



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Traumatismo Crânio-Encefálico: Intervenção do Enfermeiro em Contexto de Emergência

Marta Elisabete Guedes Assis Melo

Orientação: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias
Pedro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Traumatismo Crânio-Encefálico: Intervenção do Enfermeiro em Contexto de Emergência

Marta Elisabete Guedes Assis Melo

Orientação: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias
Pedro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Professora Doutora Eugénia Nunes Grilo

Arguente: Professora Doutora Guida Maria Marques da Silva Amaral

Orientador: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Setúbal, 2023

PENSAMENTO

*Há um tempo em que é preciso
abandonar as roupas usadas
Que já tem a forma do nosso corpo
E esquecer os nossos caminhos que
nos levam sempre aos mesmos lugares
É o tempo da travessia
E se não ousarmos fazê-la
Teremos ficado para sempre
À margem de nós mesmos*

Fernando Teixeira de Andrade

AGRADECIMENTOS

Ao professor Adriano Pedro, pela orientação, apoio e disponibilidade e, na sua pessoa, a todos os professores, pelo seu importante contributo na construção deste percurso.

À enfermeira supervisora clínica P. P., pelos momentos de partilha e reflexão e pelo exemplo de profissionalismo.

À equipa do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, pelo acolhimento e colaboração.

Aos companheiros desta aventura, pela parceria, apoio e momentos de aprendizagem partilhados.

Aos meus pais e irmã, por serem pilares, incentivo e colo incondicionais.

Ao meu marido e ao meu filho, pela compreensão das ausências, pela motivação nos dias menos coloridos e pelo amor e carinho que nunca falta.

A todos, o meu sincero obrigada!

RESUMO

Enquadrado no plano de estudos do VI Mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, o presente Relatório surge como a etapa conclusiva deste percurso formativo.

Estreitamente relacionado com a unidade curricular Estágio Final, este documento ambiciona, através de uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, dar visibilidade a todo um processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - a Pessoa em Situação Crítica e de mestre em enfermagem.

Como atividade de particular destaque, no domínio da investigação, foi desenvolvido um Projeto de Intervenção Profissional com o objetivo de melhorar a segurança e qualidade das intervenções à pessoa vítima de Traumatismo Crânio-Encefálico na Sala de Emergência. Baseado na Metodologia de Projeto e no Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidência, este projeto promoveu a implementação de estratégias de capacitação dos profissionais e de uniformização dos cuidados, através da criação de um protocolo de atuação.

Simultaneamente, realiza-se a descrição e análise das atividades desenvolvidas, oportunidades vivenciadas e aprendizagens adquiridas em contexto clínico, que, em sinergia com a componente teórica e percurso profissional prévio, contribuíram para a edificação das competências visadas.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação Crítica; Traumatismo Crânio-Encefálico; Urgência.

ABSTRACT

As part of the VI Master's Degree program in Association Nursing, a specialization area in Medical-Surgical Nursing: the Person in a Critical Situation, the present Report is the conclusion of this formative degree.

Closely related to the Final Internship curricular unit, this document aims, through a descriptive and critical-reflexive methodology, to give visibility to an entire process of acquisition and development of common and specific competencies of specialist nurses in Medical-Surgical Nursing: the Person in Critical Situation and master's degree in nursing.

As a particularly noteworthy activity, in the field of research, a Professional Intervention Project was developed with the aim of improving the safety and quality of interventions for victims of Traumatic Brain Injury in the Emergency Room. Based on the Project Methodology and on the Model for Evidence-Based Practice Change, this project promoted the implementation of strategies to train professionals and standardized care, through the developing an action plan.

Simultaneously, a description and an analysis of the activities, opportunities experienced and learning acquired in the clinical context are carried out, which, in synergy with the theoretical component and previous professional path, contributed to the construction of the targeted competences.

Key words: Medical-Surgical Nursing; Person in Critical Situation; Traumatic Brain Injury; Emergency.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – *American College of Surgeons*

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AR – Assembleia da República

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CH – Centro Hospitalar

CMPCOS – Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro

COVID-19 – Doença do Coronavírus 2019

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

EMC-PSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

et al. – e outros

FSC – Fluxo Sanguíneo Cerebral

GCS – Escala de Coma de Glasgow

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICD - *International Classification of Diseases*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MeSH – Medical Subject Heading

MMPBE – Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências

MS – Ministério da Saúde

n.º - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAM – Pressão Arterial Média

PaO₂ – Pressão parcial de oxigênio

PaCO₂ – Pressão parcial de dióxido de carbono

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PBE – Prática Baseada em Evidência

PIC – Pressão Intracraniana

PIP – Projeto de Intervenção Profissional

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral

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

PRISMA-ScR – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Review*

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SARS-CoV-2 – Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2

SAV – Suporte Avançado de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SU – Serviço de Urgência

TC-CE – Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica

TCE – Traumatismo Crânio-encefálico

UL-PPCIRA – Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

UH – Unidade Hospitalar

VSTC – *Victorian State Trauma Committee*

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	16
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	19
1.1 INSTITUIÇÃO HOSPITALAR	19
1.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA	19
1.2.1 Estrutura física e funcional do SUMC	20
1.2.2 Equipa de enfermagem do SUMC	22
1.2.3 Análise da produção de cuidados e organização da equipa de enfermagem	23
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	28
2.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA TEMÁTICA	29
2.1.1 A problemática do TCE	30
2.1.2 Fisiopatologia do TCE	32
2.1.3 A intervenção do enfermeiro à pessoa em situação crítica vítima de TCE	34
2.2 METODOLOGIA DO PROJETO	39
2.2.1 Diagnóstico da situação	39
2.2.2 Definição de Objetivos	48
2.2.3 Planeamento	49
2.2.4 Execução	51
2.2.5 Avaliação	59
2.2.6 Divulgação de resultados	61
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	62
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	64
3.1.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal ...	64
3.1.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	69
3.1.3 Competências do domínio da gestão de cuidados	73
3.1.4 Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	77

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM 81

CONCLUSÃO..... 97

BIBLIOGRAFIA 99

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I - Consentimento informado, livre e esclarecido.....	113
APÊNDICE II - Questionário de caracterização sociodemográfica, profissional e acadêmica da equipa de enfermagem e apreciação da pertinência do Projeto de Intervenção Profissional	116
APÊNDICE III - Cronograma do Projeto de Intervenção Profissional.....	120
APÊNDICE IV - Resumo do artigo “Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Crânio-encefálico em Sala de Emergência”	123
APÊNDICE V - Proposta de protocolo de atuação na abordagem à pessoa vítima de TCE na sala de emergência	126

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – Comprovativo de aprovação do Projeto de Intervenção Profissional pelo Centro de Formação, Investigação e Conhecimento da unidade hospitalar	151
ANEXO II – Certificado de participação no 2º Congresso Internacional “O Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade”	153
ANEXO III – Certificado de participação na formação profissional “Governança Clínica e Segurança do Doente”	155
ANEXO IV – Certificado de participação no Workshop “Revisão Sistemática da Literatura”	157
ANEXO V – Certificado de participação no “2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica”	159
ANEXO VI – Certificado de participação no Webinar da Ordem dos Enfermeiros “A Supervisão Clínica como Estratégia para o desenvolvimento Profissional”	161
ANEXO VII – Certificado de participação no Webinar da Ordem dos Enfermeiros “Investigação em Enfermagem”	163
ANEXO VIII – Certificado de participação na formação “Estratégias de comunicação com a pessoa em situação crítica e a família”	165
ANEXO IX - Certificado de participação no “1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra”	167
ANEXO X - Certificado de apresentação do póster intitulado “Bioterrorismo: Uma ameaça real. Estamos preparados?” no 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra	169
ANEXO XI - Certificado do curso “Advanced Life Support”	171
ANEXO XII - Certificado do curso “International Trauma Life Support”	173
ANEXO XIII - Certificado de participação no curso de formação profissional “Vias Verdes - AVC”	175
ANEXO XIV - Certificado de participação no curso de formação profissional “Vias Verdes - Coronária”	177
ANEXO XV - Certificado de participação no curso de formação profissional “Vias Verdes – Sepsis”	179
ANEXO XVI - Certificado de participação no curso de formação profissional “Vias Verdes – Trauma”	181

ANEXO XVII - Certificado de participação no curso de formação profissional “Transporte inter-hospitalar do doente crítico”	183
ANEXO XVIII – Certificado de participação no curso de formação profissional “Controlo de infeção para enfermeiros	185
ANEXO XIX – Certificado de participação no Webinar da Ordem dos Enfermeiros "Enfermagem às Quintas: Prevenção da Infeção Relacionada com Cateteres Vasculares"	187
ANEXO XX – Certificado de participação no Webinar da Ordem dos Enfermeiros "Enfermagem às Quintas: Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico"	189

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de Fluxo PRISMA-ScR.....53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de episódios de urgência no SUMC no decurso do ano 2022.	23
Gráfico 2 - Diagnósticos prevalentes no SUMC no ano de 2022.	24
Gráfico 3 - Atendimentos no SUMC de acordo com a Triagem de Manchester no ano de 2022.	25
Gráfico 4 - Número de atendimentos por trauma na sala de emergência <i>versus</i> situações com TCE	40
Gráfico 5 - População alvo do PIP / Participantes no questionário.	41
Gráfico 6 - Distribuição dos participantes de acordo com a faixa etária.	42
Gráfico 7 - Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de experiência profissional.	42
Gráfico 8 - Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de experiência profissional no SUMC.	43
Gráfico 9 - Distribuição dos participantes de acordo com as habilitações académicas.	43
Gráfico 10 - Distribuição dos participantes de acordo com o título profissional e áreas de especialidade em Enfermagem.	44
Gráfico 11 - Distribuição dos participantes de acordo com a realização e atualização de formação na área do trauma.	45
Gráfico 12 - Distribuição dos participantes de acordo com a importância atribuída à atualização de conhecimentos sobre TCE.	45
Gráfico 13 – Distribuição dos participantes de acordo com a pertinência atribuída à existência de um protocolo de atuação e uniformização dos cuidados ao doente com TCE na sala de emergência.	46
Gráfico 14 – Distribuição dos participantes de acordo com a sua opinião sobre o impacto da aquisição e consolidação de conhecimentos na melhoria dos cuidados ao doente com TCE na sala de emergência.	46

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros pelos diferentes setores do SUMC.	26
Tabela 2 – Frequência de internamentos hospitalares e mortalidade por TCE	31
Tabela 3 – Taxas de incidência e mortalidade por TCE	31
Tabela 4 – Análise SWOT	47
Tabela 5 – Artigos incluídos na revisão scoping.	54
Tabela 6 – Respostas dos formandos ao questionário de avaliação da sessão de formação	59

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a inovação tecnológica e as transformações no mundo laboral, instigaram alterações organizacionais relevantes. Na saúde, os cuidados prestados são cada vez mais complexos e os meios complementares de diagnóstico e terapêutica mais exigentes. Por outro lado, o aumento da esperança média de vida, as inúmeras comorbilidades e cronicidade associada, requerem acompanhamento permanente e especializado. Perante esta conjuntura, a preparação para a mudança é fundamental, particularmente na esfera educacional (Lopes et al., 2018; Sousa, 2019).

Sendo o enfermeiro uma peça fundamental da prestação de cuidados de saúde, justifica-se, cada vez mais, o investimento na sua qualificação. Por conseguinte, a especialização em Enfermagem emerge como resposta aos desafios sociais contemporâneos, potencializando as organizações onde se inserem e permitindo ganhos em saúde mediante a prestação de cuidados mais qualificados (Lopes et al., 2018).

A nossa experiência profissional teve início há 19 anos e decorreu particularmente em contexto de urgência e cuidados intensivos. Nestes ambientes pudemos beneficiar de um contato privilegiado com a pessoa em situação crítica [PSC], área que reconhecemos como de especial interesse pessoal e profissional. A PSC 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” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018: 19362). Por conseguinte, a prestação de cuidados à PSC exige uma “atuação segura, imediata e pautada pela consciência de seu impacto na sobrevivência, na recuperação e na qualidade de vida da pessoa” (Nunes, 2015: 188).

Na senda de consolidar o saber e desenvolver competências na vertente dos cuidados à PSC e família, visando a excelência e qualidade do cuidar, ingressamos no VI Mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica - a Pessoa em Situação Crítica [EMC-PSC], que decorreu na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

O ciclo de estudos deste curso de mestrado, integra a realização de um estágio de natureza profissional materializado num relatório final, que será alvo de prova pública perante um júri nomeado para o efeito. Neste âmbito, surge o presente documento, que além de constituir um elemento de avaliação, visa, como objetivo geral, descrever as atividades

realizadas ao longo do percurso formativo e o seu contributo no processo de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre em enfermagem.

O Estágio Final teve lugar num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico [SUMC], no período compreendido entre 19 de setembro de 2022 e 27 de janeiro de 2023, num total de 388 horas de contacto. As atividades desenvolvidas em contexto de estágio foram orientadas e supervisionadas por uma enfermeira com o título profissional de especialista em EMC e, por sua vez, a realização do estágio e a elaboração deste relatório final foi orientado por um professor doutorado e especialista na área de especialização do curso.

De referir que, atendendo à experiência profissional, foi requerida e concedida creditação à unidade curricular Estágio I, pelo que a elaboração deste relatório recai essencialmente sobre o Estágio Final.

