



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**
Relatório de Estágio

**A segurança da pessoa vítima de trauma: Intervenção
especializada do enfermeiro na gestão da hipotermia**

The safety of the trauma victim: Specialized nurse intervention in the
management of hypothermia

Carolina Maria Vieira Alves

**Lisboa
2024**



**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**
Relatório de Estágio

**A segurança da pessoa vítima de trauma: Intervenção
especializada do enfermeiro na gestão da hipotermia**

The safety of the trauma victim: Specialized nurse intervention in the
management of hypothermia

Carolina Maria Vieira Alves

Orientadora: Professora Doutora Carla Alexandra Fernandes do
Nascimento

**Lisboa
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“The most important practical lesson that can be given to nurses is to teach them what to observe - how to observe - what symptoms indicate improvement - what the reverse - which are of important - which are of none-which are the evidence of neglect - and of what kind of neglect.”

Florence Nightingale

Agradecimentos

Este documento contextualiza o percurso de aquisição de competências e desenvolvimento pessoal e profissional enquanto enfermeiro especialista. As palavras são poucas para descrever todos os momentos experienciados, neste caminho desafiante e ao mesmo tempo inesquecível na construção de saberes que é o mestrado. Agradeço em especial:

Aos **orientadores e equipas dos contextos clínicos**, por todos os momentos de aprendizagem, pelas palavras de incentivo e partilhas proporcionadas.

À **Professora Doutora Carla Nascimento**, pela exigência, sabedoria, por acreditar no meu potencial e acompanhamento essencial para o meu desenvolvimento.

Aos **meus pais** pelo apoio incondicional, embora longe mas sempre perto....

Ao **meu Paulo**, noivo e futuro marido, pela paciência, companheirismo e incentivo para continuar nesta jornada sempre de cabeça erguida, condicionando a organização do nosso casamento.

À **Filipa e à Rita**, pelas inúmeras horas de mensagens e chamadas, a nossa amizade começou aqui.

À **minha segunda família**, família lisboeta, embora desaparecida, sem vida social, o vosso carinho ficará para sempre gravado no meu coração.

A todos o meu agradecimento, bem-haja!

Abreviaturas e Siglas

ABCDE – A - airway; B - breathing; C - circulation; D - disability; E – exposure

ANA – *American Nurses Association*

ANEPC – Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil

ANSR – Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária

ATCN – *Advanced Trauma Care for Nurses*

ATLS – *Advanced Trauma Life Support*

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CMEMCPSC – Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CT – Centro de Trauma

DGS – Direção-Geral da Saúde

EMT – *Emergency Medical Team*

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nurses*

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAV – Pneumonia Associada ao Ventilador

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SAV – Suporte Avançado de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SUP – Serviço Urgência Polivalente

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULS – Unidade Local de Saúde

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VVT – Via Verde Trauma

WHO – *World Health Organization*

Resumo

O trauma é uma das principais causas de mortalidade e morbidade a nível mundial, associada a uma diminuição da qualidade de vida dos indivíduos e cujos custos relacionados são acrescidos. As taxas de sinistralidade imputada ao trauma em Portugal são das maiores a nível europeu. A hipotermia associada aos restantes componentes da tríade mortal de trauma aumenta exponencialmente a gravidade das lesões resultantes do trauma.

Cuidar da pessoa vítima de trauma é altamente complexo e implica uma constante atualização de conhecimentos e competências no que diz respeito à forma de atuação. Assim o enfermeiro mestre em enfermagem na área de intervenção à pessoa em situação crítica, mobiliza as suas experiências, a sua capacidade de vigilância na deteção precoce e identificação de focos de instabilidade.

A segurança dos cuidados é algo fundamental para a excelência da prática de cuidados e por isso, a vigilância e o raciocínio clínico do enfermeiro mestre assumem um lugar central, garantindo ganhos em saúde tanto para as pessoas e suas famílias, como para as instituições.

A corrente teórica que suporta a linha de pensamento deste relatório assenta na estrutura do Modelo de Dreyfus de aquisição de competências adaptado por Benner (2001) e na Teoria da Vigilância de Meyer e Lavin (2005), que reconhecem o impacto das experiências prévias na construção de um conduto para a tomada de decisão fundamentada.

O relatório visa a concretização do objetivo individual, desenvolver competências especializadas de enfermagem na intervenção à pessoa vítima de trauma com hipotermia. A concretização deste objetivo contemplou a realização do estágio em diversos contextos de cuidados críticos conjugando com a última evidência resultante da investigação sobre a temática. Os estudos reforçam a pertinência do tema, que se constitui um desafio na prática de enfermagem em ambientes altamente desenvolvidos e tecnológicos como os serviços de urgência e UCI, refletindo sobre o impacto e a preponderância da intervenção especializada do enfermeiro especialista neste fator tão mortífero.

Palavras-chave: Intervenção de Enfermagem; Pessoa em Situação Crítica; Trauma; Hipotermia.

Abstract

Trauma is one of the leading causes of mortality and morbidity worldwide, associated with a decrease in the life quality of individuals and whose related costs are increased. The rates of accidents attributed to trauma in Portugal are among the highest in Europe. Hypothermia associated with the remaining components of the deadly triad of trauma exponentially increases the severity of injuries resulting from trauma.

Caring for the victim of trauma is highly complex and implies a constant updating of knowledge and skills regarding how to act. Thus, nurses with a master's degree in nursing in the area of intervention for people in critical situations mobilize their experiences, their capacity for vigilance in the early detection and identification of foci of instability.

The safety of care is critical to the excellence of care practice. In this sense, surveillance and the clinical reasoning of the master nurse assume a central place, ensuring health gains for people, families and institutions.

The theoretical current that underlies the report's line of thought is based on the structure of the Dreyfus Model of competence acquisition adapted by Benner (2001) and on the Vigilance Theory of Meyer and Lavin (2005), which recognize the impact of previous experiences in the construction of a conduit for informed decision-making.

The report aims to achieve the individual objective, to develop specialized nursing skills in the intervention of the person who is a victim of trauma with hypothermia. The achievement of this objective included the realization of the internship in various critical care contexts, combined with the latest evidence resulting from the research on the subject. The studies reinforce the relevance of the theme, which is a challenge in nursing practice in highly developed and technological environments such as emergency and ICU services, reflecting on the impact and preponderance of the intervention of specialist nurses in this deadly factor.

Keywords: Nursing Intervention; Critical Care Person; Trauma; Hypothermia.

Índice

Introdução	22
1 Enquadramento Conceptual	26
1.1 A vigilância da pessoa em situação crítica	26
1.2. A pessoa em situação crítica vítima de trauma com hipotermia.....	30
2. Percurso de Desenvolvimento de Competências	36
Considerações Finais	53
Referências.....	57

Índice de Figuras

Figura 1 – Mapa Conceptual da Teoria da Vigilância

Figura 2 – Análise SWOT

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Objetivos e Atividades de Estágio

Introdução

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, inserido no plano de estudos do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (CMEMCPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). A elaboração do relatório tem como finalidade a reflexão crítica, objetiva e contextualizada do processo de construção de saberes e aquisição de competências profissionais e pessoais desenvolvidas ao longo do percurso académico.

A conceção deste documento contempla os objetivos proposto pelo Curso de Mestrado em Enfermagem definidos no Decreto-Lei n.º 65/2018, que altera os regimes jurídicos dos graus e diplomas, bem como nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação (Decreto-Lei n.º 63/2016), no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) e no Regulamento das Competências Específicas em Enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 429/2018).

A *World Health Organization* reconhece o trauma como uma das principais causas de mortalidade e morbilidade com impacto significativo nos ganhos em saúde. A nível mundial 4.4 milhões de pessoas sofrem com esta condicionante altamente incapacitante (WHO, 2021). Atendendo a esta problemática, impera a necessidade de uma abordagem contínua e especializada na prestação de cuidados a estas pessoas. O enfermeiro especialista reúne competências humanas, técnicas e científicas para a prestação de cuidados em qualquer contexto, sobretudo em situações de grande complexidade, detentor de aptidões específicas que lhe possibilitam atuar no sistema de trauma, integrando a equipa multidisciplinar.

O relatório intitulado **“A Segurança da pessoa vítima de trauma: Intervenção especializada do enfermeiro na gestão da hipotermia”** emerge do meu contexto profissional e interesse pessoal pela temática e pela sua importância no serviço onde exerço funções. Não obstante à existência de algoritmos que sistematizam a abordagem à vítima de trauma, a mesma ainda constitui um desafio nas diferentes conjunturas de atuação da prática clínica. A temática permite igualmente a exposição e análise crítica da

importância da vigilância em Enfermagem, que permitirá ao enfermeiro atribuir significado à presença de hipotermia, o impacto da mesma na tríade mortal do trauma e consequente deterioração clínica da vítima.

A vigilância de enfermagem emerge dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos e requer perícia, antecipação e estado de atenção para com os focos de instabilidade (Meyer & Lavin, 2005). A vigilância resulta, assim, de um exercício mental, implicando uma intervenção preventiva, antecipando problemas e agindo em conformidade com os mesmos (Benner, 2001).

A prática de enfermagem especializada resulta do desenvolvimento de competências. O Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus de 1986 (citado por Benner, 2001) baseia-se na máxima de que, na aquisição e no desenvolvimento de competências, um profissional passa por cinco níveis sucessivos de proficiências: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). O modelo reconhece esta jornada como um processo contínuo e gradual que implica a apreciação e reflexão sobre as experiências anteriores como instrumento modelador da experiência profissional e pessoal (Benner, 2001).

Para Benner (2001), o enfermeiro especialista é o profissional que detém uma vasta experiência e conhecimentos, que demonstra um julgamento clínico intuitivo e ágil na identificação dos problemas da pessoa alvo de cuidados, 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 das suas intervenções.

