

Traço, para o meu futuro, a realização de formação, no Serviço de Urgência onde desempenho funções, sobre a vigilância da pessoa vítima de traumatismo torácico, assim como sobre o doente crítico com drenagem torácica, dado ser a pessoa de referência nesta área temática.

Coincidente com o final deste percurso, foi-me proposto assumir, no meu serviço, a chefia da equipa. Este será um grande desafio para mim, para o qual me sinto motivada. O presente percurso de aquisição de competências de Enfermeira Especialista, incluindo as competências adquiridas na área da gestão dos cuidados, constituem uma base essencial para iniciar o desempenho desta nova função, em prol da excelência dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*. RT 14/2019.
- Alastalo, M., Salminen, L., Lakanmaa, R. L., & Leino-Kilpi, H. (2017). Seeing beyond monitors—Critical care nurses' multiple skills in patient observation: Descriptive qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing, 42*, 80–87.
- American College of Surgeons. (2018). *Committee on trauma: Advanced trauma life support for doctors*. USA: American College of Surgeons.
- American Heart Association. (2016). *Suporte Avançado de Vida Cardiovascular - Manual do Profissional*.
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. (2021). *Relatório Anual de Segurança Rodoviária 2020*.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (edição comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2^a ed.). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Beserra, E. P., Gubert, F. A., Martins, M. C., Vasconcelos, V. M., Figueiredo, G. A., Silva, L. A. & Lima, M. A. (2018). Conflict management in nurse training. *Journal of Nursing UFPE on Line, 12*(10), 2891-2896.
- Beshay, M., Mertzluft, F., Kottkamp, H. W., Reymond, M., Schmid, R. A., Branscheid, D., & Vordemvenne, T. (2020). Analysis of risk factors in thoracic trauma patients with a comparison of a modern trauma centre: A mono-centre study. *World Journal of Emergency Surgery, 15*(1), 45.

- Cabete, D. S. G., Fonte, C. S., Matos, M. M. S., Patrica, H. M., Silva, A. R. R. & Silva, V. F. V. A. (2019). Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: Intervenções de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV. 20, 129-138.
- Campbell, J. E., & Alson, R. L. (2015). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers*. (8th edition). Pearson Education.
- Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). Alteração do regime jurídico dos graus e diplomas de ensino superior. *Diário da República*, 1.ª Série, (N.º 157 de 16 de agosto de 2018), 4147-4182.
- Despacho nº5561/2014 (2014). Definir quais os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica, IP, que atuam no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica, e as bases gerais da sua integração na rede de serviços de urgência. *Diário da República*. 2ª série (N.º 5561/2014 de 23 de abril de 2014). 11123 -11124.
- Despacho n.º 10319/2014 (2014). Características da rede de serviços de urgência, os seus níveis de responsabilidade, critérios, condições de acesso e localização de pontos de rede de urgência. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 153 de 11 de agosto de 2014), 20673-20678.
- Despacho n.º 13427/2015 (2015). Definir quais os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Referência de Urgência/Emergência, *Diário da República*, 2.ª série (N.º 228 de 20 de novembro de 2015), 33814 - 33816.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Ministério da Saúde: DGS.

Direção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*.
Orientação 14/DGCD de 13/07/2004.

Direção-Geral da Saúde. (2010a). *Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI)*. Circular Normativa n.º 15/DGS/DGCO de 22/06/2010 Portugal: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2010b). *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgêntes ao Doente Traumatizado*. Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31/03/2010. Portugal: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção*. Norma n.º 029/2012 atualizada a 31/10/2013. Portugal: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2015a). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Norma n.º 019/2015 de 15/12/2015 atualizada a 30/05/2017. Portugal: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2015b). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Norma n.º 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017. Portugal: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma n.º 001/2017 de 08/02/2017. Portugal: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Ministério da Saúde: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Norma n.º 015/2017 de 13/07/2017. Portugal: DGS.

Douw, G., Schoonhoven, L., Holwerda, T., Huisman-de Waal, G., van Zanten, A. R. H., van Achterberg, T., & van der Hoeven, J. G. (2015). Nurses' worry or concern and early recognition of deteriorating patients on general wards in acute care