A prática clínica durante o estágio foi sustentada pelos conteúdos programáticos das unidades curriculares que o antecederam, que conjugados com a experiência prévia nesta área de intervenção, deram contributos significativos na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências.

De entre as atividades propostas para esta etapa do processo formativo, estava contemplado o desenvolvimento e implementação de um Projeto de Intervenção Profissional [PIP], devidamente ajustado ao contexto clínico e enquadrado na linha de investigação “Segurança e qualidade de vida”. Neste sentido, após o que percecionámos como lacuna no domínio da prestação de cuidados à PSC e considerando o interesse pessoal e profissional, emergiu o projeto intitulado “Traumatismo Crânio-Encefálico: A Intervenção do Enfermeiro em Contexto de Emergência”. A pessoa vítima de Traumatismo Crânio-Encefálico [TCE] requer cuidados diferenciados, qualificados e complexos, preponderantes ao bom prognóstico neurológico. Neste contexto, o enfermeiro especialista, pela sua competência científica, técnica e humana, desempenha um papel fundamental. O PIP teve como finalidade a implementação de estratégias de capacitação dos profissionais e de uniformização de cuidados com vista à melhoria da intervenção à pessoa com TCE.

Em busca de suporte teórico para o desenvolvimento do PIP, recorreremos à estrutura da Metodologia de Trabalho de Projeto e ancorámo-nos no Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidência [MMPBE] de June Larrabee, ambos promotores da investigação em saúde e da prática baseada em evidência [PBE].

De forma a sustentar a consecução do objetivo geral deste relatório, delineamos os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver uma apreciação sobre o contexto clínico onde decorreu o Estágio Final;
- Descrever o processo de desenvolvimento do PIP nas suas diferentes etapas;

- Analisar crítica e reflexivamente o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre em enfermagem.

Estruturalmente este documento encontra-se organizado em três capítulos.

O primeiro capítulo compreende a caracterização do contexto clínico onde decorreu o Estágio Final. Descrevemos, de forma breve, a estrutura física e funcional do SUMC, a caracterização da equipa de enfermagem, bem como, a análise da gestão e produção de cuidados.

O segundo capítulo inicia-se pelo enquadramento da temática do PIP, em que fundamentamos a premência de uma prática de enfermagem mais competente e especializada no cuidado à pessoa com TCE. Sucede-se a descrição e análise das diferentes fases metodológicas de desenvolvimento do PIP, devidamente articuladas com as etapas do MMPBE de Larrabee.

No terceiro capítulo procedemos à análise reflexiva e fundamentada do processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em EMC-PSC e de mestre em enfermagem, integrando contributos do percurso académico e profissional.

Ao longo deste relatório, adotaremos uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, ancorada em evidência científica e cimentada pelos referenciais da profissão.

O presente documento foi redigido à luz do novo acordo ortográfico da língua portuguesa, excetuando as citações diretas onde é mantida o texto original dos autores, e a sua estrutura e formatação cumprem as normas de elaboração de trabalhos escritos definidas pela Escola Superior de Saúde de Portalegre. A referenciação bibliográfica é apresentada de acordo com as regras da sétima edição da *American Psychological Association*.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

No presente capítulo pretendemos efetuar uma descrição geral do contexto clínico onde se desenvolveu o Estágio Final, começando por delinear uma imagem global da instituição, seguida da caracterização do serviço quanto à organização funcional e estrutural, recursos humanos e produção de cuidados, de forma a permitir uma melhor compreensão das dinâmicas que asseguraram o contacto com a prática especializada.

1.1 INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

O Estágio Final desenvolveu-se num centro hospitalar [CH] integrado no quadro do Serviço Nacional de Saúde [SNS]. Coerente com a missão que assume, abarca sob a sua responsabilidade a prestação de cuidados de saúde diferenciados num território consideravelmente amplo, servindo quase 470 mil residentes, número que aumenta exponencialmente em alturas do ano em que o turismo se intensifica. Para além da disponibilização de cuidados de saúde, o CH em parceria com a universidade da região, apoia e investe numa cultura de investigação e desenvolvimento, contribuindo para a formação de profissionais de saúde altamente qualificados e diferenciados (SNS, 2020).

É composto por três unidades hospitalares, às quais se somam quatro Serviços de Urgência Básica [SUB] e um Centro de Medicina Física e de Reabilitação. Os serviços assistenciais do CH são organizados em departamentos que agrupam um conjunto de serviços clínicos de acordo com a semelhança do seu foco de assistência e das necessidades subjacentes, com vista a uma maior eficiência e adequação na resposta (SNS, 2020). O Serviço de Urgência [SU] selecionado para a realização desta etapa do processo formativo, pertence ao Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos de uma das Unidades Hospitalares (SNS, 2020).

1.2 SERVIÇO DE URGÊNCIA

O SU onde decorreu o estágio integra a Rede Nacional de Urgência e Emergência como SUMC. Corresponde ao segundo nível de resposta a situações de urgência, articulando-se com outros serviços de urgência da região, mais especificamente, serve de apoio diferenciado a um SUB, e referencia para um Serviço de Urgência Polivalente as situações que necessitem de um maior grau de diferenciação técnica ou apoio de especialidades não existentes. Tal

como estabelecido no Despacho n.º 10319/2014, este SUMC dispõe das seguintes valências médicas exigidas: Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia, Bloco Operatório (em permanência), Imagiologia (garantindo em permanência radiologia convencional, ecografia simples e Tomografia Axial Computorizada) e Patologia Clínica (assegurando em permanência todos os exames básicos, incluindo gasometrias arteriais) (Ministério da Saúde [MS], 2014).

No SUMC é utilizada a Triagem de Manchester como sistema de triagem de prioridades. De acordo com a gravidade da sua situação, o doente é classificado numa de 5 categorias identificadas por cores que correspondem a um tempo alvo de observação inicial, a saber: vermelho – emergente (atendimento imediato); laranja – muito urgente (até 10 minutos); amarelo – urgente (até 60 minutos); verde – pouco urgente (até 120 minutos); azul – não urgente (até 240 minutos); e branco, que é utilizado para efeitos de atividades programadas (Grupo Português de Triagem, 2015). De acordo com o preconizado na norma n.º 002/2018 da Direção Geral de Saúde [DGS], a triagem do SUMC integra as Vias Verdes normalizadas em Portugal, nomeadamente a Via Verde Coronária, Via Verde do Acidente Vascular Cerebral [AVC], Via Verde Sepsis e Via Verde Trauma (DGS, 2018a). Estes protocolos têm como objetivo que o atendimento e tratamento dos doentes com essas patologias, seja realizado com a maior celeridade possível.

1.2.1 Estrutura física e funcional do SUMC

O SUMC localiza-se no piso térreo da unidade hospitalar, permitindo um acesso facilitado e direto aos doentes provenientes do exterior. A entrada apresenta um espaço amplo onde param ambulâncias e transportes particulares.

É composto por diversas áreas de intervenção que vão de encontro ao definido no artigo 20º do Despacho n.º 10319/2014 (MS, 2014), nomeadamente: área de admissão e registo; área de triagem de prioridades; área de espera; área de avaliação clínica; sala de emergência para doentes críticos com condições para suporte avançado de vida; área de ortotraumatologia; e área de curta permanência e observação.

No contexto do cenário pandémico por Doença do Coronavírus 2019 [COVID-19] recentemente vivenciado, foi necessário o reajuste do espaço físico e dos circuitos de atendimento dos doentes no SUMC. Através da instalação de contentores móveis foi criado um circuito externo, dedicado exclusivamente aos casos suspeitos ou confirmados de infeção pelo coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 [SARS-CoV-2], sendo que, desde essa altura, o SUMC contempla dois circuitos de atendimento: o circuito geral e o circuito respiratório.

O percurso do doente que recorre ao SUMC inicia-se com a pré-triagem, posto criado no contexto pandémico, onde o enfermeiro aqui alocado decide, através de um breve questionário, se a pessoa segue o circuito de atendimento geral ou o circuito respiratório. Em função do circuito atribuído, é efetivada a admissão e triagem dos doentes em áreas distintas.

De acordo com a prioridade atribuída na triagem de Manchester e dependendo da sua autonomia, o doente que segue o circuito geral será colocado na sala de espera laranja/amarelo ou na sala de espera verde/azul, enquanto aguarda atendimento médico. Caso o doente apresente sintomas respiratórios ou suspeita de COVID-19, ou seja, integre o circuito respiratório, é encaminhado para uma sala reservada à realização do Teste Rápido de Antígeno para SARS-CoV-2. Na presença de teste negativo o doente passa para o circuito geral, caso contrário, será encaminhado para a área dedicada a doentes respiratórios. Esta área, localizada no exterior do SUMC, é constituída por dez boxes/compartimentos individuais, com cadeirões ou macas, com o objetivo de alocar doentes contaminados com SARS-CoV-2, permanecendo neste espaço até terem alta ou serem transferidos para outro serviço.

O circuito geral integra a área de decisão clínica e a zona do pré-atendimento/balcão de enfermagem. A primeira, estruturada em *open space*, é o local para onde são encaminhados os doentes em maca enquanto aguardam observação médica e onde permanecem os doentes ao cuidado da especialidade médica apropriada, a aguardar vaga nos serviços de internamento. A área de decisão clínica é constituída por vinte e duas unidades individualizadas através de cortinas, providas de rampa de oxigénio e sistema de aspiração. No entanto, decorrente da elevada afluência e dos elevados tempos de espera, não é incomum esta capacidade estar sobrelotada e os doentes serem alocados na zona central da sala, o que, além de aumentar consideravelmente o rácio enfermeiro/doente, determina importantes constrangimentos relativamente à qualidade dos cuidados prestados, privacidade e conforto dos doentes. A zona do pré-atendimento/balcão de enfermagem, é o local destinado à prestação de cuidados aos doentes com capacidade para deambular ou permanecer na posição de sentado, dando resposta a necessidades de monitorização hemodinâmica ou aporte de oxigenoterapia, quando a situação clínica do doente o exigir.

Ainda pertencentes ao circuito geral, existem cinco gabinetes de atendimento médico, uma sala de ortotraumatologia, onde são realizados os procedimentos técnicos do foro ortopédico, e uma sala de pequena cirurgia, onde são realizadas intervenções como suturas, pensos, colocação de drenos, entre outros.

Este serviço conta com duas salas de emergência: uma delas com capacidade funcional para dois doentes em simultâneo, podendo ser admitido um terceiro doente, em situações

excepcionais; a segunda sala, concebida em resposta à situação pandémica, está destinada exclusivamente para doentes críticos pertencentes ao circuito respiratório, e tem capacidade para apenas um doente. Embora fisicamente localizadas no SUMC, estas salas são da responsabilidade do Serviço de Medicina Intensiva [SMI]. A sala de emergência, destinada à abordagem, tratamento e estabilização da PSC, constituiu o principal cenário no desenvolvimento do estágio. Estrategicamente situada na zona da entrada do SUMC e próxima da sala de triagem, está adequadamente equipada com os recursos materiais necessários para o atendimento de situações muito urgentes ou emergentes, tal como preconizado nas Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2019). No caso de situações específicas, cujas necessidades assistenciais transponham a capacidade de resposta do SUMC, é agilizada a transferência dos doentes para os hospitais de referência, com recurso aos meios de transporte adequados.

Relativamente aos *softwares* informáticos de registo e gestão de informação clínica implementados neste SUMC, é utilizado o Alert[®] para os doentes em episódio de urgência, e o Sclínico[®] para os doentes que se encontram em processo de internamento.

1.2.2 Equipa de enfermagem do SUMC

No que concerne aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar do SUMC integra enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, assistentes sociais, administrativos, farmacêuticos, fisioterapeutas, entre outros, cuja colaboração profissional, direta ou indiretamente, contribui para o desejado trabalho em equipa com vista à prestação de cuidados de qualidade.

A equipa de enfermagem é constituída por 97 elementos (78 enfermeiros de cuidados gerais e 19 enfermeiros especialistas, dois dos quais a exercer exclusivamente funções de gestão). De acordo com a área de especialidade, os enfermeiros distribuem-se da seguinte forma: 10 enfermeiros especialistas em EMC-PSC, 6 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e 3 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Atualmente, estão em processo de formação especializada 4 elementos, na área de EMC-PSC. Ainda que estes profissionais venham contribuir para o aumento do número de enfermeiros especialistas em EMC-PSC neste SU, este valor fica muito aquém dos 50% recomendados pelo Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2019a).

Esta equipa tem idades compreendidas entre os 22 e 48 anos, cuja experiência profissional no SU de cerca de metade dos elementos é inferior a 5 anos.

Durante o período de realização do estágio, 5 elementos encontravam-se temporariamente ausentes do serviço, por motivos de licença parental ou de doença.

1.2.3 Análise da produção de cuidados e organização da equipa de enfermagem

De acordo com os dados disponibilizados pelo supervisor da Unidade Hospitalar [UH], no ano transato (2022), o SUMC registou um total de 67919 episódios de urgência, mais 9,2% do que no ano de 2021. Este número corresponde a uma média de 188 atendimentos por dia neste serviço.

Como podemos verificar no gráfico 1, a maior afluência ao SUMC concentrou-se nos meses de julho, agosto e setembro, período estritamente relacionado com o pico sazonal turístico característico da região.