Este relatório encontra-se sustentado na Teoria da Vigilância de Meyer e Lavin (2005). O enfermeiro especialista na área de intervenção à Pessoa em Situação Crítica (PSC), centra a sua *praxis* na prevenção de complicações, na promoção da segurança da pessoa a vivenciar processos complexos de saúde-doença, na fundamentação e conhecimento da problemática. Através destas intervenções, o enfermeiro é capaz de potenciar a antecipação e gestão do risco, a identificação de evidências fisiológicas, emocionais e psíquicas que possam comprometer a adaptação do doente (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Com o propósito de impulsionar a aquisição de competências profissionais e pessoais, a realização de estágios em contextos distintos, permitem ao enfermeiro desenvolver competências e capacidades de autorregulação e crítica mobilizando os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do contacto com diferentes realidades. Assim, o contexto clínico foi criteriosamente escolhido, visando o acompanhamento do circuito da vítima de trauma ao longo de seu percurso de cuidados, num Serviço de Urgência Polivalente (SUP) de um hospital da Área Metropolitana de Lisboa, promovendo a prestação de cuidados desde a admissão à transferência para a unidade de cuidados definitivos.

A vítima de trauma é um doente altamente complexo, implicando uma abordagem sistémica e sistematizada, visando a identificação e intervenção rápida sobre focos de instabilidade e minimização de comorbilidades possivelmente resultantes. Deste modo, na tomada de decisão, o enfermeiro deve considerar a vítima como um todo e não focar apenas a sua atenção no motivo de instabilidade clínica.

Para o desenvolvimento de competências impera a necessidade de definir um conjunto de objetivos gerais e específicos. Como objetivo geral pretendo **desenvolver competências especializadas de enfermagem na intervenção à pessoa vítima de trauma com hipotermia.**

Como objetivos específicos:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na identificação, prevenção e tratamento da hipotermia na pessoa vítima de trauma, promovendo a segurança e qualidade dos cuidados;
- Evidenciar uma prática baseada na evidência no cuidado à pessoa vítima de trauma;
- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prevenção e controlo de infeção potenciadas pela hipotermia na pessoa vítima de trauma;
- Contribuir para a formação contínua em enfermagem na prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma.

O documento inicia-se com um enquadramento conceptual da temática em estudo, dando a conhecer de forma mais aprofundada o tema e o referencial teórico.

Segue-se a exposição do percurso de aquisição de competências, terminando com as considerações finais. A elaboração do trabalho cumpre as orientações do Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações - Norma *American Psychological Association* (ESEL, 2023).

1 Enquadramento Conceptual

1.1 A vigilância da pessoa em situação crítica

Os cuidados à pessoa em situação crítica são altamente qualificados prestados de forma holística e contínua à pessoa com risco iminente de vida, incapaz de satisfazer de forma autónoma as suas necessidades, prevenindo complicações e limitando as incapacidades, com vista à minimização das morbilidades e à sua recuperação total (Benner et al., 2011). Os cuidados à PSC “exigem observação, colheita e procura contínua de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer a pessoa (...), de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

A qualidade dos cuidados é uma condição fundamental da prática de enfermagem, com especial ênfase na prestação de cuidados à PSC, em que os enfermeiros são uma presença constante à cabeceira do doente, elementos insubstituíveis, que através da vigilância e monitorização contribuem para uns cuidados seguros (Phillips et al., 2021).

Os modelos teóricos reconhecem a vigilância em enfermagem como uma competência com especial enfoque e importância do enfermeiro especialista na prestação de cuidado à pessoa/família em situação crítica, em especial à vítima de trauma, pela sua complexidade.

A vigilância é um mecanismo intrínseco ao ser humano, sendo reconhecido como um estado de atenção vigilante, de máximo esforço e prontidão para agir e ter capacidade de detetar e reagir ao perigo (Meyer & Lavin, 2005). O referencial teórico reconhece a vigilância como um pré-requisito para uma tomada de decisão fundamentada, requer perícia, deteção precoce constante e sustentada, elemento diferenciador da prática de enfermagem, nomeadamente no cuidado à PSC (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005).

As autoras reconhecem cinco componentes que constituem a vigilância profissional de enfermagem, como o **atribuir significado**, a **antecipação do que poderá ocorrer**, o **cálculo do risco inerente**, o **estar pronto para agir** e a **monitorização dos resultados/outcomes**.

Meyer e Lavin (2005) ressalvam a **atribuição de significado**, como elemento “básico” da prática de enfermagem. O enfermeiro, na sua prática de cuidados, observa e valida as

características diferenciadoras que lhe permitem identificar o padrão habitual da pessoa bem como oscilações do mesmo, esta validação permite inferir sobre a necessidade de intervenção imediata bem como o que se encontra dentro da normalidade, para tal, o enfermeiro atribui significado com base nos conhecimentos e experiências prévias (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005). O enfermeiro ao reconhecer padrões, demonstra não só conhecimentos sobre o fenómeno de interesse, mas também a capacidade intelectual de contextualizar esse conhecimento, ajustando-o à situação específica e à pessoa alvo de cuidados. As autoras reconhecem que este raciocínio requer experiência profissional, consideram que o conhecimento é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial (Benner, 2001), competência inerente ao enfermeiro perito, elemento diferenciador capaz de detetar e atribuir significado com precisão à mínima alteração e à necessidade de intervenção imediata (Meyer & Lavin, 2005).

A **capacidade de antecipar o que poderá ocorrer**, implica a identificação de sinais e sintomas de instabilidade tão prontamente quanto possível, de modo a antecipar as complicações mais prováveis de ocorrer, assim como reconhecer indicadores que o problema se está a instalar. Neste âmbito, o enfermeiro reconhecendo o padrão habitual do doente e perante oscilações significativas intervém em tempo útil e de forma ponderada, quer autonomamente, quer de forma interdependente pelo reconhecimento da necessidade de integrar outros elementos da equipa multidisciplinar (Meyer & Lavin, 2005).

O **cálculo do risco inerente** à ação é essencial na vigilância em enfermagem (Meyer & Lavin, 2005), reconhecendo os múltiplos contextos e a diversidade de processos terapêuticos complexos, o enfermeiro adequa a sua resposta identificando os benefícios e possíveis consequências daí resultantes, maximizando os resultados desejados minimizando os indesejados (Meyer & Lavin, 2005).

O encontrar-se **pronto para agir** é igualmente uma componente chave do “vigiar” pelo enfermeiro. A preparação resulta de um conjunto de conhecimentos sobre determinada situação, o que é expectável, o que poderá necessitar de uma intervenção dirigida, precavendo recursos e materiais necessários para que a intervenção seja realizada rapidamente quando necessária.

A **monitorização dos resultados** reflete o impacto da ação de enfermagem, devendo ser efetuada continuamente, ao monitorizar o impacto das ações, o enfermeiro molda a sua *práxis* perante situações semelhantes ajustando os cuidados à especificidade da situação e da pessoa alvo de cuidados, salvaguardando a sua individualidade e características definidoras (Meyer & Lavin, 2005).

Figura 1.

Mapa Conceptual da Teoria da Vigilância



A vigilância profissional é a essência de enfermagem, entendida como um estado de atenção constante, de prontidão para detetar e atuar face a oscilações e potenciais perigos, uma atenção fundamentada, na identificação de observações, de sinais e sintomas clinicamente relevantes, o risco a eles associados e a prontidão para agir celeremente com vista à minimização de riscos e situações de ameaça (Meyer & Lavin, 2005). Perante a situação o enfermeiro recorre ao raciocínio intuitivo, usando o seu *background* de situações similares e que lhe permite refletir mentalmente sobre possíveis resultados para uma tomada de decisão rápida no cuidado à PSC (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005).

O *background* do enfermeiro, decorre das múltiplas observações e vigilâncias realizadas e permite-lhe a racionalização intuitiva, caracterizada pela apreensão de uma situação clínica específica comparando com situações similares e que lhe possibilita

desenvolver uma consciência holística da condição da pessoa, idealizar um possível resultado e tomar decisões fundamentadas tão rapidamente quanto possível (Tanner, 2006). A prática de excelência requer o exercício do raciocínio e ação correlacionada com situações concretas, só assim o enfermeiro se torna um perito.

A perícia surge precisamente da colocação de hipóteses, do conhecimento das propostas de resolução possíveis e aplicáveis a situações de prática reais. Ser perito implica uma vasta experiência com inúmeras situações, que lhe permite em cada situação, ter foco nos problemas efetivos e nas características definidoras, sendo a sua capacidade de compreensão das situações e de resolução de problemas complexos mais diferenciada (Benner, 2001).

Deste modo o enfermeiro que cuida da pessoa vítima de trauma observa manifestações clínicas de instabilidade (p. ex. hipotermia, palidez cutânea, bradicardia), identifica alterações e implementa ações com objetivo restituir o padrão habitual da pessoa (p. ex. aquecimento externo ativo e passivo, administração de fluídos aquecidos), antecipando potenciais efeitos indesejados monitorizando a sua intervenção (p ex. controlo da temperatura corporal difícil com agravamento da coagulopatia e risco de hemorragia).

1.2. A pessoa em situação crítica vítima de trauma com hipotermia

O trauma é uma das principais causas de mortalidade e morbidade a nível mundial até aos 44 anos de idade (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2022), sendo a hipotermia um preditor de agravamento desta condicionante (Saque-Rockoff et al., 2018; Veelen & Maeder, 2021). A incidência de trauma nas Unidades Hospitalares de Portugal, tem vindo a ser cada vez maior, 176.285 ocorrências no ano 2022, justificando-se assim a necessidade de competências especializadas nos enfermeiros, reconhecendo os sinais e sintomas potenciadores de alterações hemodinâmicas nestas vítimas (INEM, 2022; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022).

Um dos mecanismos mais comuns de trauma resulta da absorção da energia cinética. De entre as causas de trauma existentes, as mais incidentes a nível nacional centram-se nos acidentes de viação, quedas, acidentes com armas de fogo e tentativas de suicídio (World Health Organization [WHO], 2014). A importância da cinemática do evento possibilita focalizar a intervenção para uma abordagem sistemática que permite a identificação precoce dos traumatismos associados.

Até setembro de 2022, ocorreram em Portugal, cerca de 25.372 acidentes com vítimas, das quais 359 vítimas mortais e 1890 vítimas graves, somente em consequência de acidentes de viação (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária [ANSR], 2022).

Vários autores descrevem que 30 a 50% das vítimas de trauma, à chegada ao serviço de Urgência, apresentam-se hipotérmicas e que assim se mantêm durante e após a transferência para unidades de cuidados definitivos como os blocos operatórios e as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), apresentando duas vezes maior risco de morbidade e mortalidade (ASC-COT, 2018; Balmer et al., 2022; Erkens et al., 2019; Messelu et al., 2023; Nikouline et al., 2021).