- hospitals: A systematic review. *Critical Care*, 19(1).
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL]. (2010). Objectivos e Competências do CMEPSC. *Agência Nacional de Acreditação do Ensino Superior (A3Es) Com o Nº NCE/09/01932*.
- Ganz, F. (2019). Improving family intensive care unit experiences at the end of life: Barriers and facilitators. *Critical Care Nurse*. 39(3), 52-58.
- Godinho, N. (2020). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações - Normas APA*. ESEL - Divisão do Centro de Documentação e Bibliotecas, 1-37.
- Grupo Português de Triagem. (2011). *O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes*. 1-9.
- Hurn, P. D., & Hartock, R. L. (1993). Blunt Thoracic Injuries. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 5(4), 673-685.
- Instituto Nacional de Emergência Médica, & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2017). *Manual de Suporte Básico de Vida - Adulto (2ª)*.
- Keough, V., & Letizia, M. (1998). Blunt cardiac injury in the elderly trauma patient. *International Journal of Trauma Nursing*, 4(2), 38-43.
- Keough, V., & Pudelek, B. (2001). Blunt chest trauma: review of selected pulmonary injuries focusing on pulmonary contusion. *AACN Clinical Issues*, 12(2), 270-281.
- Martinho, C. I. F. & Rodrigues, I. T. R. M. (2016). A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 28(2), 132-140.
- Melo, E., Teixeira, C., Oliveira, R., Almeida, D., Veras, J., & Studart, R. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em

- unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (Nº 1), 55–63.
- Meyer, G., & Lavin, M. A. (2005). Vigilance: the essence of nursing. *Online Journal of Issues in Nursing, 1*(3), 8.
- Mota, M., Cunha, M., Santos, E., Campos, R., & Santos, M. R. (2021). Eficácia da intervenção da enfermagem pré-hospitalar na estabilização das vítimas de trauma. *Revista de Enfermagem Referência, 5*(6), 1–8.
- Munroe, B. & Curtis, K. (2011) Assessment, monitoring and emergency nursing care in blunt chest injury: A case study. *Australasian Emergency Nursing Journal*(2011) 14, 257—263.
- Nyangena, E., & Bruce, J. (2000). Profile of care given to patients with blunt chest injuries within the first 48 hours. *Curationis, 23*(2), 83–87.
- Oliveira, M. (2021). Arrhythmias in COVID-19: Do they influence outcomes in hospitalized patients? *Revista Portuguesa de Cardiologia (English Edition), 40*(8), 581–582.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Cadernos OE, Série I. N.º1. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-972-99646-9-5.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise: Guia orientador de boa prática*. Ordem dos Enfermeiros. 1(9).
- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de boa prática em trauma*.
- Pinheiro, A. R. P. Q., & Marques, R. M. D. (2019). Behavioral pain scale and critical care pain observation tool para avaliação da dor em pacientes graves intubados orotraquealmente - Revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 31*(4), 571–581.

- Regulamento n.º 429/2018. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Ordem dos Enfermeiros: Diário da República, 2.ª Série (N.º 135 de 16 de julho de 2018), 19359–19370.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Ordem dos Enfermeiros: Diário da República, 2.ª Série (N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019), 4744–4750.
- Regulamento n.º 743/2019 (2019). *Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros: Diário da República, 2ª Série (N.º 184 de 25 de setembro de 2019), 128 - 155).
- Rodrigues, W. P., Martins, L., Carvalho, L. O., Costa, D. M., Fraga, V., Rogerio, L., Paris, P., Roque, L., Junior, G., Marcia, D., Bueno, P., Leitão, M., & Resumo, D. (2019). A importância do enfermeiro gestor nas instituições de saúde. *Revista Saúde em Foco, 11*, 382–395.
- Saranteas, T., Kostroglou, A., Anagnostopoulos D., Giannoulis, D., Vasiliou, P, & Mavrogenis, A. F. (2019). Pain is vital in resuscitation in trauma. *SICOT-J. 28*, 1-5.
- Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática*. (6ª edição). Loures: Lusociência.
- Sørskår, L. I. K., Olsen, E., Abrahamsen, E. B., Bondevik, G. T., & Abrahamsen, H. B. (2019). Assessing safety climate in prehospital settings: Testing psychometric properties of a common structural model in a cross-sectional and prospective study. *BMC Health Services Research, 19*(1), 1–16.
- Teixeira, J., & Durão, C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, IV*

Série(10), 135–142.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção*. (5ª edição). Loures: Lusodidacta.

Wikström, A. C., Cederborg, A. C., & Johanson, M. (2007). The meaning of technology in an intensive care unit: An interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(4), 187–195.

World Health Organization. (2014). *Injuries and violence: The facts*. 20.