Nos últimos anos, a taxa de crescimento populacional na região tem-se apresentado sistematicamente superior ao verificado a nível nacional, sendo que a capacidade de resposta dos meios hospitalares é notoriamente insuficiente. Esta realidade tende a piorar nos picos de elevada afluência turística, verificando-se um maior desequilíbrio entre os recursos e a procura de cuidados de saúde, o que causa um impacto significativo no normal funcionamento do SUMC e se traduz em elevado número de horas de trabalho suplementar, profissionais desmotivados, tempos de espera excessivamente longos, erros nos registos, acompanhamento e assistência aos doentes inadequados (SNS, 2020).

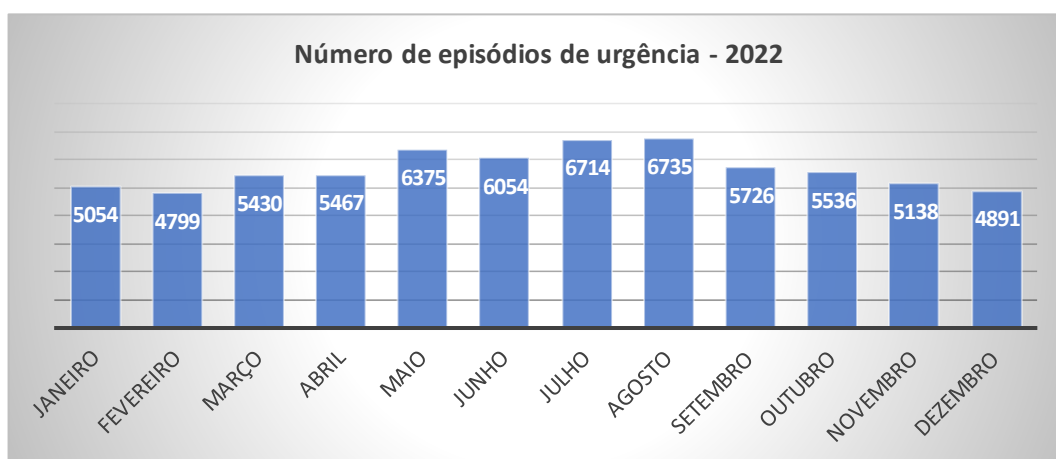


Gráfico 1 - Número de episódios de urgência no SUMC no decurso do ano 2022.

Após consulta dos dados informáticos relativos à prevalência das doenças e problemas de saúde que estes episódios de urgência representam, constatámos que, no ano de 2022, a maior taxa de procura de cuidados de saúde no SUMC corresponde a lesões traumáticas, queixas a nível do aparelho genitourinário, problemas infecciosos e doenças do sistema respiratório (Gráfico 2).

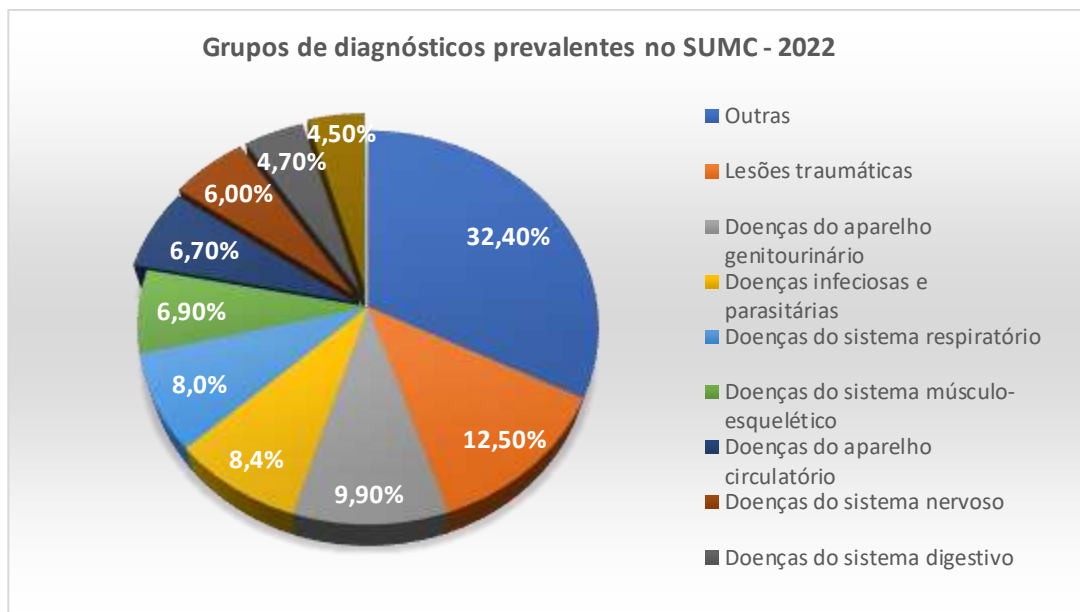


Gráfico 2- Diagnósticos prevalentes no SUMC no ano de 2022.

A ampla variedade de doenças, sinais, sintomas, queixas, causas externas para ferimentos, pelas quais a pessoa recorreu ao SUMC, encontram-se agrupadas por entidades nosológicas e classificadas através da *International Classification of Diseases* [ICD] inserida no sistema informático Alert[®]. A ICD foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde [OMS] e determina a classificação e codificação clínica das altas hospitalares, permitindo a caracterização da morbilidade hospitalar. Em Portugal, a responsabilidade de gestão desta classificação encontra-se a cargo da ACSS e é utilizada amplamente no SNS na transferência e partilha de informação clínica entre os diferentes *softwares* clínicos (Centro de Terminologias Clínicas, 2020).

Relativamente à análise qualitativa dos episódios de urgência de acordo com a Triagem de Manchester, como podemos verificar no gráfico 3, no ano em estudo, ocorreu um significativo volume de atendimentos classificados com prioridade urgente, muito urgente e emergente, representando 69,7% dos atendimentos. Referimo-nos, portanto, a situações que requerem intervenção num curto espaço de tempo.

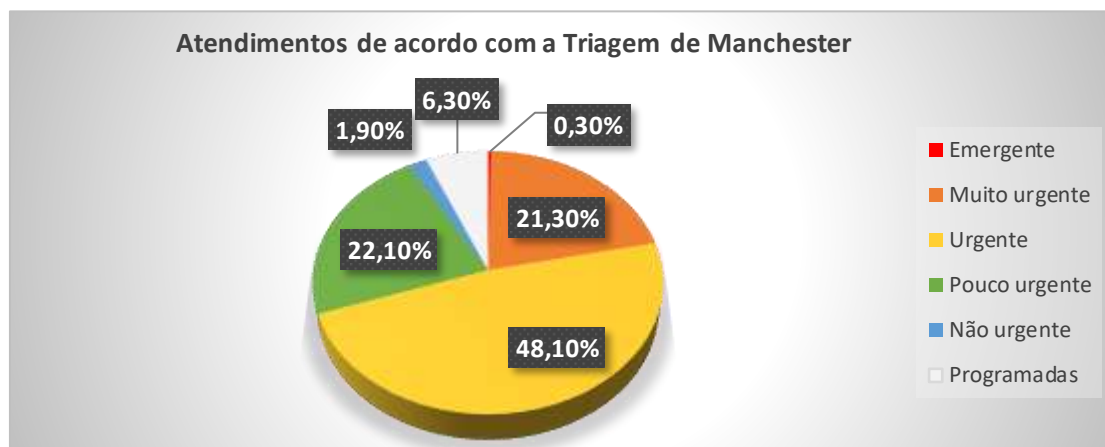


Gráfico 3- Atendimentos no SUMC de acordo com a Triagem de Manchester no ano de 2022.

De modo a capacitar os enfermeiros a dar resposta às situações urgentes com que diariamente se deparam, o SUMC promove formações relacionadas com a prestação de cuidados à PSC, como é exemplo o Curso das Vias Verdes, o Curso de transporte do doente crítico, ações de formação ou exercícios de *tabletop* na área da catástrofe e emergência multivítimas. Para o ano corrente, está prevista a realização trimestral de sessões de formação em Suporte Avançado de Vida [SAV], de modo a abranger toda a equipa de enfermagem. Além destas, tendo por base as necessidades formativas identificadas pela equipa, é realizado anualmente um plano de formação em serviço.

No que diz respeito à gestão dos cuidados de enfermagem, a equipa encontra-se estruturada em 4 equipas de 18/19 elementos. Cada uma das equipas conta com um chefe de equipa, cargo assumido por um enfermeiro especialista, que lidera e gere o serviço na ausência do enfermeiro chefe. Esta realidade vai de encontro ao definido no Parecer Conjunto n.º 1/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de EMC, onde é considerado que o enfermeiro especialista é o profissional com melhor formação e competências na área de gestão (OE, 2017a). Há ainda um 5º grupo composto pelos elementos que têm flexibilidade de horário ou licença de amamentação, que vão integrando as 4 equipas.

O período de trabalho no SUMC está organizado em três turnos: manhã (8h00-16h00), tarde (15h30-24h00) e noite (23h30-8h30), encontrando-se habitualmente por turno cerca de 17 enfermeiros, número que poderá variar consoante as necessidades e a gestão de recursos humanos realizada pelo enfermeiro chefe. Os enfermeiros são distribuídos pelos diferentes setores, de acordo com a Tabela 1.

Chefe de equipa	1 enfermeiro
Sala de reanimação	1 enfermeiro
Via verde coronária	1 enfermeiro
Apoio à reanimação	1 enfermeiro
Balcões	3 enfermeiros
Decisão clínica	2 enfermeiros
Internados	2 enfermeiros
Pré-Triagem	1 enfermeiro
Triagem	1 enfermeiro
Contentores respiratórios	2 enfermeiros
Transferências	2 enfermeiros

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros pelos diferentes setores do SUMC.

A distribuição dos enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho é realizada tendo em conta diversos fatores, entre os quais, as características, formação e experiência profissional de cada elemento, de forma a que se consiga um equilíbrio no seio da equipa de trabalho. Na sala de emergência apenas são alocados elementos que tenham pelo menos um ano de experiência no SU e que tenham formação em SAV. Já no posto de triagem, é exigido que o enfermeiro seja detentor do Curso de Triagem de Manchester promovido pelo Grupo Português de Triagem, curso que, para a sua realização, se estabelece como critério o mínimo de seis meses de experiência profissional. Tanto a sala de emergência como a sala de triagem, são considerados locais de primeira abordagem, onde os objetivos de prevenir risco clínico e garantir a segurança do doente são mandatórios, pelo que a experiência dos enfermeiros alocados nestes postos se revela fundamental.

De referir ainda que, são os enfermeiros do SUMC que asseguram as transferências inter-hospitalares de doentes urgentes. Durante o período de inexistência de transferências, encontram-se na prestação de cuidados segundo o plano de distribuição.

O método de trabalho implementado no SUMC é o método individual, no qual o enfermeiro se responsabiliza pela prestação de cuidados aos doentes que lhe são atribuídos no decurso do seu turno de trabalho. No entanto, sempre que as circunstâncias o justificam, há interajuda entre os enfermeiros alocados no mesmo posto de trabalho ou mesmo em postos diferentes, promovendo o trabalho em equipa. A transição de cuidados nas passagens de turno é realizada com recurso à técnica ISBAR (sigla que corresponde a: *Identify* – identificação; *Situation* – situação atual; *Background* – antecedentes; *Assessment* – avaliação;

e *Recommendation* – recomendações), tal como preconizado na Norma 001/2017 da DGS (DGS, 2017a).

Apesar de todas as condicionantes, e como descrito no manual de integração para enfermeiros do próprio serviço, a visão do SUMC passa por ser acessível, ágil, eficiente e humano na resposta ao doente, apresentando como valor a melhoria contínua da qualidade.

Pelo anteriormente exposto, consideramos que o SUMC se constituiu um contexto clínico relevante para a materialização e consolidação de competências especializadas em EMC-PSC.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

No âmbito da unidade curricular Estágio Final do presente curso de Mestrado em Enfermagem, desenvolvemos um PIP, cujo foco incidiu sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com TCE na sala de emergência. Trata-se de um projeto que emergiu da linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, de forma a desenvolver competências na área da investigação e na aquisição de competências de mestre.

A qualidade e segurança dos cuidados não são conceitos recentes. Contudo, fruto das inúmeras transformações que marcam a atualidade, como o progresso da tecnologia e da ciência, o aumento da esperança média de vida e o aumento da expectativa dos cidadãos, a qualidade e a segurança têm vindo a assumir-se como uma prioridade dos sistemas de saúde a nível mundial (Ribeiro et al., 2017).

Ainda que não exista uma definição de qualidade universalmente aceite, os diferentes conceitos apresentados ao longo do tempo destacam três dimensões essenciais da qualidade dos cuidados em saúde – eficácia, segurança e atenção nos doentes. No tocante à definição destes domínios, temos que: eficazes são os cuidados de saúde baseados na evidência; seguros são aqueles que não prejudicam os destinatários dos cuidados; e centrados nos doentes, são os que respondem às preferências, necessidades e valores das pessoas (OMS, 2020).

Indo de encontro a estas premissas, Larrabee (2011) defende que para se alcançarem cuidados de alta qualidade e os melhores resultados para os doentes, a PBE é uma iniciativa com comprovada eficácia. Segundo a autora, a PBE consiste na aplicação da experiência clínica e da melhor evidência clínica obtida através de pesquisa sistemática, na tomada de decisão, garantindo o respeito pelos valores do doente.