A hipotermia é definida como uma temperatura corporal inferior a 35°C, sendo classificada mediante a sua severidade em ligeira (35°C-32°C), moderada (32°C-30°C) e grave (<30°C) (ASC-COT, 2018; Balmer et al., 2022), descrevem que a presença de hipotermia associada à depressão do estado de consciência aumenta o risco de mortalidade das vítimas de trauma em 56.6%, ou seja, mais de metade dos casos. Este e outros autores reconhecem a necessidade de intervenção precoce no sentido de obter

uma abordagem sistémica e multidisciplinar ativa sobre este preditor tão mortífero (ASC-COT, 2018; Balmer et al., 2022; Fisher et al., 2020; McLellan et al., 2023; Messelu et al., 2023; Nikouline et al., 2021).

A hipotermia, a acidose metabólica e a coagulopatia constituem os vértices da tríade mortal do trauma (Alberdi et al., 2014; Lapostolle et al., 2021; Messelu et al., 2023; Perlman et al., 2016; Veelen & Maeder, 2021). A hipotermia desencadeia alterações na cascata de coagulação que, associada às funções plaquetárias deficientes estão diretamente associadas ao aumento das perdas sanguíneas e necessidade de protocolos de transfusão maciços (Fisher et al., 2020; Messelu et al., 2023). Desde o momento da lesão à estabilização, o transporte para a unidade hospitalar e a avaliação inicial influenciam a regulação da temperatura, que numa vítima hipotérmica pode agravar, sendo de gestão difícil para a equipa multidisciplinar (Erkens et al., 2019; Fisher et al., 2020).

A instalação da hipotermia está diretamente relacionada com a gravidade de lesão e o tempo de exposição ambiental ao qual a vítima de trauma está exposta, pelo que a intervenção precoce do enfermeiro tem primazia, devendo ser instituída em ambiente pré-hospitalar, com o objetivo de minimizar as perdas de calor, promovendo a estabilização cardiovascular e o reaquecimento central (Lapostolle et al., 2021; Mcellan et al., 2023).

Estudos reconhecem várias lacunas na identificação e intervenção sobre a hipotermia, sendo a sua avaliação e registo, intervenções desconsideradas pelas equipas, pouco avaliada na maioria dos casos em contexto pré-hospitalar (Fisher et al., 2020; Nikouline et al., 2021). Deste modo, a *“golden hour”* é identificada por vários autores como o período fulcral de intervenção pelas equipas e com o melhor benefício para o doente, inclusive na identificação, tratamento e prevenção da hipotermia (Lapostolle et al., 2021). A hipotermia ocorrida *“indoor”* quando comparada com a *“outdoor”* demonstrou pior *outcome* para a vítima (Balmer et al., 2022).

A Organização Mundial de Saúde, criou *guidelines* sobre as recomendações na atuação perante uma vítima de trauma, bem como a implementação e organização da rede de trauma a nível mundial (WHO, 2014). A nível nacional, foi elaborado pela Ordem dos Médicos um documento com orientações, com um conjunto de atividades técnicas

de atuação perante uma vítima de trauma (Ordem dos Médicos, 2009). No entanto no que diz respeito aos centros de trauma em Portugal, sabe-se que em 2021 o Ministério da Saúde criou uma Comissão de Trauma que propunha a criação de um registo nacional de trauma e centros de atuação, bem como prevalência epidemiológica do trauma em Portugal (Despacho n.º 2543/2021, 2021).

Neste sentido, surgiu uma abordagem sistemática e universal, que permite a todos os elementos da equipa multidisciplinar uma linguagem comum e concisa (ASC-COT, 2018), os cursos *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN) e o *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) que possibilitam a aquisição de competências específicas na abordagem à vítima de trauma. A abordagem centra-se na mnemónica “ABCDE”, **A** (via aérea): permeabilização da via aérea com proteção cervical; **B** (respiração e ventilação); **C** (circulação e controlo de hemorragia); **D** (disfunção neurológica); **E** (exposição e prevenção da hipotermia), aqui se reconhece o nosso foco de interesse.

Assim, o enfermeiro especializado elemento da equipa multidisciplinar, ao qual lhe são reconhecidas competências acrescidas nas áreas técnicas, científicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência na sua área de intervenção (OE, 2019), procura, interpreta e divulga os resultados obtidos da mais recente evidência, contribuindo para a partilha e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Procura a base que sustente os seus cuidados, o *know-how*, para atuar tão prontamente quanto possível junto da vítima de trauma, gerindo fatores que desencadeiam situações de emergência e oscilações hemodinâmicas, contribuindo não só para o seu próprio desenvolvimento, mas também para o crescimento da organização onde se insere (Meyer & Lavin, 2005; Regulamento n.º 135/2018, 2018; Regulamento n.º 26/2019, 2019).

São competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, “cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, p. 12).

Assim se ressalva a correlação e implicação do referencial teórico na prática clínica, sendo reconhecido que a enfermagem é a profissão que mais tempo passa junto das pessoas, a vigilância caracteriza o olhar clínico do enfermeiro como ferramenta primordial na detecção precoce de problemas, identificação de evidências fisiológicas, emocionais e psíquicas como potencial para comprometer a adaptação do doente (Meyer & Lavin, 2005). A vigilância profissional de enfermagem contempla vários componentes como: estado de observação e de atenção à pessoa a vivenciar processo complexos, antecipação de sinais e sintomas clinicamente significativos, o cálculo do risco inerente à prática de enfermagem, a formação para agir de forma eficaz e eficiente, monitorizando os resultados das suas intervenções (Meyer & Lavin, 2005).

Algo fortemente sustentado pelos padrões de qualidade e pelo regulamento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de intervenção do doente crítico, reconhece o enfermeiro especialista como aquele que presta cuidado à pessoa/família a vivenciar situações de saúde-doença, assegurando a prevenção de complicações, como a hipotermia, uma prática de excelência que visa reduzir os eventos potenciadores de falência e/ou minimização de efeitos indesejáveis (OE, 2017).

O Plano Mundial da Segurança do Doente 2021-2030, identifica igualmente no objetivo estratégico 3, segurança dos processos clínicos, a importância de equipas competentes, ressaltando que a maioria dos incidentes que ocorrem com as pessoas admitidas em unidades de saúde está relacionado com a subvalorização de componentes clínicos que a longo prazo impactam o prognóstico clínico da pessoa (WHO, 2021). Destaca que a mitigação destes incidentes poderá ser colmatada com equipas especialistas, na qual o enfermeiro é um elemento de relevo.

A cultura de segurança é adquirida através de uma comunicação efetiva entre todos os elementos, mediante uma linguagem comum com a finalidade de obter o melhor resultado no menor tempo possível para a pessoa vítima de trauma, sendo “fundamental para reduzir os incidentes na prestação de cuidados de saúde, e, consequentemente para os doentes” (DGS, 2021, p.22)

O enfermeiro especialista fundamenta a sua prática na “promoção de uma cultura de segurança, alinhada com um processo de melhoria contínua, através de uma

comunicação, formação e sensibilização” (DGS, 2021, p.22). Um cuidado de qualidade resulta da articulação conjunta dos elementos da equipa multidisciplinar, o enfermeiro especialista tem responsabilidade acrescida e deste modo a de “garantir ambientes seguros para a prestação de cuidados seguros e em tempo útil, envolve um esforço de todos os intervenientes para assegurar condições físicas, técnicas e operacionais” (DGS, 2021, p.27).

Assim o enfermeiro especialista na gestão da hipotermia da pessoa vítima de trauma, através da vigilância contínua, rapidamente reconhece o impacto deste preditor, atuando conjuntamente com a equipa multidisciplinar na identificação precoce, tratamento e prevenção da sua reincidência (Meyer & Lavin, 2005).

Os padrões de qualidade em enfermagem médico-cirúrgica defendem esta perspetiva, onde na procura pela excelência, o enfermeiro gere o risco, adequando a resposta às situações e contextos, salvaguardando a segurança de todos, adotando uma postura de liderança, implementando intervenções de alta complexidade, minimizando eventos adversos com vista a capacitação das equipas na gestão de protocolos complexos como o cuidado à vítima de trauma (OE, 2017).

Os enfermeiros especialistas na área de intervenção à PSC, encontram-se numa posição central na prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos, intervindo na manutenção da segurança imperando a necessidade da vigilância. A pessoa vítima de trauma em hipotermia é caracterizada como uma pessoa incapaz de manter estabilidade fisiológica de forma independente e que apresenta elevado risco de desenvolver instabilidade fisiológica rapidamente (Benner, 2011), neste sentido a vigilância em enfermagem assume especial importância.

Meyer e Lavin (2005) defendem a vigilância como uma característica essencial da prática de enfermagem e que lhe permite diferenciar das restantes classes profissionais. A teórica fortifica que a vigilância profissional do enfermeiro se baseia no seu conhecimento em enfermagem, sendo um requisito para a ação fundamentada e tomada de decisão instruída. Considera que a excelência do exercício profissional de enfermagem garante o cuidar do outro, com base numa atenção sustentada e sempre presente.

A vigilância profissional de enfermagem contempla vários componentes como: estado de observação e de atenção à pessoa a vivenciar processo complexos, como antecipação de sinais e sintomas clinicamente significativos; o cálculo do risco inerente à prática de enfermagem; a formação para agir de forma eficaz e eficiente, monitorizando os resultados das suas intervenções (Meyer & Lavin, 2005). A vigilância é a essência da ação de enfermagem, dando ênfase à detecção precoce de problemas, que contribuirá para a melhoria do seu estado de saúde (Benner, 2001; Meyer & Lavin, 2005; OE, 2017).

A teoria da vigilância de Meyer & Lavin (2005) suporta a intervenção do enfermeiro na gestão da hipotermia na pessoa vítima de trauma, sendo capaz de identificar precocemente alterações, intervindo na prevenção de complicações, com reflexo direto na melhoria e segurança da qualidade dos cuidados, sendo modelo orientador das atividades desenvolvidas no contexto de estágio, descritas no capítulo seguinte.

2. Percurso de Desenvolvimento de Competências

Este capítulo visa sintetizar o percurso desenvolvido nos contextos clínicos, tendo como suporte a evidência científica resultante do meu projeto de investigação e as competências de mestre. O processo de aquisição de competências visa a obtenção de conhecimentos, que sustentam a capacidade de reflexão, resolução de problemas na área da investigação e inovação, consecutivamente contribuir para a melhoria das práticas profissionais e melhoria do desempenho das equipas.