Yamamoto, L., Schroeder, C., & Baliveau, C. (2005). Thoracic trauma: The deadly dozen. *Critical Care Nursing Quarterly*, 28(1), 22–40.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura

PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

1. Introdução

Benner, Hooper-Kyriakidis e Stannard (2011, p. 74) definem pessoa em situação crítica como aquela que “já não consegue manter de forma autónoma sua estabilidade fisiológica ou tem um elevado risco de rapidamente desenvolver instabilidade fisiológica” e referem que a vida destes doentes está tipicamente dependente de cuidados intensivos contínuos e de tecnologia de suporte.

A Ordem dos Enfermeiros acrescentou que a pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.o 429/2018, 2018, p. 19362). Nesta situação a assistência à vítima é imediata e os cuidados de Enfermagem são altamente qualificados, contínuos, dão resposta às necessidades da pessoa e permitem manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo como objetivo a recuperação total da pessoa (Regulamento n.o 429/2018, 2018). O tórax representa cerca de 18% da superfície corporal do ser humano (Campbell & Alson, 2015). Envolvidos e protegidos pela grelha costal, encontram-se órgãos vitais como o coração e os pulmões e os grandes vasos.

Anualmente morrem mais de 5 milhões de pessoas em todo o mundo vítimas de traumatismos (World Health Organization, 2014), sendo que o traumatismo torácico representa cerca de 20 a 25% destas mortes, tornando-a assim a terceira causa mais comum de morte em trauma (Beshay et al., 2020).

Muitas vítimas de traumatismo torácico morrem depois de chegarem ao hospital. No entanto muitas destas mortes podem ser prevenidas com um rápido diagnóstico e respetivo tratamento (American College of Surgeons, 2018).

Diferentes mecanismos de lesão podem causar traumatismos torácicos, sendo que os mais comuns são acidentes de viação, quedas, esmagamentos e agressão com armas brancas ou armas de fogo (Campbell & Alson, 2015).

Dependente do mecanismo de lesão e das lesões causadas, o traumatismo torácico pode ser aberto/perfurante ou fechado/contuso (Sheehy, 2011).

No traumatismo fechado/contuso, a energia é transferida para o tórax e estruturas subjacentes como resultado de desacelerações rápidas, forças de cisalhamento ou de lesões por esmagamento (Campbell & Alson, 2015). A extensão das lesões depende da magnitude, do sentido e da duração da energia aplicada e da região corporal para a qual esta energia é dirigida (Sheehy, 2011).

O traumatismo aberto/penetrante pode ser originado de variadíssimas formas e causa lesões imprevisíveis. Uma arma branca causa traumatismo de baixa velocidade, sendo que a lesão se localiza no trajeto de incisão da mesma (Sheehy, 2011). A profundidade e direção da incisão são difíceis de prever apenas com a observação externa e, por isso, torna-se importante saber as características da arma usada, nomeadamente o tamanho da lâmina (Sheehy, 2011). Ainda assim, com a trajetória das feridas perfurantes conseguimos estimar quais os órgãos ou estruturas que provavelmente se encontram lesados (Campbell & Alson, 2015). Em contrapartida, uma arma de fogo pode causar danos para além do trajeto da sua bala (Campbell & Alson, 2015). Esta dá origem a cavidades temporárias ou permanentes, sendo que as permanentes se devem à lesão provocada diretamente pela bala, ao passo que as cavidades temporárias são provocadas pela distensão radial do tecido com a passagem da bala. Também aqui é importante saber as características da arma de fogo utilizada, pois as lesões estão dependentes do tipo de arma e de bala (Sheehy, 2011).

A consequência mais grave do traumatismo torácico é a hipoxia, sendo que o objetivo da nossa intervenção precoce é preveni-la ou corrigi-la (American College of Surgeons, 2018).

As lesões que são ameaça imediata à vida são reconhecidas durante a abordagem inicial e tratadas o mais rápido e simples possível. Contudo, existem lesões que muitas vezes não são óbvias na avaliação inicial. O diagnóstico destas lesões requer vigilância constante da vítima e uma avaliação secundária minuciosa, que inclua o mecanismo de lesão e um elevado índice de suspeita de lesões específicas. Se negligenciadas, também estas lesões podem levar a complicações graves ou até mesmo à morte (American College of Surgeons, 2018).

O Enfermeiro tem de ser capaz de antever quais as lesões torácicas potencialmente mortais e intervir rapidamente prevenindo complicações (Sheehy, 2011).

Sabemos que os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica exigem uma observação, colheita e procura contínua e sistematizada de dados, com o objetivo de prever e detetar precocemente as complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Meyer & Lavin (2005) abordam a vigilância como a essência da Enfermagem, onde se definem diagnósticos de vigilância e se reconhecem os riscos inerentes à condição clínica da pessoa sendo que estes riscos são antecipados pelo Enfermeiro que se mantém pronto a agir no caso destas mesmas situações acontecerem.