Direcionando para a temática que esteve na génese do PIP, são reconhecidas globalmente as consequências marcantes do TCE na qualidade de vida da pessoa afetada. De acordo com a OMS, a qualidade de vida resulta da perceção do indivíduo no que diz respeito à sua posição na vida, considerando o seu contexto cultural e o sistema de valores em que vive. É um conceito complexo que varia consoante a saúde da pessoa, o estado psicológico e o nível de independência (Magalhães, 2015). Destarte, a prestação de cuidados de saúde eficazes e seguros é fundamental, podendo fazer a diferença na qualidade de vida relacionada com a saúde destes doentes.

Assim, além do processo de construção de competências, o PIP desenvolvido impôs-se como uma oportunidade de melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa com TCE na sala de emergência, e conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

Para a conceção deste PIP foi utilizada como matriz orientadora a Metodologia de Projeto que, aplicada aos cuidados de saúde, é impulsionadora da PBE, caracterizando-se como “uma metodologia reflexiva, baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolvê-los através de ações práticas” (Ruivo et al., 2010: 5). No nosso entendimento, esta metodologia enquadra-se na perfeição no modelo teórico de June Larrabee, que elegemos para nos orientar na elaboração do PIP. O modelo de Larrabee, denominado Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências, surgiu com o propósito de orientar os enfermeiros e outros profissionais na mudança para uma PBE e defende a prática apoiada num raciocínio interativo e crítico, promotor do desenvolvimento da investigação em enfermagem, em detrimento da prática sustentada unicamente na intuição, na experiência individual e nos processos de opinião pessoal (Rosswurm & Larrabee, 1999). O MMPBE é um modelo teórico, que se desenvolve em 6 etapas que, apesar de serem progressivas, podem não ser seguidas de forma linear, nomeadamente: avaliar a necessidade de mudança na prática; localizar as melhores evidências; fazer uma análise crítica das evidências; projetar a mudança da prática; implementar e avaliar a mudança da prática; e, integrar e manter a mudança da prática (Larrabee, 2011). Este modelo demonstra comprovada eficácia tanto na investigação como na prática clínica, revelando-se adequado ao contexto da prestação de cuidados à PSC.

2.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA TEMÁTICA

“Quem constrói uma revisão da literatura – ou conduz um levantamento do “estado da arte”, como também é costume dizer-se – está, afinal, a cumprir uma das tarefas mais delicadas que a Escola de Sagres inaugurou: a de fazer o ponto de situação sobre tudo o que já se sabe, para que, na hora de partir para uma nova aventura, fique bem claro de onde se parte e se possa, com mais segurança, descobrir ou construir o que é original e relevante.” (Figueiredo, 2010: 7-8)

Como fio condutor na elaboração deste PIP, realizámos uma revisão da literatura através de pesquisa em diferentes bases de dados científicas, nomeadamente na plataforma EBSCOhost disponibilizada pela OE, e de consulta de *guidelines* e sites de organizações de referência ligadas ao tema em estudo. Assim, tendo como base a melhor e mais recente evidência científica encontrada, apresentamos de seguida a fundamentação teórica da temática, centrando-nos na problemática do TCE, na compreensão dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes e nas intervenções de enfermagem em contexto de sala de emergência.

2.1.1 A problemática do TCE

De acordo com a OMS et al. (2009), o trauma configura-se como um problema de saúde pública cada vez mais significativo em todo o mundo. Estima-se que seja responsável pela morte de 5,8 milhões de pessoas anualmente, representando 18% do total de doenças no mundo. De todas as situações de trauma encontradas nos departamentos de emergência, 40% envolvem lesão cerebral (Alson et al., 2020).

O TCE é definido como uma alteração da função cerebral normal decorrente de uma força externa, sendo as suas principais etiologias os acidentes rodoviários, as quedas e a violência. Nos países desenvolvidos tem-se verificado uma considerável diminuição no número de TCE, no entanto, estes continuam a figurar como uma das principais causas de mortalidade e incapacidade no mundo (Maas et al., 2022). Devido às consequências a longo prazo, o TCE é equiparado a uma doença crónica, com relevante impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados (Krenz, et al., 2023). A maioria dos sobreviventes de TCE apresenta sequelas físicas, emocionais e comportamentais que afetam significativamente a sua vida pessoal, social e profissional (Santos & Agrela, 2019). É reconhecido o seu importante impacto socioeconómico, tanto no indivíduo e família, como na sociedade no seu conjunto. Além do elevado custo associado ao tratamento médico, o maior encargo económico resulta de custos indiretos associados à incapacidade e perda de produtividade e à necessidade de cuidados prestados pelos familiares com conseqüente perda de emprego (CENTER-Trauma Brain Injury, s.d.).

Um estudo publicado em 2019 por Santos & Agrela, dá-nos a conhecer indicadores aproximados de incidência e mortalidade por TCE em Portugal, comparando dados de 2011 a 2014, com dados de 1997 do último estudo epidemiológico realizado (Tabelas 2 e 3).

Os resultados obtidos demonstram uma diminuição das taxas de incidência e mortalidade decorrentes do TCE entre 1997 e 2014: a incidência diminuiu de 137 para 65/100 000 habitantes e a mortalidade de 17 para 10/100 000 habitantes. A taxa de incidência por faixa etária também diferiu, com menos casos na população jovem em 2014, contrastando com uma mortalidade muito elevada entre os idosos, uma vez que a população nesta faixa etária quase duplicou. Na última década do século XX, os acidentes rodoviários foram a principal causa de TCE, apontando a que a evolução positiva nas taxas de incidência e mortalidade se deva à melhoria das condições de segurança rodoviária e assistência em acidentes. No entanto, a mortalidade na população idosa continua elevada, exigindo medidas preventivas mais eficazes, tendo em conta o aumento da esperança média de vida da população (Santos & Agrela, 2019).

Todavia, estes valores podem estar aquém da realidade, devido a fatores relacionados com a falta de sistemas de registo e monitorização em diversas unidades de saúde, subdiagnóstico e ausência de procura de assistência médica nos casos de TCE ligeiro (Santos & Agrela, 2019).

Ano	Admissões hospitalares (sobreviventes)	Mortes	Número total de casos
1997	11958	1719	13677
2011	5609	955	6564
2014	5726	1085	6811

Tabela 2 – Frequência de internamentos hospitalares e mortalidade por TCE (Fonte: Santos & Agrela, 2019).

Ano	Taxa de incidência	Taxa de mortalidade	Mortalidade 20-29 anos	Mortalidade ≥ 80 anos
1997	137/100.000	17/100.000	20/100.000	54/100.000
2011	62/100.000	9/100.000	7/100.000	38/100.000
2014	65/100.000	10/100.000	6/100.000	57/100.000

Tabela 3 – Taxas de incidência e mortalidade por TCE (Fonte: Santos & Agrela, 2019).

O TCE é aludido como “a doença mais complexa no nosso órgão mais complexo”. É caracterizado por apresentar uma grande heterogeneidade em termos de etiologia, mecanismos, morfologia, gravidade e tratamento (CENTER-Trauma Brain Injury, 2023).

A classificação mais comum dos TCE é realizada de acordo com a gravidade da lesão, com recurso à Escala de Coma de Glasgow [GCS]¹. Esta escala, cujo score varia entre 3 e 15, permite classificar o TCE em leve (GCS 13-15), moderado (GCS 9-12) ou grave (GCS ≤ 8), consoante a pontuação obtida em três parâmetros - abertura dos olhos, resposta verbal e resposta motora. É uma ferramenta universalmente aceite devido à sua simplicidade, reprodutibilidade e valor preditivo para o prognóstico do doente (Maas et al., 2022).

No âmbito deste trabalho, focar-nos-emos no TCE moderado ou grave, por ser o que normalmente tem indicação para admissão na sala de emergência.

¹ GCS – Do inglês *Glasgow Coma Scale*

2.1.2 Fisiopatologia do TCE

A lesão decorrente do TCE abrange duas fases com mecanismos fisiopatológicos distintos, sendo classificada em lesão primária e secundária (Urden et al., 2019).

A lesão primária é o dano sofrido no momento do trauma como resultado da energia transferida ao crânio ou encéfalo. Pode ser leve, com pouco ou nenhum dano neurológico, ou grave, com grandes danos cerebrais e teciduais. Os mecanismos comuns incluem impacto direto, aceleração/desaceleração e lesão penetrante. As lesões primárias podem incluir:

- Fraturas de crânio: fraturas lineares, fraturas por afundamento e fraturas da base do crânio;
- Lesões intracerebrais: concussões, lesão axonal difusa, hematomas epidurais, hematomas subdurais, contusões e hematomas intraparenquimatosos (Urden et al., 2019).

A extensão e a recuperação da lesão estão frequentemente relacionadas com o facto de ser focalizada (limitada a uma área específica) ou difusa (generalizada em todo o cérebro) (Urden et al., 2019).

A lesão secundária, que se pode desenvolver em minutos, horas ou dias após o impacto, é definida como a lesão neurológica adicional que surge devido a alterações na dinâmica intracraniana e que dependem principalmente da hipertensão intracraniana e de outras condições clínicas potencialmente prejudiciais. A hipotensão arterial, hipercapnia, hipóxia, hipoglicemia e distúrbios hidroelectrolíticos, são referidos como os principais fatores de lesão secundária (Urden et al., 2019). Mesmo que estes acontecimentos se deem de forma breve, são capazes de gerar sequelas que subsistirão por um longo período na vida da pessoa acometida, afetando-a em inúmeros aspetos (Mathias, et al., 2018).

Ao contrário da lesão primária já estabelecida, a lesão secundária pode ser evitada ou minimizada se o tratamento adequado for devidamente instituído, aumentando a possibilidade de recuperação neurológica (Ortega-Pérez & Amaya-Rey, 2018).

Por conseguinte, a abordagem à pessoa com TCE tem como foco a redução da lesão secundária, o que requer o conhecimento da fisiologia neurológica, sobretudo da pressão intracraniana [PIC] e fluxo sanguíneo cerebral [FSC] (Greenberg, 2020).

O crânio é uma cavidade rígida e inextensível, cujo espaço intracraniano é composto pelo parênquima cerebral (80%), sangue (10%) e líquido cefalorraquidiano (10%). A PIC é a pressão exercida dentro do crânio pelo seu conteúdo, cujo valor varia entre 7 e 15 mmHg. A *Doutrina de Monro-Kellie* permite entender o princípio da homeostasia da PIC, e diz-nos que qualquer aumento de volume de um dos componentes intracranianos, tem de ser compensado pela redução de um ou mais dos outros componentes, de tal modo que o volume total permaneça constante (*American College of Surgeons [ACS]*, 2018). Este processo de autorregulação cerebral é prejudicado quando o volume de um ou mais componentes

aumenta para além da capacidade de compensação, como no caso da presença de uma lesão de massa ou hemorragia, verificando-se uma elevação na PIC. O aumento da PIC compromete a entrada de sangue no cérebro com redução da perfusão cerebral, podendo causar dano celular por isquemia e consequente morte encefálica. A hipertensão intracraniana ocorre quando a PIC é superior a 20 mmHg (Urden et al., 2019).

O encéfalo normal tem a capacidade de manutenção de um FSC constante, independentemente de grandes variações da pressão arterial – efeito designado por *autorregulação*. Uma variação da pressão arterial média [PAM] de 50 a 150 mmHg não altera o FSC. Fora dos limites desta autorregulação, o FSC torna-se dependente da pressão de perfusão cerebral [PPC] que é definida como a diferença entre a PAM e a PIC ($PPC = PAM - PIC$) (Urden et al., 2019). O valor recomendado da PPC para a manutenção de um adequado FSC é de 70-90mmHg (ACS, 2018). No caso de TCE grave, o mecanismo de autorregulação da pressão está comprometido e o cérebro não consegue compensar adequadamente as mudanças na PPC. Nesta situação, a PAM muito baixa resulta em isquemia, e por outro lado, se a PAM está muito alta, ocorre edema cerebral com elevação da PIC (ACS, 2018).

Também os gases arteriais exercem um efeito significativo sobre o FSC. Os vasos sanguíneos cerebrais contraem ou dilatam em resposta a alterações na pressão parcial de oxigénio [PaO_2] ou na pressão parcial de dióxido de carbono [$PaCO_2$] no sangue (ACS, 2018). A hipóxia e hipercapnia levam à vasodilatação cerebral, com aumento do volume sanguíneo cerebral, enquanto a hipocapnia leva à vasoconstrição cerebral e uma redução em volume sanguíneo cerebral (Urden et al., 2019).

Zrelak et al. (2020) destacam a importância do controlo da PIC para assegurar uma adequada PPC, prevenindo a lesão secundária. Em contexto de sala de emergência, objetivar clinicamente ou avaliar diretamente o valor da PIC não é possível, no entanto há sinais e sintomas que podem ser indicativos da sua elevação, e que é fundamental ter em consideração no cuidado à pessoa com TCE. Estes sinais incluem: cefaleias; diminuição do nível de consciência; assimetria pupilar e resposta pupilar à luz diminuída; papiledema na observação do fundo ocular; vômitos; postura em descorticação ou descerebração; sinais de compressão do tronco cerebral – bradicardia, hipertensão arterial sistólica, alterações no padrão respiratório (triade de Cushing) (Urden et al., 2019). Quando ocorre um aumento significativo da PIC (> 25 mmHg), o conteúdo intracerebral desloca-se de um compartimento cerebral através da abertura na base do crânio, pressionando o tronco cerebral – herniação cerebral, que se manifesta por: coma, pupilas assimétricas, dilatadas e não reativas à luz; postura de descorticação ou descerebração; e “triade de Cushing” (Urden et al., 2019).