Segundo o Modelo de Dreyfus, da aquisição e desenvolvimento de competências adaptado por Benner (2001), a autora reforça a evolução do conhecimento numa determinada área de intervenção baseado na partilha de informação e na experiência na prática clínica, reconhecendo estes impulsionadores para a aquisição de um julgamento crítico até ao nível elevado de proficiência. O perito é caracterizado como o profissional que demonstra elevada experiência, identifica rapidamente os problemas, comparando com situações similares ou díspares, utilizando o julgamento clínico para uma tomada de decisão fundamentada (Benner, 2001). Por isso considereei estar no nível de iniciado avançado, não obstante a minha experiência profissional de cinco anos em contexto de internamento, dado já apresentar algum *background* e vivência de situações de instabilidade hemodinâmica de doentes com necessidade de intervenção imediata.

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências, ocorreu num serviço de Urgência Polivalente, de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da área metropolitana de Lisboa, objetivando um conjunto de atividades a desenvolver ao longo do estágio, posteriormente expostas.

Os objetivos propostos demonstram o pensamento reflexivo, níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, altamente produtora para a melhoria dos resultados em saúde, a satisfação da pessoa/família e a dinamização da disciplina de Enfermagem no campo da investigação.

Assim na tabela 1, encontra-se expostos os objetivos e as respetivas atividades realizadas nos diferentes contextos.

Tabela 1.

Objetivos e Atividades de Estágio

Objetivos	Atividades
Desenvolver competências especializadas de enfermagem na identificação, prevenção e tratamento da hipotermia na vítima de trauma, promovendo a segurança e qualidade dos cuidados.	• Analisar os protocolos de atuação na pessoa vítima de trauma em hipotermia; • Atualizar e aplicar os protocolos de atuação do serviço; • Prestar cuidados à pessoa vítima de trauma com base na mais recente evidência científica; • Documentar as intervenções realizadas à pessoa vítima de trauma em hipotermia; • Avaliar a eficácia das intervenções realizadas à pessoa vítima de trauma na identificação, prevenção e tratamento da hipotermia;
Evidenciar uma prática baseada na evidência no cuidado à pessoa vítima de trauma.	• Participar ativamente na resolução de problemas que envolvam uma tomada de decisão relativamente à pessoa alvo de cuidados; • Priorizar intervenções, de acordo com o seu grau de importância, à pessoa alvo de cuidados; • Identificar questões ético-legais envolvidas na prestação de cuidados à pessoa alvo de cuidados; • Realizar jornais de aprendizagem segundo o ciclo reflexivo de Gibbs expondo a prática de enfermagem.
Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prevenção e controlo da infeção potenciadas pela hipotermia na pessoa vítima de trauma.	• Consultar normas e procedimentos sob controlo de infeção propostos (DGS/PPCIRA) instituídas no serviço; • Consultar objetivos propostos pelo PNSD 21-26 sobre controlo de infeção; • Conhecer estrutura física do serviço, incluindo locais de desinfeção;
Contribuir para a formação contínua em enfermagem na prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma.	• Participar na formulação de um plano de formação no serviço sobre a temática desenvolvida; • Apresentar os resultados da RIL no serviço; • Participar em eventos científicos na área da PSC.

Estágio em Serviço de Urgência Polivalente (SUP)

O estágio teve lugar num Serviço de Urgência Polivalente de um hospital central da Área Metropolitana de Lisboa, com um total de 438h de contacto compreendidas entre 02 de outubro de 2023 e 9 de fevereiro de 2024. Foi ainda possível a realização de prática clínica na viatura médica (VMER) deste mesmo hospital.

Os serviços de urgência, assumem uma estrutura física, logística e de recursos humanos com a missão da prestação de cuidados ao doente urgente e emergente (Despacho n.º 10319/2014, 2014), sendo estratificados de acordo com a sua estrutura, capacidade de resposta e recursos, em Serviço de Urgência Básico (SUB), Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

O SUP é caracterizado como um serviço de urgência mais diferenciado na resposta às situações de urgência e emergência, possibilitando a resposta em diversas valências nomeadamente, Neurocirurgia, Imagiologia com Angiografia, Cardiologia de Intervenção, Pneumologia, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Vascular, Cirurgia Cardiotóraca, Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Medicina Intensiva (Despacho n.º 10319/2014, 2014), esta diferenciação permite a classificação do SUP como Centro de Trauma (CT). Aos CT, polo da Rede Nacional de Trauma, compete a responsabilidade de tratamento sistematizado ao doente politraumatizado grave (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

A equipa de enfermagem é constituída atualmente por cento e cinquenta enfermeiros, dos quais vinte e quatro escalados por turno, entre enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas nas áreas de intervenção à pessoa em situação crítica, reabilitação, pessoa em situação crónica e cuidados paliativos. Mensalmente são desenvolvidas sessões de formação *online*, de acordo com as necessidades identificadas no serviço, permitindo a maior participação da equipa de enfermagem.

O SUP em questão é constituído por: zona de admissão e triagem – composto por quatro salas que permitem a observação e distinção dos doentes por gravidade, segundo triagem de Manchester; zona de ambulatorios; zona de macas; Pequena Cirurgia e gabinete de Ortopedia; salas de observação (SO) – composto por seis salas e reanimação

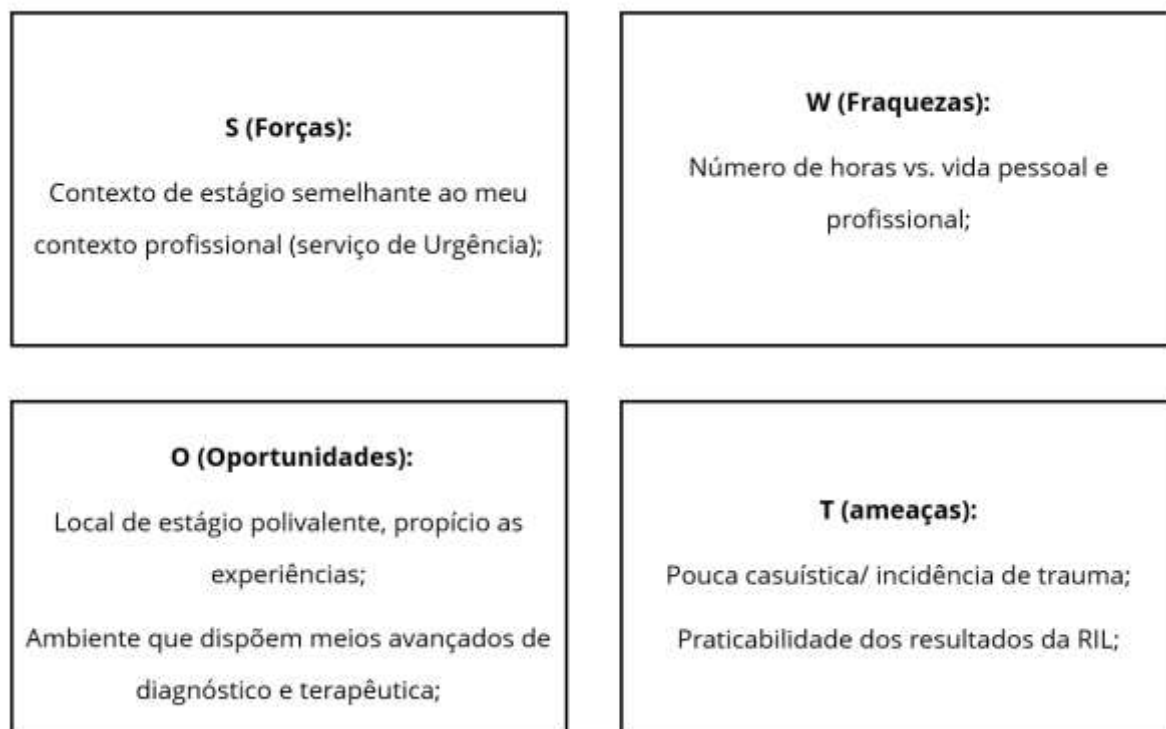
– quatro salas, duas direcionadas para o utente urgente/emergente com patologia médica e as restantes para o utente cirúrgico e Via Verde Trauma (VVT).

Os serviços de urgência assumem uma importância inquestionável, pela ação que desempenham em situações de doença aguda, emergência médica e cirúrgicas bem como situações críticas. Vulgarmente designados de “porta de entrada” do hospital e do serviço de saúde, os serviços de urgência proporcionam cuidados imediatos, independente dos recursos humanos, materiais e organizacionais que possuem. Assim, o aprimoramento de equipas especialistas (alto rendimento), revela-se uma mais-valia, sempre na vanguarda da evidência alicerçada a perícia, refletem-se diretamente na segurança dos cuidados.

A prestação de cuidados neste contexto é altamente complexa, dinâmica, exigindo a articulação multidisciplinar, numa relação de complementaridade em detrimento do utente. Neste âmbito o estágio constitui-se um instrumento de moldagem do profissional na busca constante pela mestria, sabendo aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de resolução de problemas em situações novas e não familiares, conhecendo realidades alargadas, díspares do seu contexto profissional, mas relacionadas com a sua área de estudo (Decreto-Lei n.º 63/2016, 2016).

O processo de aquisição de competências engloba a análise reflexiva do seu percurso de aprendizagem, aspetos facilitadores, limitações e desafios encontrados ao longo desta jornada. Para tal recorri à análise *SWOT* (*Strengths, Weaknesses, Opportunities e Treaths*), que permite efetuar uma análise de fatores internos e externos, preparar opções, resolução de problemas e priorização dos mesmos, facilitando o processo de desenvolvimento de estratégias para combater os problemas (Turner, 2010), visando o melhor aproveitamento do estágio, competência do mestre, que deve conseguir gerir e transformar contextos complexos, imprevisíveis que exigem novas abordagens estratégicas (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

Figura 2.
Análise SWOT



O código deontológico do enfermeiro reconhece nos artigos 100º e 109º, referentes à excelência ao exercício profissional, “o dever do enfermeiro de assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos” (Lei n.º 156/2015, 2015, p.6), deixa explícito que o enfermeiro deve analisar a sua prática de cuidados e manter os seus conhecimentos atualizados e fundamentados na informação disponível aliada às necessidades individuais de cada elemento alvo de cuidados. O mesmo reforça que o desenvolvimento de conhecimento é um processo dinâmico, onde os enfermeiros são agentes de aquisição e desenvolvimento de competências nas suas áreas de intervenção.