A vigilância do Enfermeiro não é visível por outros, contudo resulta numa ação informada e é através desta ação que podemos inferir que houve vigilância. As autoras supracitadas referem que os cinco elementos que constituem a vigilância do enfermeiro são a atribuição de significado ao que é objetivado, a antecipação do que pode ocorrer, o cálculo dos riscos inerentes à situação da pessoa, o estar pronto a agir e a monitorização dos resultados/*outcome* das

intervenções implementadas, tanto pelo Enfermeiro como pela restante equipa multidisciplinar (Meyer & Lavin, 2005).

Também Benner (2001) descreve que a vigilância prudente e a deteção precoce dos problemas são a primeira forma de defesa do doente, referindo que as funções de diagnóstico e de vigilância são a tarefa principal do Enfermeiro. É importante que o Enfermeiro tenha capacidade de perceção e reconhecimento, para conseguir detetar precocemente sinais de alarme e agir em conformidade.

Para dominar a função de diagnóstico e vigilância, o Enfermeiro tem que detetar e determinar mudanças significativas do estado da pessoa, antecipar um agravamento do estado da pessoa antes que os sinais explícitos confirmem o diagnóstico, antecipar os problemas que possam surgir, antecipar as necessidades da pessoa e avaliar o seu potencial de cura de resposta às diferentes estratégias de tratamento (Benner, 2001).

É através do conhecimento científico que os enfermeiros são atualmente desafiados a promover a melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde, sendo que a prática baseada na evidência promove o uso dos resultados da investigação científica na prática clínica, reforçando assim a sua importância (Galvão et al., 2004).

O incentivo à prática baseada na evidência aumentou, não só a necessidade, mas também a produção dos vários tipos de revisão da literatura, inclusive as revisões integrativas da literatura (Whittemore & Knafl, 2005).

A revisão integrativa da literatura é um método de investigação que fornece informações vastas relativas a um determinado assunto, baseando-se em estudos anteriores e constituindo-se um conjunto amplo de conhecimentos com rigor metodológico que facilita a incorporação de evidências e a transferência de conhecimentos para a prática clínica (Sousa et al., 2017). Esta revisão requer a formulação de uma pergunta de investigação, a pesquisa, avaliação e análise

crítica da literatura existente e por fim a apresentação dos resultados (Whittemore & Knafl, 2005).

A presente revisão integrativa da literatura tem o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem que promovem a vigilância da pessoa em situação crítica vítima de traumatismo torácico e procura dar resposta à questão de investigação “Quais as intervenções de enfermagem que promovem a vigilância da pessoa em situação crítica vítima de traumatismo torácico?”.

2. Procedimentos metodológicos

A formulação da questão de investigação e a definição dos critérios de inclusão e exclusão foram feitas com recurso à estratégia de PICO (Quadro 2). Esta estratégia é constituída pela identificação da população (P), do fenómeno de interesse e do contexto de desenvolvimento (Co).

Quadro 2 – Critérios de Inclusão

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão
População	Vítimas de traumatismo torácico (Adultos – idade igual ou superior a 18 anos)
Fenómeno de Interesse	Estudos que mencionem intervenções de Enfermagem que promovam a vigilância.
Contexto	Cuidados Críticos (Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos)

Serão incluídos artigos completos (*full-text*) de natureza quantitativa, qualitativa e mista que cumpram os critérios de inclusão supracitados. Será ainda considerada a literatura existente publicada em língua portuguesa, inglesa, espanhola e francesa, uma vez que são as línguas por mim dominadas. Optou-se por não colocar limitação temporal nesta primeira pesquisa; contudo, durante a fase de extração de dados será analisada a informação, a fim de selecionar

apenas os artigos com evidência científica que se considere atualizada e pertinente no nosso contexto atual.

Serão excluídos da pesquisa todos os artigos que digam respeito a pessoas com idade inferior a 18 anos e que não abordem especificamente o traumatismo torácico.

Numa primeira instância, foi realizada uma pesquisa aleatória no motor de busca google, em bibliotecas e em literatura cinzenta, a fim de melhor orientar o tema escolhido. Na sequência desta pesquisa, foram selecionadas como palavras-chave “Traumatismo Torácico”, “Vigilância de Enfermagem”, “Pessoa em Situação Crítica” e “Cuidados Críticos” que foram os pilares da restante pesquisa.

As bases de dados escolhidas foram a CINAHL e a MEDLINE que foram acedidas através da plataforma agregadora EBSCOhost.