2.1.3 A intervenção do enfermeiro à PSC com TCE

As situações de trauma são muito diferentes de outras condições médicas emergentes. Muitas vezes não há história clínica disponível e o tratamento é realizado antes do diagnóstico definitivo. As reservas fisiológicas das vítimas de trauma são frequentemente limitadas, e pequenos erros podem ter um preço elevado (Demetriades & Newton, 2011).

A abordagem à pessoa com TCE na sala de emergência requer uma equipa multidisciplinar que entenda a fisiopatologia por detrás da lesão cerebral, de forma a determinar as melhores decisões terapêuticas, numa área onde a evidência ainda apresenta lacunas (Davanzo et al., 2017).

Devido ao elevado nível de complexidade destes doentes, foram criadas *guidelines* internacionais, com o propósito de diminuir a mortalidade e morbilidade na pessoa com TCE. Desde a implementação destas orientações, vários estudos demonstraram melhoria nos indicadores de mortalidade e morbilidade, assim como no tempo de internamento hospitalar (*American Association of Neurocirurgical Surgeons*, 2016). Como se depreende, as estratégias promotoras da segurança e da melhoria dos cuidados à pessoa com TCE, passam por uma abordagem sistematizada e organizada, sustentada em *guidelines* e protocolos de atuação dos profissionais de saúde.

Enquanto elemento da equipa multidisciplinar, o enfermeiro desempenha um papel vital no cuidado à pessoa com TCE, sendo fundamental que seja detentor de conhecimentos científicos atualizados, agilidade na realização de procedimentos, experiência profissional, capacidade de decisão imediata e definição de prioridades (Oliveira et al., 2018). Os mesmos autores referem que, as intervenções de enfermagem à pessoa com TCE consistentes e baseadas em evidência melhoram o atendimento, diminuindo o risco de lesões cerebrais secundárias associadas a cuidados incorretos ou não realizados.

Zrelak et al. (2020) referem que o principal objetivo das intervenções de enfermagem à pessoa com TCE é prevenir e reduzir a lesão cerebral secundária, responsável pelas sequelas físicas e cognitivas encontradas nestes doentes. Cerca de 50% das mortes relacionadas com TCE ocorrem nas primeiras horas após a lesão, o que denota a importância da rapidez e qualidade dos primeiros cuidados prestados na sala de emergência.

Na sala de emergência, devem ser realizadas duas abordagens no atendimento à pessoa com TCE: uma primeira, baseada no protocolo ABCDE do *Advanced Trauma Life Support*, que visa a identificação e correção de situações que colocam em risco imediato a vida do doente; e uma segunda, para colheita da história clínica e realização de um exame físico detalhado, essencial uma vez que grande parte das pessoas com TCE grave têm outras lesões major associadas. Concomitantemente, devem ser iniciadas as medidas de prevenção

de elevação da PIC. Ainda como parte da intervenção do enfermeiro, deve ser assegurado o apoio e comunicação com a família.

Abordagem primária

A abordagem primária à pessoa com TCE, segue os princípios gerais do atendimento de qualquer vítima de trauma, obedecendo à sequência ABCDE (do inglês *Airway, Breathing, Circulation, Neurological Disability, Exposure*). Através desta metodologia é avaliada de forma sequencial, ou simultaneamente se existirem elementos suficientes, a via aérea, a respiração, a circulação, o estado neurológico e é exposta a pessoa para identificação de lesões ou deformidades significativas (DGS, 2022a).

Deve-se presumir que as vítimas de TCE apresentam fratura da coluna cervical e na sua abordagem devem ser tomadas todas as precauções apropriadas para imobilização da coluna, até que a lesão possa ser excluída (*Victorian State Trauma Committee [VSTC], 2017*).

A – Via aérea – Qualquer pessoa com TCE moderado ou grave está em risco de depressão do nível de consciência, com conseqüente compromisso da via aérea. A via aérea deve ser avaliada de forma a detetar a presença de obstrução parcial ou completa. Se necessário, aplicar manobras simples para permeabilização da via aérea: aspiração de secreções, subluxação da mandíbula ou inserção de tubo orofaríngeo (os dispositivos nasais estão contraindicados até exclusão de fratura base do crânio). Nos doentes classificados com score ≤ 8 na GCS, considerar a entubação endotraqueal para proteção da via aérea e prevenção do risco de aspiração por perda de reflexos laríngeos (Zrelak et al., 2020 & VSTC, 2017).

B – Respiração – A avaliação do padrão e frequência respiratória fornece informação vital sobre o *status* respiratório da pessoa. Um padrão respiratório anormal pode revelar disfunção neurológica, aumento da PIC ou lesão torácica (Zrelak et al., 2020). Na pessoa com TCE é indispensável garantir uma adequada ventilação e oxigenação. A hipóxia é uma causa crítica de lesão cerebral secundária que pode levar à instalação de edema cerebral. A saturação periférica de oxigénio deve ser avaliada e mantida em valores superiores a 90%, ou se gasometria disponível, a PaO₂ acima dos 60 mmHg é uma prioridade (Dixon et al., 2020). Quando a ventilação é inadequada, deve ser suportada através de entubação endotraqueal e ventilação mecânica. O objetivo é a normoventilação, mantendo a PaCO₂ idealmente entre 35-40 mmHg. A hiperventilação intencional (PaCO₂ < 35 mmHg) deve ser reservada para as situações de herniação cerebral iminente (Zrelak et al., 2020 & Dixon et al., 2020).

C – Circulação – Dado que a hipotensão é a principal causa de lesão cerebral secundária, a gestão do estado hemodinâmico da pessoa com TCE é de primordial importância (Dixon et

al., 2020). Uma lesão intracraniana fechada nunca é causa de choque hipovolémico. A pessoa com TCE grave pode apresentar outras lesões concomitantes que causem hemorragia, que devem ser prontamente tratadas para evitar perda de volume sanguíneo. A manutenção de uma PAM > 60 mmHg é essencial para preservar a perfusão cerebral e prevenir lesões secundárias (Zrelak et al., 2020).

D – Disfunção neurológica – É neste ponto da abordagem que se realiza um exame neurológico rápido e focado na determinação do nível de consciência, na resposta pupilar e nos sinais de lateralização motora (Rakhit et al., 2020). É importante a realização deste exame antes da administração de sedativos ou bloqueadores neuromusculares, de modo a não inviabilizar a GCS (ACS, 2018). Na pessoa com TCE é prudente estar atento a outras condições que podem interferir na correta avaliação do nível de consciência, como a idade, hipoglicémia, intoxicações, drogas ou álcool, não negligenciando uma lesão cerebral pela presença de algum destes fatores. A avaliação pupilar é um aspeto crucial na pessoa com TCE, podendo a presença de alterações ser sugestivas de elevação da PIC ou herniação cerebral. A presença de assimetria motora entre o lado esquerdo e direito do doente, é um forte indicador de lesão neurológica focal (Zrelak et al., 2020 & Dixon et al., 2020).

E – Exposição – A pessoa deve ser exposta de forma a garantir a ausência de outras lesões significativas com risco de vida, e protegida imediatamente após a observação. A capacidade de homeostase da temperatura da pessoa com TCE pode estar comprometida devido a disfunção no centro termorregulador do cérebro (Parry, 2020). A presença de hipertermia impulsiona o metabolismo cerebral, podendo causar aumento da PIC e lesão cerebral secundária. Por outro lado, no TCE, a hipotermia é potencialmente deletéria, exacerbando a coagulopatia induzida pelo trauma. Posto isto, a recomendação é promover a normotermia (Promlek et al., 2020 & Dixon et al., 2020).

Abordagem secundária

A abordagem secundária só deve ser iniciada uma vez que a avaliação primária tenha sido concluída e quaisquer lesões com risco de vida tenham sido tratadas (VSTC, 2017), e concentra-se nas seguintes intervenções:

Exames de diagnóstico – No que respeita à avaliação imagiológica, a Tomografia Computorizada Crânio-Encefálica [TC-CE] assumiu-se nos últimos anos como o exame de eleição e é indicada a sua realização urgente na pessoa com TCE moderado ou grave (VSTC, 2017). A TC-CE vai mostrar mais concretamente a natureza e gravidade da lesão, de forma a determinar o melhor tratamento para a pessoa (Mathias, 2018).

Exame físico detalhado – Implica um exame completo de todo o corpo com o intuito de se identificarem outras lesões (DGS, 2022a). Deve ser dada particular atenção à cabeça, onde o cabelo pode esconder feridas ou hematomas (Parry, 2020).

Colheita da história clínica – É fundamental a obtenção de uma história detalhada, que permita conhecer o mecanismo da lesão, identificar as forças envolvidas e outras lesões que possam requerer atenção. A mnemónica AMPLE auxilia na colheita de informações relevantes questionando sobre: Alergias (*Allergies*); Medicação habitual (*Medications*), com especial atenção para os anticoagulantes devido ao risco acrescido de hemorragia, ou medicação que possa afetar o nível de consciência; Doenças prévias (*Past medical history*), Última refeição (*Last meal*), importante no caso de ser necessária entubação endotraqueal; Eventos que levaram ao trauma (*Events preceding injury*), auxilia na compreensão das circunstâncias da lesão e na avaliação de qualquer área que seja suscetível de ter recebido impacto (DGS, 2022a & VSTC, 2017).

Avaliação neurológica – O exame neurológico completo na pessoa com TCE deve receber especial atenção, principalmente na avaliação secundária. A avaliação da GCS, a avaliação da simetria e reatividade pupilar e a identificação de sinais de lateralização motora, devem ser realizadas regularmente de forma a detetar qualquer deterioração neurológica o mais precocemente possível (ACS, 2018).

Cuidados gerais no controlo da PIC

Na pessoa com TCE grave, a hipertensão intracraniana é um dos mecanismos mais comuns de lesão secundária. O grau e duração da elevação da PIC está estreitamente relacionada com o agravamento dos resultados neurológicos (Dixon et al., 2020). Os cuidados de enfermagem têm como objetivo a neuroprotecção. O despiste atempado de sinais e sintomas de hipertensão intracraniana e a implementação de estratégias não invasivas de controlo da PIC são fundamentais em todas as etapas da abordagem à pessoa com TCE. Algumas das medidas para reduzir a PIC e o metabolismo cerebral incluem:

- Elevação da cabeceira da cama a 30°, se não houver contra-indicação pela presença de outras lesões. Esta medida facilita o retorno venoso do cérebro constatando-se uma descida na PIC de cerca de 1 mmHg por cada 10° de elevação (Promlek, et al., 2020);
- Alívio ou, logo que possível, remoção do colar cervical. Este dispositivo impede o retorno venoso, aumentando a PIC (Dixon et al., 2020);
- Tratamento da hipertermia, pelo seu efeito no aumento da permeabilidade da barreira hematoencefálica, levando a edema cerebral e conseqüente elevação da PIC (Promlek et al., 2020);

- Gestão da dor e da agitação, é uma prioridade na prevenção de picos de hipertensão intracraniana. O enfermeiro tem um papel crucial na avaliação e comunicação do nível de dor, garantindo um tratamento eficaz. Ferramentas de avaliação da dor devem ser usadas nos doentes que são incapazes de comunicar devido à diminuição do estado de consciência. O uso de sedação em doentes ventilados é recomendado pelas *guidelines* internacionais para prevenir e controlar a agitação, diminuir as necessidades metabólicas cerebrais, facilitar e otimizar a ventilação e, conseqüentemente, reduzir a PIC (Dixon, et al., 2020 & Promlek et al., 2020);
- Evitar aspiração endotraqueal prolongada, ou se necessário, deve ser realizada de forma cautelosa e em curtos espaços de tempo. Este procedimento estimula a tosse, incitando aumento das catecolaminas e aumento da PIC (García & Martín, 2020).

Apoio à família

“E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.” (OE, 2018: 19363)

Os cuidados de enfermagem que integram a família fortalecem os pilares da profissão, ancorando o desenvolvimento de competências em enfermagem na excelência do cuidar nas suas diversas dimensões e não apenas na diferenciação técnica (Sousa, 2019).

O enfermeiro é o profissional que mais tempo passa junto do doente, pelo que lhe são reconhecidas habilidades no atendimento humanizado à pessoa como ser único e individual, assim como no suporte e apoio à família, desde a fase aguda do tratamento à lenta e gradual recuperação psicomotora e neurológica (Oliveira et al., 2018).

Para uma abordagem integral e de qualidade à pessoa com TCE, a família também deve constituir objeto do cuidado. As situações emergentes apresentam-se como desafios para a família, que sofre especialmente na falta de informações oportunas e em linguagem acessível. Neste sentido, cuidar da família da PSC, exige do enfermeiro competências especializadas para apoiar os medos e receios e intervir nas necessidades, tendo em conta as particularidades do próprio contexto de urgência e emergência (Sá et al., 2015 & Soares et al., 2016).

A literatura confirma que promover a presença da família é essencial na prestação de cuidados de enfermagem de excelência à PSC (Sá et al., 2015).