O mestre na abordagem ao doente crítico possui um conjunto de conhecimentos previamente desenvolvidos ao longo da sua prática profissional que pretende aprimorar, permitindo-lhe lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações complexas, refletindo sobre os resultados provenientes da sua intervenção (Decreto-lei n.º 63/2016, 2016). Assim reconheço a importância do meu *background* em urgência e no contacto com a PSC, fortemente orientadoras no processo de tomada de decisão e julgamento clínico.

A aquisição do grau de especialista médico-cirúrgico implica o desenvolvimento de conhecimentos aprofundados e especializados no seu campo de intervenção, aquele que demonstre níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão fundamentada em concordância com a última evidência disponível sobre determinada área de intervenção (OE, 2010). Assim, o processo de aquisição de competências visa “a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos” (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Assim como noutros contextos, o processo de integração ao serviço contemplou o reconhecimento da dinâmica organizacional, funcionamento do serviço e da equipa multidisciplinar. Este processo ocorreu de forma gradual com o acompanhamento do enfermeiro orientador, inicialmente na vertente observacional e consecutivamente de forma mais autónoma, colaborando na prestação de cuidados à **PSC de uma forma contínua a vivenciar diversos processos complexos de saúde-doença**, o que favoreceu o meu processo de desenvolvimento de competências, indo de encontro com os meus objetivos pessoais.

A consulta de normas de procedimentos, política e protocolos permitiram a consolidação de conhecimentos sobre a atuação perante uma PSC, circuitos e encaminhamento a unidades de cuidados definitivos, saliento como igualmente relevante a participação na preparação das salas de reanimação, nomeadamente, testagem do ventilador, reposição e verificação do carro de emergência e malas de transporte intra- e inter-hospitalar, medidas que considero fundamentais para a segurança do doente e minimização do erro, **garantir um ambiente terapêutico e seguro** é uma das competências do enfermeiro especialista no domínio da melhoria da qualidade (DGS, 2021; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Retrato uma situação na admissão de um homem de 40 anos, vítima de PCR à entrada na unidade hospitalar, uma abordagem célere e de certa forma caoticamente organizada, um processo moroso, que entre ritmos desfibrilháveis e não desfibrilháveis, permitiu o retorno à circulação espontânea e transporte até uma unidade de hemodinâmica.

Recordo o envolvimento na situação o papel de *team leader* desempenhado pelo enfermeiro, a importância da atribuição de funções segundo a abordagem ABCDE. Assumi um papel de “líder” conjuntamente com o orientador durante toda interação, garantido o transporte inter-hospitalar e na transmissão da informação ao colega.

A liderança em enfermagem promove mudanças significativas, estimulando a cultura de segurança, sendo definido pelas suas ações e não pela postura autoritária. O papel de um líder promove o ambiente de partilha, o trabalho para um objetivo comum e a motivação da equipa, resultando em maior satisfação para todos os elementos, uma performance de excelência com reflexo na melhoria direta da qualidade dos cuidados e dos resultados para as organizações de saúde (American Nurses Association [ANA], 2023; Internacional Council of Nurses [ICN], 2022).

Um dos interesses principais do estágio neste contexto, focava-se no contacto e prestação de cuidados a vítimas de trauma, em potencial situação de hipotermia, algo previamente limitado em UCI e que creio que foi conseguido. Dado o período temporal durante o qual decorre o estágio prestei cuidados a PSC em situação de hipotermia com patologia médica e traumatológica, por acidentes de viação, quedas na via pública, condições precárias e exposição prolongada ao frio.

O acesso aos materiais e conhecimentos prévios, adquiridos através da mais recente evidência científica, permitiram uma tomada de decisão concisa e fundamentada, possibilitaram planear um decurso de ação, implementação de intervenções autónomas e interdependes na gestão da hipotermia, ressalvo assim as competências específicas do enfermeiro especialista, na **identificação de focos de instabilidade, executando cuidados de alta complexidade** dirigidos à pessoa a vivenciar transições de saúde/doença e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Os fundamentos teóricos assumiram particular importância, reconhecendo as características diferenciadas do enfermeiro, como a vigilância, um instrumento de relevo na prestação de cuidados de qualidade, algo desenvolvido num processo *continuum* de formação que quando aprimorado permite ao enfermeiro especialista responder prontamente e forma antecipatória, prestar cuidados de complexidade antevendo oscilações e a eficácia das suas ações (Meyer & Lavin, 2005; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Os padrões de qualidade reconhecem a intervenção do enfermeiro na prevenção de complicações, na identificação tão rapidamente quanto possível de potenciais problemas, na implementação e avaliação das intervenções com impacto direto nestes problemas (Meyer & Lavin, 2005; OE, 2017). A oportunidade de acompanhar o orientador clínico permitiu-me não só a realização de turnos em sala de reanimação mas também noutros setores, a reflexão alargada sobre a vigilância e os fundamentos que obtive através do estudo da corrente de pensamento, na capacidade de reconhecer uma vítima crítica ou potencialmente crítica em qualquer contexto (Meyer & Lavin, 2005).

Na triagem o enfermeiro orienta a sua observação e colheita de dados para a queixa do doente, direcionando a sua intervenção, ativando o fluxograma de acordo com o problema. Aqui o enfermeiro identifica sinais e sintomas relevantes, referenciando situações significativas para outros profissionais da equipa multidisciplinar. A capacidade de antecipar e o cálculo do risco inerente são ferramentas da vigilância no encaminhamento dos doentes (Meyer & Lavin, 2005).

Recordo uma situação especialmente marcante durante um turno no posto da triagem, na admissão de uma senhora 80 anos, com cansaço fácil em repouso e necessidade de aporte de oxigénio suplementar, com pulso irregular, mas que numa avaliação inicial sem alteração de parâmetros vitais. Contudo, algo me transmitia que a senhora não estava bem, partilhei este pensamento com o meu orientador. Neste sentido, apesar da cor atribuída na triagem, decidimos encaminhar a senhora para a sala de reanimação, onde o seu estado de consciência rapidamente se alterou, com depressão progressiva e PCR.

O meu conhecimento prévio conjugado com o estudo aprofundado da teoria da vigilância, foram essenciais para me tornar mais sensível para estas situações e deste modo mobilizar a teoria na prática de cuidados, nesta e noutras situações encontradas, algo que creio aconteceu naturalmente e de forma intuitiva. A intuição em enfermagem é um componente do julgamento clínico, permite ao enfermeiro integrar informações obtidas através da sua observação, conjugando-as com dados empíricos para uma tomada de decisão no melhor interesse do doente (Chinn & Kramer, 2008).

A polivalência do contexto facultou-me a oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação emergente, **demostrar os meus conhecimentos e habilidades em**

suporte avançado de vida (SAV) e trauma, nomeadamente em situações de falência cardiorrespiratória, taqui e bradidisritmias, síndromes coronários agudos, entre outras situações, atuando de forma sistematizada, priorizando as intervenções de enfermagem à condição clínica da pessoa (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Neste seguimento, intervim ativamente na vigilância da PSC, que creio foi fundamental, pois identifiquei sinais precoces de deterioração clínica, tais como alteração do estado de consciência, oscilações hemodinâmicas significativas, interpretação de dados clínicos, mantendo-me pronta para atuar e articulação com a equipa de saúde (Meyer & Lavin, 2005; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Correlaciono as experiências vivenciadas com os resultados obtidos na RIL referentes à gestão da hipotermia na vítima de trauma, não só na tipologia de trauma (maioritariamente trauma fechado resultante de acidentes de viação), como na faixa etária dos eventos acompanhados, verificando que mais de 80% dos casos ocorrem com vítimas com idade inferior a 40 anos.

Descrevo uma das situações de trauma vivenciadas, de uma vítima do sexo feminino de 30 anos, vítima de queda de 5 metros com múltiplos traumatismos, sendo os mais evidentes numa primeira abordagem, o traumatismo craniano e dos membros inferiores. À avaliação inicial não foi possível avaliar a temperatura timpânica e como tal as minhas primeiras intervenções visam a abordagem ABCDE, focando o E (exposição).

A investigação internacional salienta a importância preparação das equipas, salas e equipamentos necessários antecipando a chegada da vítima ao hospital (ACS 2023; ASC-COT, 2018; Veelen & Maeder, 2021), que no contexto português é difícil de concretizar, dado que um grande número de eventos de trauma chega com bombeiros sem apoio de equipas diferenciadas, como a VMER, onde o contacto prévio com as unidades hospitalares é escasso ou inexistente, condicionando esta abordagem.

Transpondo os resultados da evidência para a situação específica, onde implementei as intervenções, como a remoção das roupas húmidas, a exposição ponderada da vítima, a aplicação de roupa aquecida, manta térmica e soros aquecidos, avaliando a temperatura corporal simultaneamente com termómetro esofágico a nível axilar, sensível a temperaturas mais baixas como no caso em que a temperatura inicial era de 32.6°C. A evidência determina um conjunto de intervenções, nomeadamente o pré-

aquecimento das salas e equipamentos, o encerramento das portas por forma a evitar perdas excessiva de calor, evitar a exposição prolongada da vítima, que na prática são intervenções dificilmente exequíveis. Neste contexto específico, pela entrada constante da equipa multidisciplinar e avaliação pelas especialidades cirúrgicas, bem como a necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico e o aquecimento da sala ser central (não passível de ajustes pela equipa) o que dificultou a implementação das medidas recomendadas. No entanto, as intervenções primeiramente descritas contribuíram positivamente na melhoria do *outcome* da doente, com melhoria do seu estado de consciência e aumento progressivo da temperatura corporal, quantificável com avaliação timpânica.

A Prática Baseada na Evidência (PBE) constitui-se uma premissa para o exercício profissional, norteando a prática clínica para uns cuidados de qualidade. A aplicabilidade dos resultados poderá estar comprometida, condicionada por um conjunto de fatores como as características das organizações, os recursos materiais, logísticos, humanos bem como os próprios conhecimentos dos profissionais.