Numa segunda fase, foi então realizada pesquisa nas referidas bases de dados, utilizando termos naturais e sinónimos e, posteriormente, foi pesquisado em cada base de dados os termos indexados específicos para cada conceito (Quadro 3). Por último serão utilizados os operadores booleanos AND e OR para a combinação dos descritores.

Quadro 3 – Termos de Pesquisa

Critérios de Inclusão		Termos Naturais	Termos Indexados	
			CINAHL	MEDLINE
População	✓ Vítima de Traumatismo Torácico	<ul style="list-style-type: none"> - Thoracic Trauma - Thoracic Injuries - Chest Injuries - Chest Trauma 	<ul style="list-style-type: none"> - Thoracic Injuries - Trauma Nursing 	<ul style="list-style-type: none"> - Thoracic Injuries
		AND <ul style="list-style-type: none"> - Blunt - Nonpenetrating - Penetrating - Open 		

Quadro 3 - Termos de Pesquisa (Continuação)

Critérios de Inclusão		Termos Naturais	Termos Indexados	
			CINAHL	MEDLINE
Fenómenos de Interesse	✓ Vigilância de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Nursing Role - Vigilance - Monitoring - Surveillance - Management - Intervention - Strategies - Attitudes - Role 	<ul style="list-style-type: none"> - Nursing Skills - Nursing Role 	<ul style="list-style-type: none"> - Nurse's Role - Nursing Services - Nursing Process
		<p>AND</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nursing - Nurs* - Healthcare Providers 		<ul style="list-style-type: none"> - Nursing
Contexto	✓ Cuidados Críticos	<ul style="list-style-type: none"> - Critical Care - Critical Patient - Intensive Care 	<ul style="list-style-type: none"> - Critical Care - Critical Care Nursing - Critically Ill Patients - Emergency Nurse Practitioners - Critical Illness 	<ul style="list-style-type: none"> - Critical Care - Critical Care Nursing - Critical Illness

A operacionalização do trabalho de pesquisa prevê-se que seja realizada entre o dia 3 e 14 de novembro de 2020.

O processo de seleção dos estudos passará pela avaliação crítica do título dos artigos e do seu resumo, com base nos critérios de inclusão e exclusão

previamente definidos. Posteriormente, será realizada a leitura integral do texto, sendo realizada uma avaliação qualitativa dos estudos encontrados. Este processo será apresentado através do diagrama de seleção de artigos PRISMA *Flow Diagram*.

Os resultados obtidos desta pesquisa serão extraídos e organizados sob o formato de tabela (Quadro 4) e, posteriormente, serão sintetizadas as principais conclusões através de um texto narrativo.

Quadro 4 – Tabela de Extração de Dados

Título	Autor	Ano	Tipo de Estudo	Objetivos	População	Resultados
---------------	--------------	------------	-----------------------	------------------	------------------	-------------------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Surgeons. Committee on Trauma. (2018). *ATLS - Advanced Trauma Life Support* (10th ed.). Chicago IL.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Quarteto Editora, ed.). Coimbra.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in critical care: a thinking-in-action approach* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Beshay, M., Mertzlufft, F., Kottkamp, H. W., Reymond, M., Schmid, R. A., Branscheid, D., & Vordemvenne, T. (2020). Analysis of risk factors in thoracic trauma patients with a comparison of a modern trauma centre: a mono-centre study. *World Journal of Emergency Surgery*, 15(1), 45.
- Campbell, J. E., & Alson, R. L. (2015). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers* (8th ed.; Pearson Education, ed.). United States of America.
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão Sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 549–556.
- Meyer, G., & Lavin, M. A. (2005). Vigilance: the essence of nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 8.
- Regulamento n.º 429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.*, Pub. L. No. Diário da República, 2.a série — N.º 135, 19359 (2018).

Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência - da Teoria à Prática* (6a; Lusociência, ed.). Loures.

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Antunes, V. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 21, 17-26.

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553.

World Health Organization. (2014). *Injuries and Violence: The Facts*. 20.

Apêndice 2 - Cronograma de Atividades

3º Semestre																																											
Ano	2020							2021																																			
Mês	Novembro			Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março					Abril			Maio																			
Dia	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3																		
	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9																		
Revisão Integrativa da Literatura						Férias de Natal												Férias de Carnaval de 15 a 17												Férias da Pascoa de 29 a 5													
Reuniões de Orientação Tutorial																																											
EC Unidade de Cuidados Intensivos																																											
EC Serviço de Urgência																																											
Pesquisa																																											
Elaboração do Relatório de Estágio																																											
Entrega e Apresentação do Relatório de Estágio																																											