Batista et al. (2017) desenvolveram um estudo em Portugal que pretendia conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a presença de familiares simultaneamente aos momentos de prestação de cuidados emergentes. Embora na generalidade os profissionais discordem com

a presença da família nestas circunstâncias, os autores relatam vantagens neste sentido e incitam uma mudança de atitude, sugerindo que após a estabilização das prioridades segundo o 'ABCDE' se considere o 'F' de família, como um parâmetro importante e igualmente prioritário subjacente à primazia do cuidar.

Em conformidade, também Soares et al. (2016) referem que em situações de atendimento a vítimas de trauma a presença da família na sala de emergência revela-se benéfica, pois permite proporcionar confiança e conforto ao doente num momento de stress, e ao mesmo tempo, tranquilizar os familiares na medida em que lhes permite obter mais informações sobre a situação clínica e acompanhar a evolução do tratamento. Esta intervenção pode facilitar o processo de preparação face ao impacto que o TCE pode ter no futuro da pessoa e família.

2.2 METODOLOGIA DO PROJETO

O trabalho de projeto baseia-se na investigação e resolução de um problema real considerado importante e profissionalmente relevante num determinado contexto. Pressupõe a participação dos intervenientes e o envolvimento da população em que se centra o projeto. Esta metodologia assume um carácter prolongado e faseado, desenvolvendo-se através das seguintes etapas: diagnóstico de situação; definição de objetivos; planeamento; execução; avaliação; e divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010). Neste capítulo visamos descrever cada uma das etapas conducentes à edificação do PIP.

2.2.1 Diagnóstico da situação

A primeira etapa da Metodologia de Projeto é o diagnóstico da situação, cujo objetivo consiste em “elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar”. É nesta fase de conceção que são identificados os problemas e determinadas as necessidades, através da colheita de informações objetivas (Ruivo et al., 2010: 10). Este patenteia-se como o alicerce no desenvolvimento de um projeto, devendo ser dinâmico, contínuo, realizado num período diminuto, para que a ação seja efetivada em tempo útil, e devidamente aprofundado, de forma a originar medidas pertinentes e exequíveis (Ruivo et al., 2010).

De acordo com os mesmos autores, para a identificação e validação dos problemas, além da implícita observação do contexto e das pessoas, “é fulcral o recurso aos instrumentos de avaliação, nomeadamente a entrevista, o questionário e a análise SWOT, entre outros” (Idem:16).

As entrevistas têm como objetivo explorar o que é dito pelo informante, de modo a descobrir áreas e ideias novas, que não seriam acessíveis por métodos quantitativos (Craig

& Smyth, 2004). Em consonância com este pressuposto, numa primeira etapa, realizámos uma entrevista exploratória não estruturada à enfermeira orientadora, tendo sido identificada a abordagem à pessoa com TCE na sala de emergência uma área de intervenção fundamental e passível de melhoria. Seguidamente, validámos a pertinência da temática junto do enfermeiro chefe e diretores de serviço do SUMC e SMI, sendo que, na opinião dos mesmos, se tratava de uma problemática de extrema importância e que o desenvolvimento de um projeto nesta área se coadunava com os interesses do serviço.

Posteriormente, através da consulta do livro de registo de doentes admitidos existente na sala de emergência e recurso à aplicação informática Alert®, realizámos uma análise da casuística de admissões por TCE na sala de emergência do SUMC nos últimos anos, com o objetivo de realçar a importância desta temática. Constatámos que da totalidade de atendimentos por trauma na sala de emergência mais de metade apresenta TCE, seja associado a outros traumatismos, seja como trauma isolado (Gráfico 4). Não considerámos o ano de 2020 por ter sido um ano atípico devido à pandemia por COVID-19 que levou ao confinamento geral da população, com visível redução nas situações de trauma, o que ainda se refletiu no ano seguinte, como podemos observar no mesmo gráfico.

Apesar do TCE assumir uma elevada representação dentro da totalidade de situações de trauma admitidas na sala de emergência do SUMC, verificámos a inexistência de um documento institucional que oriente e uniformize a prática. Neste campo, a OE (2007a) afirma que as diretrizes de atuação elaboradas tendo em conta a evidência científica disponível, são consideradas instrumentos de qualidade, tornando os cuidados de enfermagem mais seguros, visíveis e eficazes.

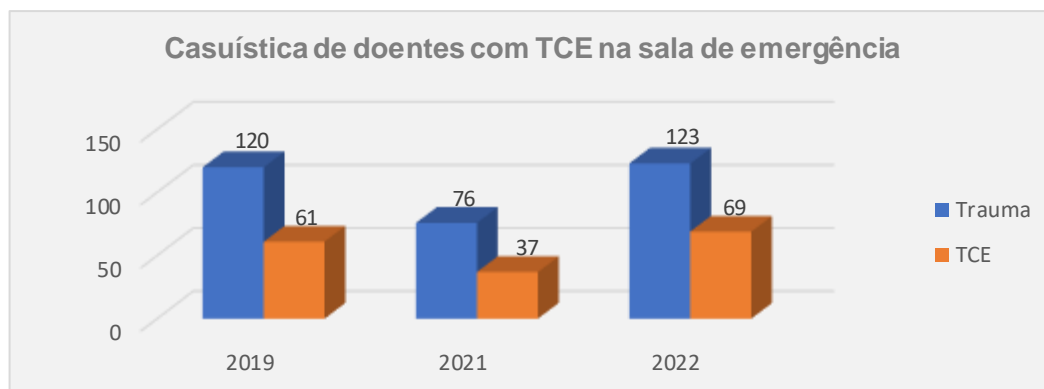


Gráfico 4 - Número de atendimentos por trauma na sala de emergência *versus* situações com TCE

No sentido de aprimorar o diagnóstico de situação, decidimos aplicar um questionário aos enfermeiros do serviço, via Google Forms®, cuja divulgação e partilha da hiperligação de acesso foi realizada através de canais já existentes no seio da equipa. Utilizámos questões

fechadas pois, tal como referem Ruivo et al. (2010), tornam o questionário mais objetivo, com a vantagem de maior facilidade de tratamento da informação numa amostra maior, tal como era o caso. Previamente à aplicação do questionário, solicitámos o consentimento livre e esclarecido dos participantes, mediante um documento que criámos para o efeito (Apêndice I), garantindo o esclarecimento e objetivos do estudo, a autodeterminação, o anonimato e confidencialidade dos dados (Nunes, 2020).

De um total de 92 enfermeiros que convidámos a preencher o questionário, 44 consentiram participar, representando 48% da equipa do SUMC (Gráfico 5). De referir que, à data da aplicação deste instrumento de diagnóstico, 5 elementos encontravam-se temporariamente ausentes do serviço por motivos de doença ou licença parental, pelo que não foram abrangidos.

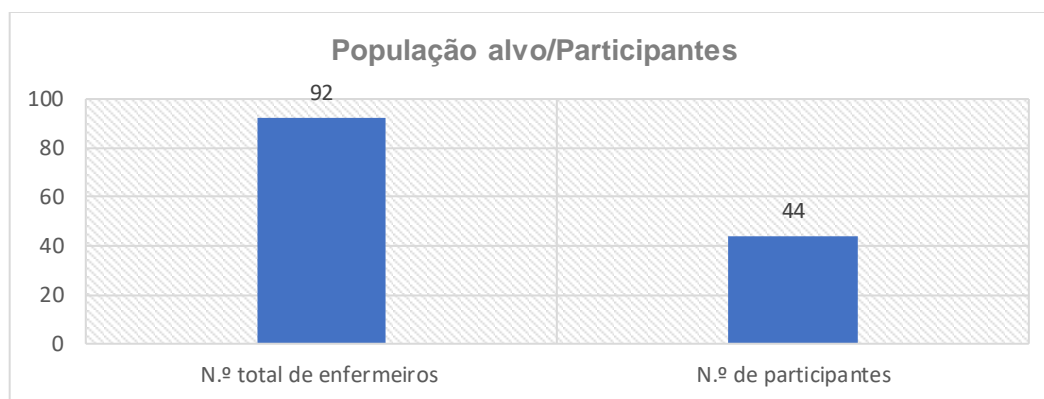


Gráfico 5 - População alvo do PIP / Participantes no questionário.

O questionário era composto por dois grupos de questões, conforme Apêndice II. Após recolha dos dados, procedemos ao tratamento e análise da informação, com recurso ao sistema informático Excel, tal como sugerido por Larrabee (2011).

A análise da primeira parte do questionário permitiu a caracterização do perfil sociodemográfico, académico e profissional dos respondentes ao questionário.

Fazendo referência à idade dos participantes, verificámos que mais de metade, especificamente 57% (n=25), encontra-se na faixa etária dos 31-40 anos. Onde 87% (n=38) dos elementos apresenta idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos, assumimos tratar-se de um grupo de enfermeiros jovens (Gráfico 6).

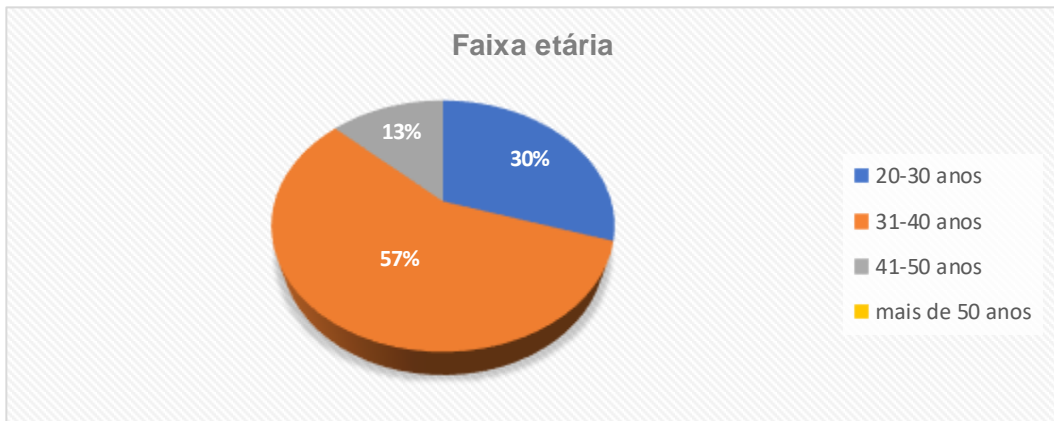


Gráfico 6 - Distribuição dos participantes de acordo com a faixa etária.

Relativamente ao tempo de exercício profissional, constatámos que a maior parcela se situa nos elementos com 6 a 10 anos de experiência, representando 32% (n=14) dos participantes, seguida pelos elementos com 11 a 15 anos de experiência (27%; n=12) (Gráfico 7). No entanto, analisando a experiência profissional no SUMC, identificámos que a maior percentagem de inquiridos, mais especificamente 36% (n=16), apresenta entre 1 e 5 anos de exercício profissional neste serviço (Gráfico 8). Ora, estabelecendo uma relação com o gráfico 7, é de notar um aumento na parcela dos '1-5 anos', o que significa que enfermeiros com tempo de experiência profissional superior, exercem neste contexto de urgência há menos de 5 anos, encontrando-se numa etapa inicial de aprendizagem e desenvolvimento de competências. De acordo com Benner (2001), um enfermeiro experiente que integra um novo serviço e que não esteja familiarizado com os objetivos e os aspetos inerentes ao cuidado, pode posicionar-se num nível de iniciado no que toca ao processo de aquisição de competências.



Gráfico 7 - Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de experiência profissional.



Gráfico 8 - Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de experiência profissional no SUMC.

No que respeita à formação académica, salientamos que a maioria dos enfermeiros inquiridos (71%; n=31) apresenta o grau de licenciado e que 27% (n=12) dos participantes são detentores de um mestrado (Gráfico 9).



Gráfico 9 - Distribuição dos participantes de acordo com as habilitações académicas.

Da totalidade de participantes, constatámos que 27% (n=12) dos enfermeiros detêm o título de enfermeiro especialista, dos quais a especialidade em EMC exhibe maior representatividade, seguida de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e Enfermagem de Reabilitação (Gráfico 10).

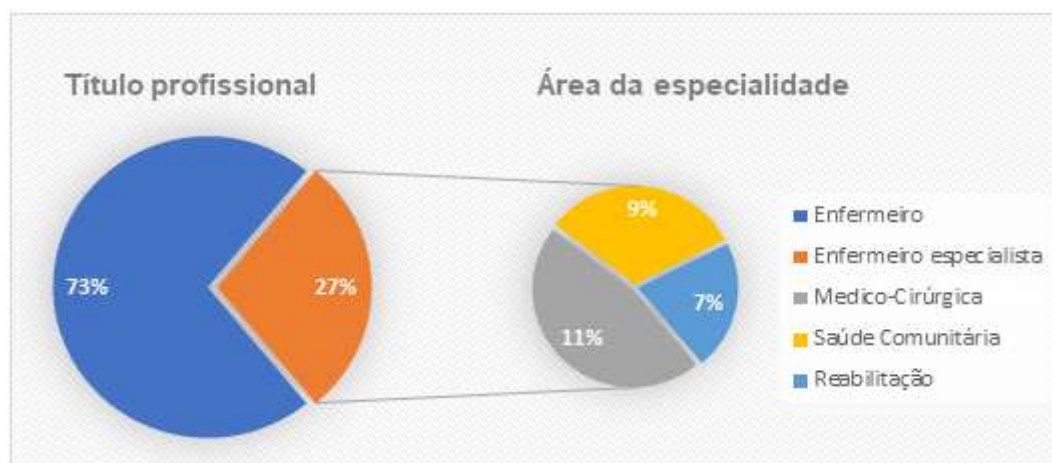


Gráfico 10 - Distribuição dos participantes de acordo com o título profissional e áreas de especialidade em Enfermagem.