Aqui ressalvo a participação ativa no *debriefing*, mais uma vez competência do enfermeiro mestre, a capacidade de comunicar as suas conclusões, o raciocínio efetuado e razões subjacentes, é por si uma habilidade que requer prática, mas que promove a coesão da equipa e a melhoria da qualidade de segurança dos cuidados e o melhor resultado para o doente (Edwards, 2021). Assim, a articulação com os elementos da chefia da equipa, na procura de soluções para a implementação destas medidas de forma mais eficiente, como contacto próximo com o CODU, as VMER (comunicação extra e inter-hospitalar), a aquisição de mais equipamentos de aquecimento.

A prestação de cuidados em emergência transcende a manipulação de equipamento e parametrização de alarmes, requer vigilância, observação constante, identificação de oscilação perante por exemplo, uma variação na curva de pressão do monitor, questionar-se sobre a necessidade de aspiração de secreções do doente, a assincronia com o ventilador, desconforto e a necessidade de ajuste da sedoanalgesia, atuar com base nos seus conhecimentos e assim reconhecer o padrão habitual do doente e possíveis alterações.

No domínio da **administração de protocolos terapêuticos complexos**, demonstrei ativamente os conhecimentos científicos que suportam a prática e a tomada de decisão fundamentada, implementando ações de enfermagem orientadas, avaliando o seu impacto no *outcome* do doente, demonstrando capacidade reflexiva necessária para a melhoria contínua (Regulamento n.º 429/2018).

Na vítima de trauma, a **gestão diferencial da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica** é de máxima importância, identificando sinais e sintomas de mal-estar físico e psicológico, reconhecendo a dor como quinto sinal vital, foco de instabilidade e de morbilidade futura do doente (Regulamento n.º 429/2018, 2018; OE, 2017). Para isto, recorri às minhas vivências prévias resultantes da minha experiência profissional de cinco anos num serviço cirúrgico traumatológico, na prestação de cuidados à vítima de trauma, ressaltando a importância da gestão das medidas farmacológicas e não farmacológicas e da avaliação-intervenção-reavaliação da dor no doente crítico ou potencialmente crítico.

A dor é altamente prevalente na pessoa vítima de trauma, e por isso, a sua avaliação poderá estar condicionada por fatores como a alteração do estado de consciência, pela sedação muitas vezes necessária numa primeira abordagem, a aplicabilidade de instrumentos de avaliação da dor como a escala numéricas e escala de faces a sua aplicabilidade poderá encontrar-se condicionada por estes fatores. Neste âmbito a vigilância de enfermagem (Meyer & Lavin, 2005), o raciocínio intuitivo do enfermeiro permite identificar oscilações clínicas diretamente relacionadas com a dor.

Atendendo à competência da **prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica**, área de impacto com influência direta no aumento da morbilidade da vítima de trauma (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Demonstrei e cumpro todos os protocolos institucionais e de boas práticas do serviço, quer relacionadas com a situação gripal sazonal, quer relacionados com os cuidados gerais ao doente emergente. Durante a minha prestação de cuidados consegui estabelecer paralelismos entre a realidade da instituição de estágio com a instituição onde exerço funções partilhando sempre as minhas reflexões diárias sobre a temática, nomeadamente os circuitos do doente crítico.

A imprevisibilidade e complexidade da PSC, implica na grande maioria das situações, a necessidade de monitorização invasiva, com recurso a dispositivos como

acessos venosos centrais, linhas arteriais, cateteres vesicais, entubação orotraqueal e a sua colocação de forma célere. O enfermeiro é assim responsável pela prevenção, intervenção e controlo de infeção com o cumprimento das medidas de assepsia com vista a minimização de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e consequente morbilidade para o doente (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Neste âmbito garanti o cumprimento das medidas básicas de proteção individual, o uso adequado dos equipamentos de proteção individual pela equipa multidisciplinar.

Na procura da excelência profissional o enfermeiro especialista procura satisfazer as necessidades da PSC, para tal **gere a comunicação e o estabelecimento de uma relação terapêutica**, implicando uma intervenção de proximidade junto da pessoa e sua família, o conhecimento das técnicas de comunicação, estratégias facilitadoras e barreiras da partilha da informação face à complexidade do estado de saúde e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018; OE, 2017).

O artigo 110º, da humanização dos cuidados, considera a individualidade de cada pessoa, considerando-a parte integrante de uma família reconhecendo o ambiente de cuidados potenciador de aprendizagem, mudança de comportamentos, considerando a inserção da família nos cuidados (OE, 2015), esta filosofia dos cuidados centrados na pessoa e sua família são amplamente suportados e desenvolvidos no serviço, algo que pude trabalhar neste período, principalmente na gestão da comunicação e da informação transmitida à família face à complexidade dos cuidados (McCormark & McCance, 2006; OE, 2017).

O enfermeiro especialista considera a família como um parceiro nos cuidados à PSC, reconhece a sua intervenção como imprescindível para o alívio do medo e incerteza. Assim, consciente das limitação estruturais e das políticas institucionais relativas às visitas e consequentes restrições impostas desde a pandemia Covid-19, permiti sempre que possível as relações interpessoais entre doente e família.

O processo de aquisição de competências integra o domínio da responsabilidade profissional, ético e legal, a prestação de cuidados emergentes implica uma tomada de decisão suportada na deontologia profissional, integrando elementos do enquadramento jurídico, agindo em detrimento do bem comum, do melhor resultado para o maior número de pessoas, beneficência, algo com o qual o enfermeiro especialista se encontra

diariamente deparado em contexto de emergência (CDE, 2015; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O contexto facultou-me diversas experiências onde tive a oportunidade de me debruçar sobre estas questões, **demonstrar uma tomada de decisão segundo princípios, normas e valores éticos**, centrei a minha prática na humanização dos cuidados, considerei o cliente como ser único, dotado de características singulares, com crenças e valores, apesar da azáfama presente na sala de reanimação, foram assegurados cuidados personalizados, visando o respeito pela identidade do cliente, considerando todas as suas dimensões biopsicossociais, possibilitando momentos de contacto com familiares e acompanhamento dos mesmos no percurso até ao bloco operatório.

Por forma a exercitar este pensamento autocrítico orientado para uma prática de excelência, desenvolvi um Jornal de Aprendizagem centrado num dilema ético vivenciado, que me permitiu adquirir maior consciência sobre os direitos da PSC e a promoção de um cuidado centrado na pessoa (CDE, 2015; McComark & McCance, 2006).

O cuidado centrado na pessoa reconhece o profissional competente, o desenvolvimento de habilidades interpessoais, o envolvimento e o aprofundamento do conhecimento dos valores e crenças individuais um pré-requisito na prestação de cuidados. Os atributos profissionais e interpessoais do enfermeiro responsável são uma mais-valia neste processo de acompanhamento, resultando de um *background* de experiências passadas que conjugadas com a melhor evidência científica fomentaram uma intervenção focalizada na pessoa e nas suas necessidades (McCormark & McCance 2006; Meyer & Lavin, 2005).

Para Tanner (2006) e Johansen e O'Brien (2015), o julgamento clínico do enfermeiro e o processo de tomada de decisão são processos complexos fortemente interligados influenciados pelo conhecimento, experiência e capacidade de vigilância do enfermeiro na prestação de cuidados à PSC, reconhecendo a situação sabendo exatamente o que fazer. Uma prática especializada engloba uma maior competência e mais competências para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal e assistência no processo de vivência das transições experienciadas pela própria pessoa, envolvendo-a no processo de tomada de decisão sobre o seu próprio plano de saúde.

O *Critical Thinking in Nursing*, reconhece estas competências, o julgamento crítico (pensamento intuitivo, para interpretar e compreender, atuar em conformidade), a segurança da pessoa, a comunicação e cooperação e a habilidade de resolução de problemas (ANA, 2024; Lasater, 2011; Tanner, 2006), inerentes ao mestre na área de intervenção à PSC.

A prática de enfermagem especializada, resulta da procura contínua pela excelência profissional, do trabalho de investigação e exposição da mais recente evidência científica impulsionadora de mudança de atitudes e comportamentos individuais e coletivos (Regulamento n.º140/2019, 2019). Neste campo participei ativamente na disseminação de conhecimento na minha área de interesse, nacional e internacionalmente com a submissão de artigo na Revista Pensar em Enfermagem, atualmente em processo de análise, comprovativo em anexo (Apêndice II), igualmente com a exposição dos resultados através da elaboração de um póster intitulado “*A Intervenção do Enfermeiro Especialista na Hipotermia da Pessoa Vítima de Trauma no Serviço de Urgência*” no 8º Congresso Nacional da Urgência promovido pela Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e o Núcleo de Estudos e Urgência e do Doente Agudo, nos dias 7 a 9 de outubro de 2023 (Apêndice IV).

Neste âmbito construí um póster para exposição no serviço, com um vídeo de apresentação promotor de novos conhecimentos na intervenção especializada na gestão da hipotermia na pessoa vítima de trauma, de forma a avaliar a pertinência e eficácia da sessão formativa, elaborei um formulário no *Google Forms* que me permitiu extrair os dados e descrever o meu processo de aprendizagem e participação ativa no campo de investigação (Apêndice III).

O enfermeiro mestre alicerça os seus conhecimentos ao processo de tomada de decisão, contribuindo para a o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada, promovendo o treino de habilidades e o raciocínio clínico (Papathanasiou et al., 2014). Tendo por base esta premissa participei em eventos científicos (Anexo I, II, III), que enriqueceram os meus conhecimentos científicos no âmbito profissional e académico e fomentaram a partilha no contexto de urgência.

Realizei um levantamento das necessidades do serviço na área da formação, assumindo um papel integrante e impulsionador de projetos e após contacto com equipa

de gestão, constatou-se como uma necessidade uma orientação na abordagem na vítima de trauma para sensibilização dos elementos mais novos do serviço.

O enfermeiro especialista colabora na **conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da melhora da qualidade**, e como tal, participei ativamente como elemento formador num evento de *Mass Training*, desenvolvido pelo hospital com vista a formação contínua no âmbito da abordagem à vítima de trauma (Apêndice V), que decorreu nos dias 24 e 25 de fevereiro de 2024 (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Estágio na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)

A VMER é um serviço de assistência extra-hospitalar de parceria entre o INEM e a Unidade Local de Saúde (ULS), concebido para o transporte imediato de uma equipa de profissionais de saúde, enfermeiro e médico, diretamente ao local onde se encontra o doente. Este meio encontra-se dotado de equipamentos necessários para assegurar e manter cuidados emergentes e de suporte avançado de vida, atuando como extensão do serviço de urgência à comunidade da área de influência da ULS sobre a orientação direta do CODU.