Quanto à segunda parte do questionário, que objetivava apreciar a pertinência da intervenção, é de seguida apresentada a informação obtida.

Verificámos que 75% (n=33) dos intervenientes já realizou algum tipo de formação na área de trauma, sendo que destes, 18 dos elementos realizaram essa formação no âmbito de pós-graduação, especialização e mestrado, 12 em cursos com entidades certificadas e 3 em contexto de formação em serviço. Da totalidade que realizou formação, 70% (n=23) viu os seus conhecimentos atualizados há mais de dois anos, ou seja, apenas uma pequena percentagem de participantes, especificamente 23% (n=10), apresenta formação atualizada (Gráfico 11). Como referido no documento *Normas de boa prática em trauma*, a avaliação e tratamento adequado da pessoa vítima de trauma exige uma equipa com formação, experiência e capacidade técnica. O enfermeiro deve ser detentor de formação em suporte avançado ou imediato de vida e de trauma. Por se tratar de uma tarefa complexa e exigente, a manutenção da competência necessária requer, em todos os níveis de intervenção, o desenvolvimento de formação contínua nesta área (Ordem dos Médicos, 2009). Perante o exposto, assumimos que é fundamental a atualização de conhecimentos destes profissionais, de modo a melhor o desempenho na prática clínica.

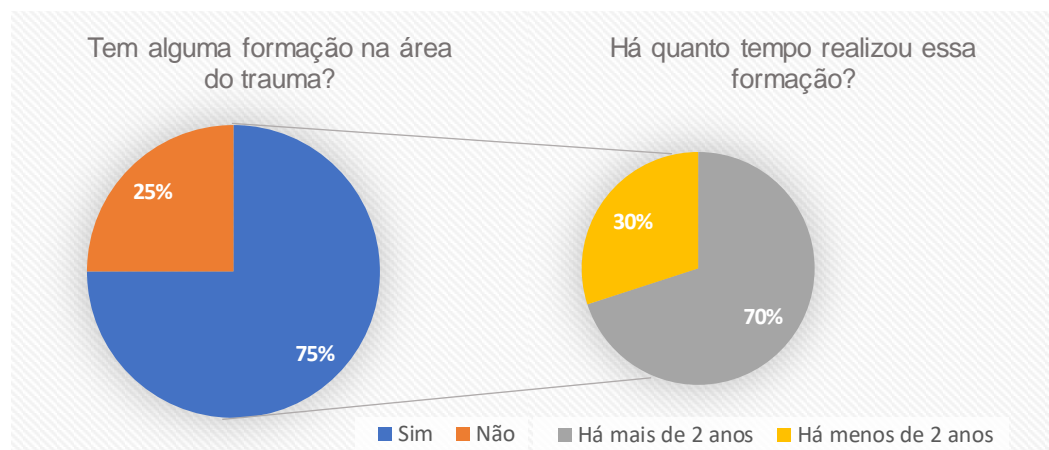


Gráfico 11 - Distribuição dos participantes de acordo com a realização e atualização de formação na área do trauma.

Conforme os dados apresentados nos gráficos 12, 13 e 14, referentes à relevância da temática para os enfermeiros, ficou claro que os participantes atribuem uma importância significativa à atualização e consolidação de conhecimentos sobre o TCE, consideram pertinente a existência de um documento que oriente e uniformize a prática, assim como, reconhecem que estas medidas têm potencial para promover uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados. Assim, sendo uma necessidade sentida pela equipa de enfermagem do SUMC, confirmámos a importância e adequação da intervenção.

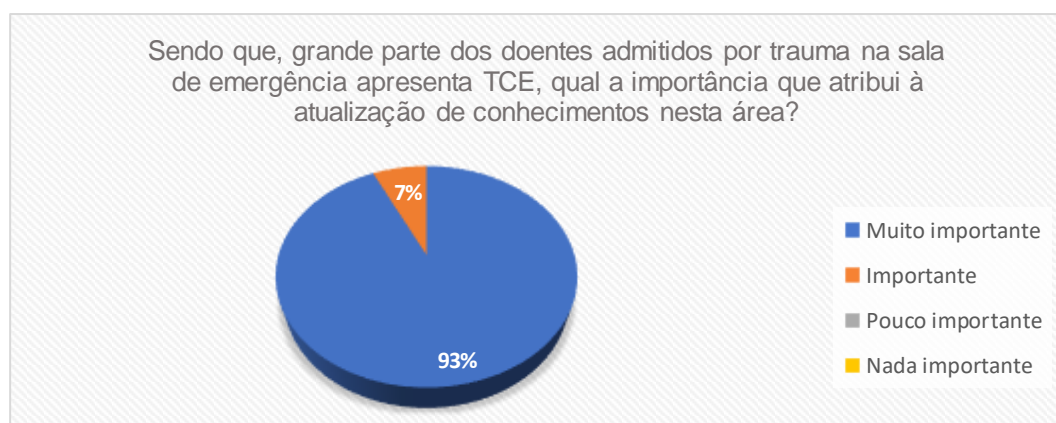


Gráfico 12 - Distribuição dos participantes de acordo com a importância atribuída à atualização de conhecimentos sobre TCE.

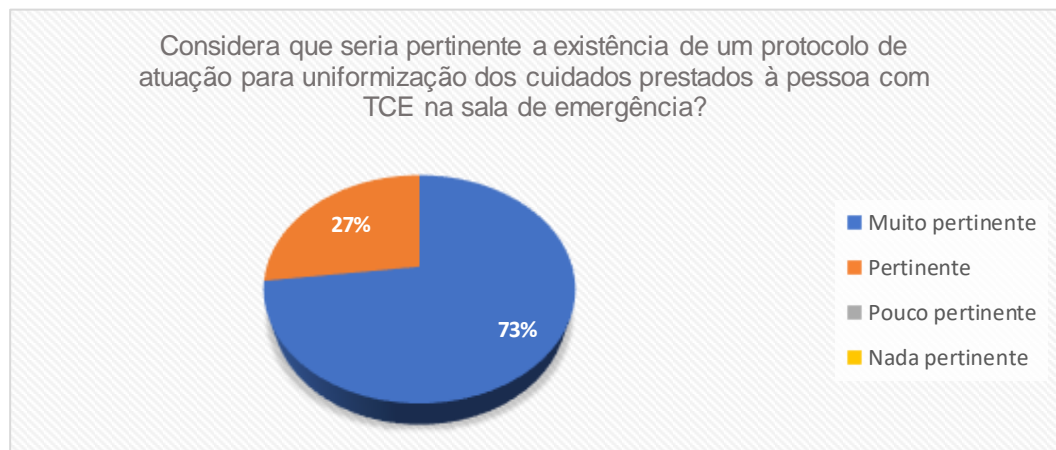


Gráfico 13– Distribuição dos participantes de acordo com a pertinência atribuída à existência de um protocolo de atuação e uniformização dos cuidados ao doente com TCE na sala de emergência.

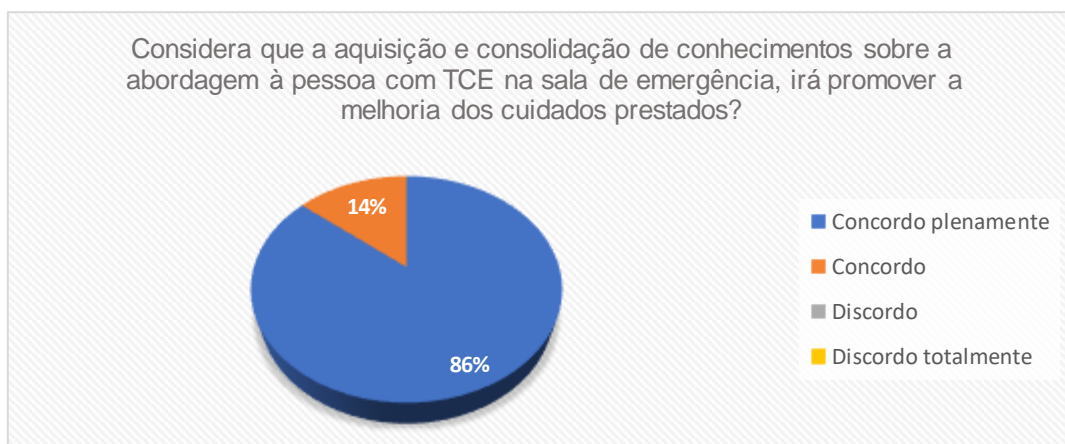


Gráfico 14– Distribuição dos participantes de acordo com a sua opinião sobre o impacto da aquisição e consolidação de conhecimentos na melhoria dos cuidados ao doente com TCE na sala de emergência.

Por fim, visando reforçar a decisão diagnóstica, procedemos à construção de uma análise SWOT: *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças) (Tabela 4). Através deste método, amplamente utilizado na investigação, pode fazer-se a análise das forças e fraquezas do ambiente interno e das oportunidades e ameaças provenientes do ambiente externo, permitindo a confrontação dos fatores positivos e negativos identificados (Ruivo et al., 2010). Verificámos que os fatores positivos se sobrepuseram aos fatores negativos, fortalecendo a relevância do PIP.

Análise SWOT		
	Forças (<i>Strengths</i>)	Fraquezas (<i>Weaknesses</i>)
Fatores Internos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipa jovem e dinâmica, interessada na aquisição e consolidação de conhecimentos; ▪ Área de interesse pessoal, impulsionadora de motivação; ▪ Temática pertinente que integra as necessidades do serviço; ▪ Inexistência de um documento orientador e uniformizador da prática; ▪ Validação e cooperação por parte da enfermeira orientadora, enfermeiro chefe e diretor de serviço; ▪ Não interferência no normal funcionamento do serviço; ▪ Ausência de custos para o serviço e instituição. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carência de profissionais condicionando sobrecarga de trabalho; ▪ Grande rotatividade na equipa de enfermagem; ▪ Desmotivação da equipa; ▪ Elevada taxa de ocupação no SUMC; ▪ Ausência de incentivos à participação em formações.
Fatores Externos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atualização e consolidação de conhecimentos sobre a temática; ▪ Capacitação dos enfermeiros numa área de elevada casuística no SUMC; ▪ Redução das taxas de morbilidade e mortalidade associadas ao TCE; ▪ Melhoria da segurança e qualidade dos cuidados prestados ao doente com TCE na sala de emergência; ▪ Uniformização de procedimentos; ▪ Integração de recomendações e <i>guidelines</i> internacionais na prática clínica; ▪ Incentivo à PBE. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Curto espaço de tempo para implementação e avaliação do projeto desenvolvido; ▪ Baixa adesão da equipa ao preenchimento de questionários e participação na formação em serviço; ▪ Risco de resistência à mudança.

Tabela 4– Análise SWOT

A etapa do diagnóstico de situação concretizada e aqui descrita, vai ao encontro da primeira etapa do MMPBE “Avaliar a Necessidade de Mudança da Prática”, que consiste na identificação e validação, junto dos interessados, da necessidade de mudança, através da colheita de dados acerca da prática corrente e comparação com dados externos (Larrabee, 2011). Assim, com base nos pressupostos desta teórica, identificámos uma problemática existente no SUMC, validámos a necessidade de mudança com os elementos da orientação, gestão, direção e equipa de enfermagem, colhemos dados que permitiram caracterizar a população-alvo e conhecer a realidade no SUMC relativamente à casuística de pessoas com TCE na sala de emergência, e confrontámos esses dados com informação procedente da literatura.

Tendo em consideração a importância fundamentada da temática, assim como os dados obtidos no processo de diagnóstico de situação e validação da problemática, foram identificadas como necessidades: a capacitação da equipa de enfermagem e a implementação de estratégias que favoreçam a uniformização e sistematização de procedimentos, de forma a promover segurança e qualidade à pessoa com TCE na sala de emergência.

2.2.2 Definição de Objetivos

A segunda etapa da Metodologia de Projeto consiste na definição de objetivos. Estes enunciam a orientação da investigação, ou seja, direcionam-se para os resultados que se pretende obter. Ainda que possam sofrer ajustes ao longo do processo, a sua determinação é basilar na planificação e desenvolvimento do projeto. Enquanto o objetivo geral assume um carácter mais vasto e complexo, os objetivos específicos, que resultam da sua subdivisão, apontam para a aquisição de competências mais concretas e específicas (Ruivo et al., 2010).

Assim, partindo dos problemas identificados na etapa anterior, sobre os quais pretendemos agir, delineámos como objetivo geral:

- Contribuir para a melhoria da segurança e qualidade da intervenção à pessoa com TCE na sala de emergência.

De forma a concretizar o objetivo geral, definimos como objetivos específicos:

- Identificar a evidência disponível e mais atual na literatura sobre a intervenção à pessoa com TCE em contexto de sala de emergência;
- Uniformizar a abordagem à pessoa com TCE na sala de emergência tendo por base a evidência mais atual;
- Aprofundar os conhecimentos da equipa de enfermagem do SUMC sobre a intervenção à pessoa com TCE na sala de emergência;
- Divulgar a proposta de protocolo desenvolvida.