A viatura integra a unidade funcional, Urgência Geral, Urgência Pediatria e Cuidados Intensivos e conta com uma equipa médica de 40 elementos e equipa de enfermagem composta por 20 elementos, destes mais de metade especialistas na área do doente crítico. A VMER conta com um grande número de ativações, 3329 ativações no ano de 2020 o que corresponde a uma média de 9,12 vítimas por dia, deste total 11% relacionados com vítimas de trauma, a segunda maior causa de acionamentos (Relatório de Atividades VMER, 2020).

A oportunidade de acompanhar a VMER, permitiu-me também colaborar na **prestação de cuidados à PSC em contexto pré-hospitalar**. Uma experiência enriquecedora, com oportunidade de conhecer a dinâmica e protocolos de atuação neste meio, a articulação entre os diferentes meios, CODU, bombeiros e polícia de segurança pública. A prestação de cuidados neste ambiente é um desafio para as equipas muitas vezes condicionadas pelas limitações, nomeadamente de acesso à vítima, falta de espaço para assistência bem como mobilização e transporte.

O exercício de enfermagem em meio extra hospitalar é determinante para a prestação de cuidados diferenciados à pessoa, família e comunidade desde o local da emergência até à unidade local de saúde, contemplado um conjunto de competências acrescidas demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e de toma de decisão num curto espaço de tempo (OE, 2018), “constitui-se como componente efetiva para obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente a diminuição da taxa de mortalidade e a diminuição da taxa de morbilidade” (Regulamento n.º 226/2018, 2018, p.10759). Neste âmbito a OE emana um regulamento de competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar (Regulamento n.º 226/2018, 2018).

Reconhecer a importância da integração e mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes no processo de atuação em emergência pré hospitalar, assim como nos contextos anteriores, o reconhecimento da carga da viatura, disposição dos equipamentos e pesquisa sobre a tipologia dos acionamentos constitui-se uma mais valia, a participação nas dinâmicas da equipa na verificação de fármacos, verificação e teste de operacionalidade dos monitores desfibrilhadores, verificação semanal da malas de via aérea e trauma, recursos essenciais de apoio e suporte da atuação da equipa de extra-hospitalar (Regulamento n.º 226/2018, 2018).

Num ambiente de maior complexidade e constrangimento, a interação e integração da equipa multidisciplinar e a **comunicação eficaz entre os elementos** é extremamente importante, permitindo uma ação direcionada na **priorização e na antecipação de intervenções com vista a minimização do risco e potencial deterioração clínica da pessoa** (Meyer & Lavin, 2005; Regulamento n.º 226/2018).

Um dos eventos mais recorrentes de ativação das equipas diferenciadas ao qual tive a oportunidade de presenciar e participar, são as ativações para Paragem Cardiorrespiratória (PCR), das quais presenciadas por familiares ou conhecidos. Nestas situações é fulcral o cuidado à família presente no local, que perante a ansiedade e medo, não sabem como intervir e desconhecem os procedimentos ético-legais associados ao falecimento de uma pessoa em casa. O enfermeiro especialista deverá assegurar um ambiente de empatia, comunicação assertiva e de relação de ajuda, enquanto dignifica o corpo e colabora com as organizações envolvidas no processo de atuação de certificação de óbito.

Foram várias as situações que senti necessidade de confortar estas famílias com empatia, com o toque, com o dar a mão, um abraço, que creio amenizou o sentimento de impotência e perda. A sensação de ter feito a diferença nestes momentos permitiu-me **apoiar a família no processo de transição** (Regulamento n.º 429/2018, 2018). A atenção e conhecimento prévio do enfermeiro da vivência das transições, o reconhecimento das condições pessoais, ambientais e comunitárias que facilitam ou dificultam a vivência da transição de forma “saudável”, auxiliam à pessoa a consciencializar-se sobre a situação e a forma de lidar com a mesma (Meleis, 2010).

O cuidado de enfermagem em contexto extra hospitalar engloba um conjunto de competências e uma intervenção focalizada, compreendendo que a minha prestação de cuidados aglomerava a avaliação e estabilização da vítima no local, mas igualmente relevante **o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais, assim como a continuidade dos cuidados através da transmissão da informação pertinente** (Regulamento n.º 226/2018, 2018).

O **desenvolvimento de projetos de investigação em enfermagem** são cada vez mais importantes e igualmente considerado neste contexto, a prática baseada na evidência repercute-se na implementação de intervenções mais adequadas, na gestão de recursos, na emancipação e consolidação da importância e impacto da profissão neste ambiente e nas pessoas (Mota et al., 2020). Assim, acompanhei o enfermeiro gestor, consultei relatórios de atividades e participei em conferências centradas em emergência extra-hospitalar, como o *Webinar* sobre Gestão e Liderança em Emergência Médica e Catástrofe (Anexo I).

O enfermeiro especialista baseia a sua prática na mais recente evidência científica, orientada para os resultados de enfermagem observáveis/palpáveis (Meyer & Lavin, 2005). Acompanhar e participar na prestação de cuidados ao doente crítico em ambiente de cuidados intensivos, garantindo um ambiente seguro e terapêutico centrado na pessoa e família alvo de cuidados, o desenvolvimento de uma relação de proximidade e identificando as necessidades nas quais as suas práticas poderão impactar mais significativamente.

Considerações Finais

A elaboração deste relatório compreende um processo de autorreflexão crítica do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências. Ao longo deste percurso foram vários os momentos em que questionei e considerei não completar esta jornada, pela pouca experiência na abordagem ao doente crítico, uma vez que grande parte do meu percurso profissional ocorreu em contexto de internamento cirúrgico.

O trauma é e sempre foi uma área de grande interesse e fascínio, bem como a abordagem às pessoas vítimas desta condicionante, altamente complexa e desafiadora. Desde o princípio sempre tive a certeza da temática que queria desenvolver e de certa forma contribuir para a investigação colocando o meu cunho pessoal no tema. Assim, reconheço a necessidade da formação contínua e do desenvolvimento da prática sustentada na evidência na procura contínua da prática de excelência.

Recordos as várias aprendizagens que vivenciei ao longo do meu percurso neste Curso de Mestrado, da Unidade de Cuidados Intensivos ao Hospital de Campanha do INEM. Este último uma das experiências mais marcantes, que apesar de não se comparar a uma situação de exceção, me fez reconhecer a pertinência da intervenção do enfermeiro especialista no planeamento da situação de resposta neste contexto. Aqui desenvolvi as minhas capacidade de adaptação, flexibilidade, trabalho em equipa e liderança, demonstrando um pensamento crítico para a tomada de decisão rápida, mobilizando conhecimentos nas mais diversas áreas, visando atender às necessidades das pessoas e suas famílias (Regulamento n.º 429/2018, 2018; WHO, 2021).

Não obstante ao contexto de cuidados, a prática do enfermeiro em contexto de exceção/catástrofe pressupõe a prestação de cuidados holísticos, sob condições altamente desafiadoras que exigem capacidade de adaptação e criatividade, ultrapassando os desafios impostos, gerindo recursos escassos, prevenindo/minimizando infeções contemplando a diversidade cultural.

Ao longo do mestrado aprimorei as minhas capacidades reflexivas, procurando correlacionar a prática clínica com o referencial teórico e a evidência obtida do meu trabalho de investigação, na busca constante pela excelência profissional determinante para a aquisição das competências inerentes ao enfermeiro mestre na área da PSC. Os

conhecimentos adquiridos nos diversos contextos clínicos alicerçados as experiências prévias, permitiram-me considerar a pessoa cuidada no seu todo, reconhecer a vigilância como componente fundamental da prática clínica.

Contrariamente, o ambiente de cuidados intensivos é caracterizado por um ambiente altamente tecnológico em que o domínio da técnica e dos equipamentos advém da prática, sendo este campo considerado como último recurso para o restauro da saúde do cliente. A prestação de cuidados neste contexto permitiu-me compreender o impacto do enfermeiro na prática do cuidar, o poder da formação contínua e da excelência da prática de enfermagem (Benner, 2001), que reconhece todos os domínios, incluindo a ética e a moral, a melhoria contínua da qualidade, as competências técnicas, relacionais e o desenvolvimento de aprendizagens (Regulamento n.º 26/2019, 2019).

Os desafios sentidos ao longo do percurso académico, que creio comum a outros colegas, nomeadamente, a incidência de casuística de trauma durante os estágios, especialmente na UCI, que na minha perspetiva limitou e ao mesmo tempo motivou uma análise e reflexão mais abrangente e profunda, a capacidade de adaptação e flexibilidade no desenvolvimento do tema de estudo moldado às necessidades do serviço, competência do enfermeiro perito (Benner, 2005).

Como aspetos positivos, o contacto com realidades díspares, o contacto com peritos, enfermeiros orientadores e professora orientadora essências para o meu crescimento enquanto enfermeira e ser humano.

Reconheço a importância do referencial teórico escolhido, que após reflexão e análise criteriosa da prática de enfermagem à PSC claramente me conduziu à palavra que melhor caracteriza a ação/intervenção de enfermagem, a vigilância. O reconhecimento desta competência remota os tempos primórdios da enfermagem, da nossa fundadora, Florence Nightingale, instruindo desde cedo as enfermeiras a observar e a interpretar, algo aprimorado até aos dias de hoje.

O mestre na sua área de intervenção “sabe 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). A evolução científica e

tecnológica constante impute ao enfermeiro especialista a atualização dos seus conhecimentos e melhoria contínua com impacto direto na prestação de cuidados diferenciada e ganhos em saúde para aqueles de quem cuida e para as instituições.

Como implicações para a prática, destaco a aplicabilidade dos resultados da RIL na prática de cuidados pois, como defende Benner (2001) o perito “não nasce” mas sim “molda-se” com as experiências que vivencia. A evidência fornece informação necessária à mudança de atitudes, que não obstante à modificação de comportamentos, requer uma ação ponderada e a reflexão criteriosa. A investigação sobre a temática reconhece a importância da elaboração de estudos sobre a efetividade de protocolos de atuação. No entanto nos contextos de cuidados críticos com os quais contactei não se verificam a existência de normas/protocolos de atuação nesta área.

O implementação dos resultados da evidência desenvolve-se em ambientes, onde as ideias, inovações são valorizadas, requer uma equipa de saúde comprometida, construindo parcerias com objetivo na mudança, a mesma poderá ser vista como um processo de aprendizagem contínuo visando a prática atualizada e em primeira instância a pessoa alvo de cuidados.

Terminada esta experiência, o interesse pela temática da vigilância essencial à segurança da pessoa mantém-se uma preocupação constante, e neste âmbito pretendo continuar e alargar a investigação deste tema e outros relevantes para o cuidado à PSC, mobilizando as aprendizagens para o local onde exerço funções.

Considero que atingi os objetivos propostos, contemplado as competências Comuns de Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e Específicas do Enfermeiro Especialista na Área da Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018), bem como as competências de Enfermeiro Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018), sendo capaz de integrar os conhecimentos adquiridos sobre a minha área de estudo, reconhecer o seu impacto na prestação de cuidados e as conclusões associadas a sua implementação.

O enfermeiro especialista maximiza os conhecimento na prática de enfermagem assente em pilares como a análise, compreensão, interpretação, reflexão e síntese da

teoria e da investigação, desenvolvendo a profissão na procura de uma enfermagem avançada (ICN, 2020).

Ressalvo, a importância da vigilância essencial da enfermagem à PSC, o enfermeiro observa a pessoa, identifica sinais e sintomas suscetíveis de alteração, identificando potenciais problemas daí resultantes, intercedendo o desenvolvimento de complicações passíveis de causar dano à pessoa. Que a vigilância esteja presente em cada um de nós, enfermeiros, na defesa e personalização dos cuidados.

Referências

- Alberdi F., García I., Atutxa L., Zabarte M. (2014). Epidemiology of severe trauma. *Medicina Intensiva* 38 (9), 580-588. [Epidemiology of severe trauma \(medintensiva.org\)](https://doi.org/10.5455/medintensiva.2014.22.283-286);
- American College of Surgeons Committee on Trauma. (2018). *Advanced trauma life support (ATLS)*. 10ª edição.
- American Nursing Association (2024). *Critical Thinking in Nursing: Tips to Develop the Skill*. <https://doi.org/10.5455/medintensiva.2014.22.283-286>.
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2022). *Relatório setembro 2022. sinistralidade 24 horas fiscalização e contraordenações. RELATÓRIO SETEMBRO 2022* (ansr.pt).
- Balmer J., Hieb N., Daley B., Many H., Heidel E. (2022). Continued Relevance of Initial Temperature Measurement in Trauma Patients. *American Surgeon*. 8 (11). 424-428. DOI: <https://us.sagepub.com/en-us/journals-permissions>;
- Balvers K., Van der Horst M., Graumans M., Boer C., Binnekade J., Goslings J., Juffermans N. (2016). Hypothermia as a predictor for mortality in trauma patients at admittance to the Intensive care unit. *Journal of Emergencies, Trauma and Shock*. 9(3): 97-102. DOI: 10.4103/0974-2700.185276.
- Benner P. (2001). De iniciado a perito. Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2 ed.). Springer Publishing.
- Chinn P., Kramer M. (2008). *Knowledge Development in Nursing – Theory and Process*. (9th ed) Elsevier.
- Decreto de Lei n.º 63/2016 (2016). Ciências, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, série I, (Nº176 de 13 de setembro de 2016). [Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro | DRE](#).
- Decreto de Lei n.º 65/2018 (2018). Atualiza as regras sobre os graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, I série, (Nº 157 de 16 de agosto de 2018), 96-107. [Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro | DRE](#).

- 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*, II série (N.º 153 de 11 de agosto de 2014), 20673-20678.
- Direção-Geral da Saúde (2022). Norma: 012/2022 – Via Verde do Trauma. [Norma 2 \(novo design\) SPMS V2 \(min-saude.pt\)](#).
- Edwards J. (2021). *Debriefing for Clinical Learning*. [Debriefing for Clinical Learning | PSNet \(ahrq.gov\)](#).
- Erkens R., Wernly B., Masyuk M., Muessig J., Franz M., Schulze P., Lichtenauer M., Kelm M., Jug C. (2019). Admission Body Temperature in Critically ill Patients as an Independent Risk Factor for Overall Outcome. *Medical Principles and Practices*, 29 (4), 389-395. DOI: 10.1159/000505126.
- Fisher A.; April M.; Schauer S. (2020). An analysis of the incidence of hypothermia in casualties presenting to emergency department in Iran and Afghanistan. *American Journal of Medicine*, 8 (11), 2343-2346. DOI: [10.1016/j.ajem.2019.11.050](#).
- Godinho N. (2023). Manual para elaboração de trabalhos académicos e referência – Normas APA. ESEL – Centro de Documentação e Bibliotecas da ESEL, 1-32.
- Internacional Council of Nurses (2020). *Guidelines on Advacend Practise Nursing*. [ICN APN Report EN WEB.pdf](#).
- Internacional Council of Nurses (2022). Nurses a Voice to Lead – Invest in nursing and respect rights to secure global health. [ICN IND Toolkit English FINAL low res.pdf](#).
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2022). Ocorrências pré-Hospitalares (Nº) por local de ocorrências (NUTS-2013) e Tipologia. [Estatísticas Categoria - INEM](#);
- Jonhansen M., O’Brien J. (2015). Decision Making in Nursing Practise: A Concept Analysis. *Nursing Forum*. 56 (1). 40-48. <https://doi.org/10.1111/nuf.12119>.
- Lapostolle F., Garrigue B., Richard O., Weisslinger L., Chollet C. Lagadec S., Soulat L, Ricard-Hilbon A., Hilaire-Schneider C., Debaty G., Mazur V., Vicaut E. (2021). Prevention of hypothermia in trauma victims – the hypotrauma 2 study. *Journal of Advanced Nursing*. 77, 2908-2915. DOI: [10.1111/jan.14818](#).

- McCormack B., McCance T. (2006). *Development of a framework for person-centred nursing*. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x.
- Meleis, A. (2010). *Transition Theory – Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing company.
- Messelu A., Tilahun D., Beko K., Endris H., Belayneh G., Tesema A. (2023). Incidence and Predictors of mortality among adult trauma patients admitted to the intensive care units of comprehensive specialized hospitals in Northwest of Ethiopia. *European Journal of Medicine Research*. 28 (1). DOI: 1011841488;
- Meyer, G., Lavin, M. (2005). Vigilance: The Essence of Nursing. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol10No03PPT01>.
- Ministério da Saúde (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva. Microsoft Word - RNEHR Medicina Intensiva - Aprovada 10 agosto 2017 (sns.gov.pt).
- Mota M., Cunha M., Santos M. (2020). O enfermeiro no pré-hospitalar: Cuidar para Curar. *Millenium*, 2(5), 147-152. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0205e.14.00333>.
- Mota M., Cunha M., Santos M., Santos E., Melo F., Abrantes T., Santos A. (2020). Prehospital interventions to prevent hypothermia in trauma patients: a scoping review. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 37(3). DOI: <https://doi.org/10.37464/2020.373.88>.
- Nikouline A., Quirion A., Jung J., Nolan B. (2021). Errors in Adult Trauma Resuscitation: a Systematic Review. DOI: 10.1007/s43678-021-00118-7.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico do Enfermeiro. [CodigoDeontologico.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#).
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. [ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#).
- Papathanasiou I., Kleisaris C., Fradelos E., Kakou K., Kourkouta L. (2014). Critical Thinking: The Development of na Essential Skill for Nursing Students. *Acta Informed Medicine*. 22 (4), 283-286. DOI: <https://doi.org/10.5455%2Faim.2014.22.283-286> .

- Perlam R., Callum J., Laflamme C., Tien H., Nascimento B., Beckett A., Alam A. (2016). A Recommended early goal-directed management guideline for the prevention of hypothermia-related transfusion, morbidity, and mortality in severely injured trauma patients. *Critical Care* 20:167. DOI 10.1186/s13054-016-1271-z.
- Phillips J., Malliaris A., Bakerjian D. (2021). Nursing and Patients Safety. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://psnet.ahrq.gov/primer/nursing-and-patient-safety>.
- Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas em Enfermagem Médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II série* (Nº135 16-07-2018). [115698537.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#).
- Regulamento n.º 90ª/2022. (2022). Aprova o Sistema Integrado de Operações e Socorro. *Diário da República, I série* (Nº251 30-12-2022). [Decreto-Lei n.º 90-A/2022, de 30 de dezembro | DR \(diariodarepublica.pt\)](#).
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II série* (Nº26 06-02-2019), 4744-4750. [0474404750.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#).
- Regulamento n.º 226/2018. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar. Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República, II série* (Nº 74, 16 de abril de 2018). [regulamento-nº-223 2018-regulamento-da-competência-acrescida-emergencia-extra-hospitalar.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#).
- Sage-Rockoff A., Schubert F., Ciardiello A., Douglas E. (2018). Improving Thermoregulation for Trauma Patients in the Emergency Department: An Evidence-Based Practice Project. *Society of Trauma Nurses*. 25 (1). DOI: 10.1097/JTN.0000000000000336.
- Sobrinho J., Shafi, S. (2013). Timing and causes of death after injuries. Baylor University Medical Center Proceedings. 26 (2). 120-123. DOI: [10.1080/08998280.2013.11928934](#).
- Tanner C. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*. 45 (6). 204 – 211. DOI: <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>.

Turner S. (2010). Ferramentas de Apoio à Gestão – guia par ao gestor de sucesso. Monitor – Projetos e Edições, Lda.

Veelen M., Maeder M. (2021). Hypothermia in trauma. *Internacional Journal of Environmental Research and Public Health*. DOI: [10.3390/ijerph18168719](https://doi.org/10.3390/ijerph18168719).

World Health Organization (2012). Guidelines for essential trauma care. [Guidelines for essential trauma care \(who.int\)](https://www.who.int/publications-detail/essential-trauma-care).

World Health Organization (2021). Classification ad Minium Standards for Emergency Medical Teams. [Guidelines and Publications | EMT \(who.int\)](https://www.who.int/publications-detail/emergency-medical-teams).