Fazendo a conexão com o MMPBE, aludimos a que o primeiro objetivo específico formulado vai ao encontro das etapas 2 “Localizar as melhores evidências” e 3 “Fazer uma análise crítica das evidências” deste modelo, que preveem a pesquisa das melhores evidências disponíveis através de diferentes bases de dados e a avaliação dos resultados quanto à adequação ao objetivo do projeto (Larrabee, 2011). Destarte, a realização destas

etapas, nas quais foram desenvolvidos conhecimentos e selecionada a informação relevante para instruir a prática, serviu de substrato à consecução dos restantes objetivos.

2.2.3 Planeamento

O planeamento é a terceira etapa da Metodologia de Projeto e, tal como o próprio nome sugere, consiste na elaboração de um plano pormenorizado do projeto, tendo em vista a concretização dos objetivos. Nesta fase são delineadas as estratégias, determinadas as atividades a desenvolver e elaborado o respetivo cronograma, bem como, são identificados os recursos e meios disponíveis e possíveis constrangimentos que possam surgir (Ruivo et al. 2010).

Sublinhamos que, esta etapa da Metodologia de Projeto, se aproxima da etapa 4 do MMPBE de Larrabee “Projetar a mudança da prática”, que compreende a designação da mudança proposta, a identificação dos recursos exigidos, e o planeamento das principais estratégias para implementação e avaliação do plano delineado (Larrabee, 2011).

Deste modo, foi elaborada uma proposta de PIP, que obteve apreciação positiva por parte do enfermeiro orientador, docente orientador, enfermeiro chefe e diretor clínico do SUMC e SMI. Posteriormente, considerando que “a realização de um trabalho académico numa instituição tem de estar devidamente autorizado, ou seja, por quem tem a responsabilidade e a representação da organização” (Nunes, 2020: 26) e visando o cumprimento da norma hospitalar para o efeito, a proposta foi submetida ao Centro de Formação, Investigação e Conhecimento – Núcleo de Formação e Investigação em Enfermagem da instituição, merecendo a autorização pelas entidades competentes (Anexo I). Na proposta de PIP enviada, constava o cronograma com a calendarização das atividades a desenvolver no período temporal disponível (Apêndice III), que precisou de sofrer pequenas adaptações ao longo do estágio.

Após uma análise refletida dos objetivos e considerando o período estabelecido para o desenvolvimento do PIP, planeámos as principais atividades e estratégias, recursos e indicadores de avaliação para materialização dos objetivos propostos, como apresentamos de seguida.

Objetivo específico 1 – Identificar a evidência disponível e mais atual na literatura sobre a intervenção à pessoa com TCE em contexto de sala de emergência.

Atividades e estratégias planeadas:

- Realização de uma revisão *scoping*;
- Consulta das *guidelines* e diretrizes mais recentes na abordagem à pessoa com TCE;

- Reunião com o docente orientador;
- Elaboração de um artigo científico para posterior publicação.

Recursos humanos: Docente orientador.

Recursos materiais: Computador; Internet; Bases de dados científicas; Bibliografia diversa.

Indicador de avaliação: Realização de um artigo de revisão para posterior publicação.

Objetivo específico 2 – Uniformizar a abordagem à pessoa com TCE na sala de emergência tendo por base a evidência mais atual.

Atividades e estratégias planeadas:

- Construção de uma proposta de protocolo de atuação na abordagem à pessoa com TCE na sala de emergência do SUMC;
- Consulta de *guidelines* e diretrizes, sites de organizações internacionais de referência, projetos e estudos relevantes sobre a temática;
- Criação de um grupo de trabalho;
- Reunião com os elementos do grupo para definir os aspetos relevantes e necessários na criação do protocolo;
- Entrevista não estruturada com um médico neurocirurgião do CH;
- Reunião com o enfermeiro chefe do SUMC e diretores clínicos do SMI e SUMC para apreciação da proposta de protocolo desenvolvida, recolhendo contributos para a sua melhoria;
- Formulação da proposta final de protocolo de atuação na abordagem à pessoa com TCE na sala de emergência do SUMC.

Recursos humanos: Grupo de trabalho (Enfermeira orientadora, médico designado pelo diretor clínico do SMI e estudante); Docente orientador; Enfermeiro chefe; Diretor clínico do SUMC e do SMI.

Recursos materiais: Computador; Internet; Bibliografia diversa (livros, bases de dados científicas).

Indicador de avaliação: Apresentação de uma proposta de protocolo de atuação na abordagem à pessoa com TCE na sala de emergência do SUMC, aprovada pelo enfermeiro chefe e diretor clínico do SUMC e SMI.

Objetivo específico 3 – Aprofundar os conhecimentos da equipa de enfermagem do SUMC sobre a intervenção à pessoa com TCE na sala de emergência;

Objetivo específico 4 – Divulgar a proposta de protocolo desenvolvida.

Os objetivos supramencionados são apresentados em conjunto, uma vez que o planeamento para a sua concretização incluiu atividades, estratégias e recursos comuns.

Atividades e estratégias planeadas:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática;
- Planeamento de uma sessão de formação em serviço dirigida à equipa de enfermagem do SUMC;
- Agendamento da sessão de formação com a enfermeira orientadora e enfermeiro responsável pela formação em serviço do SUMC;
- Divulgação da sessão de formação;
- Elaboração do material de suporte para a apresentação;
- Efetivação da sessão de formação;
- Apresentação da proposta de protocolo de atuação desenvolvida;
- Aplicação de um questionário para avaliação da atividade formativa.

Recursos humanos: Docente orientador; Enfermeira orientadora; Enfermeiro responsável pela formação em serviço do SUMC; Equipa de enfermagem do SUMC.

Recursos materiais: Auditório do CH; Computador; Videoprojector; Internet (aplicativo Microsoft Teams®; *software* Google Forms®); Programa Prezi®.

Indicador de avaliação: Realização da sessão formativa.

2.2.4 Execução

A execução de um projeto compreende o desenvolvimento prático das ações planeadas. Embora seja a mais trabalhosa, esta etapa assume uma importância significativa na conquista de aprendizagens e desenvolvimento de competências (Ruivo et al., 2010).

Para respondermos ao primeiro objetivo **“Identificar a evidência disponível e mais atual na literatura sobre a intervenção à pessoa com TCE em contexto de sala emergência”**, realizámos uma revisão *scoping*, orientada pela metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* [JBI] (Peters et al., 2020).

Na sequência de uma pesquisa preliminar em diferentes bases de dados, verificámos que, embora existissem diversos estudos relacionados com a temática, poucos eram os que se direccionavam especificamente para a área de enfermagem. Neste sentido, optámos pela revisão *scoping* pelo facto de se considerar o método que, com maior rigor, alcança uma maior abrangência de estudos existentes na literatura (Apóstolo, 2017).

Tendo como guia a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto), estrutura seguida neste tipo de estudo (Idem), formulámos a questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem (C) à pessoa com TCE (P) admitida na sala de emergência (C)?

De acordo com a metodologia proposta pelo JBI, foram estabelecidos critérios de elegibilidade com base na População, Conceito e Contexto da revisão pretendida. Assim, considerámos para esta revisão *scoping* os seguintes critérios de inclusão:

População – Como população foram consideradas as pessoas adultas vítimas de TCE. Não foram incluídos estudos que envolvessem participantes com idade inferior a 18 anos ou estudos em animais;

Conceito – Os conceitos de interesse para esta revisão tinham como foco as intervenções de enfermagem à pessoa com TCE em contexto de emergência. Foram apenas incluídos estudos que se destinassem a identificar as intervenções do enfermeiro a pessoas com TCE moderado ou grave, não sendo consideradas menções relativas ao atendimento de doentes com TCE leve, uma vez que estes, habitualmente, não apresentam critérios de gravidade para admissão em sala de emergência;

Contexto – Foram considerados, exclusivamente, estudos que abordassem as intervenções de enfermagem em contexto hospitalar, mais especificamente, em sala de emergência. Todos os descritivos de intervenções de enfermagem aplicadas em ambiente pré-hospitalar, cuidados intensivos, unidades de neurocríticos ou em contexto de reabilitação foram excluídos;

Tipo de estudo – Relativamente ao tipo de estudo, para esta revisão *scoping* seleccionámos para análise todos os estudos primários e observacionais, assim como, revisões da literatura que cumpriam os critérios incluídos na estratégia PCC acima descrita. Foram incluídos estudos escritos em inglês e português, publicados entre 2018 e 2022.

Após a formulação da questão PCC e definição dos critérios de inclusão, procedemos à pesquisa de estudos relevantes em todas as bases de dados científicas integradas nas plataformas eletrónicas EBSCOhost® e Biblioteca do Conhecimento Online (b-on®). A pesquisa originou-se a partir dos descritores “Traumatic brain injury”, “head injury”, “brain injury”, “tbi”, “craniocerebral trauma”, “nursing” e “emergencies” validados na Medical Subject Heading [MeSH] e nos Descritores em Ciências da Saúde [DeCS]. Contudo, com o intuito de

estreitaram a pesquisa e incidir sobre a questão em estudo, houve necessidade de recorrer a termos em linguagem natural como “interventions” e “management”. Não sendo termos DeCS/MeSH, foram frequentemente encontrados na literatura durante a pesquisa preliminar, revelando-se fundamental a sua inclusão no sentido em que permitiram uma amplificação dos resultados. Utilizámos os operadores booleanos “AND” e “OR” combinados com os descritores, construindo-se a seguinte expressão de pesquisa: “Tbi OR traumatic brain injury OR brain injury OR head injury OR craniocerebral trauma” [Título] AND nurs* [Texto completo] AND “emergencies OR interventions OR management” [Termos do assunto]. Foi utilizada a mesma estratégia de pesquisa em ambas as plataformas, tendo-se usado como expensor a aplicação de assuntos equivalentes.

De forma a determinarmos a elegibilidade dos artigos obtidos na pesquisa inicial, foi conduzido um processo de triagem e seleção com base nos critérios de inclusão. Primeiramente realizámos uma análise dos artigos com base nas informações fornecidas no título e resumo. Posteriormente, avaliámos o texto completo de todos os estudos selecionados na primeira fase. As etapas deste processo foram documentadas e sistematizadas através de um fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Review* [PRISMA-ScR], recomendado pelo JBI (Peters et al., 2020) (Figura 1).

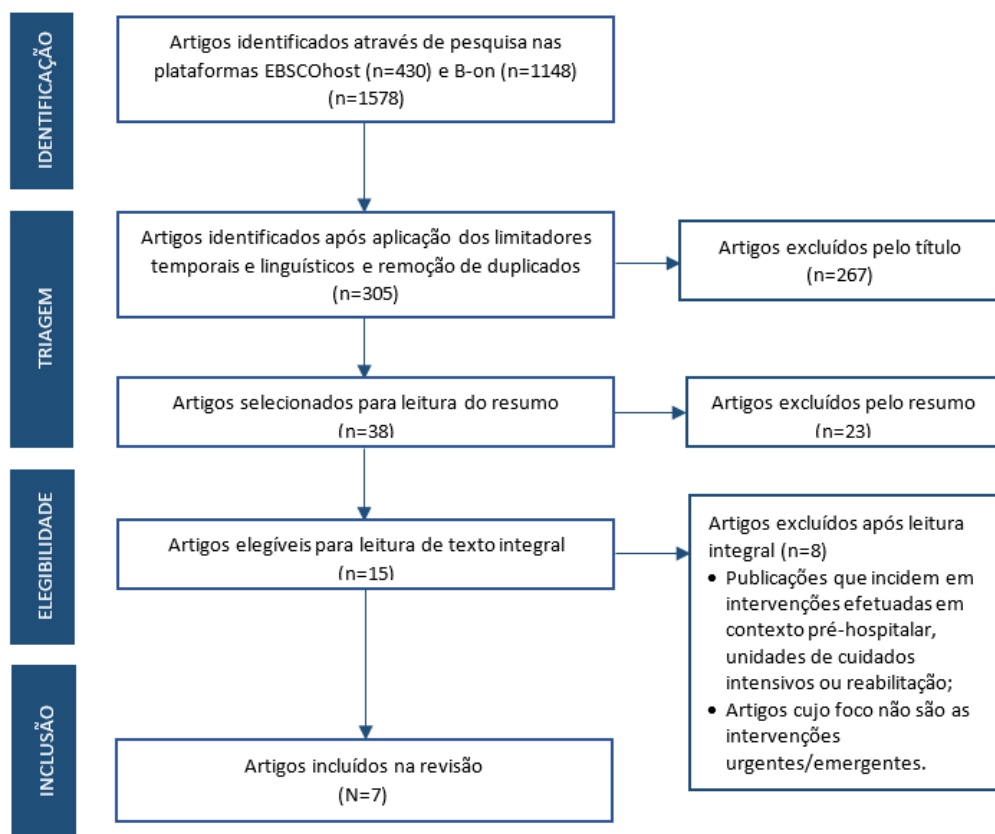


Figura 1 - Diagrama de Fluxo PRISMA-ScR

Desta forma, foram incluídos nesta revisão, um total de 7 artigos, cujas características encontram-se enumeradas na Tabela 5.

Artigo	Título	Autor, Ano	País	Tipo de estudo
1	<i>Association of Ventilation during Initial Trauma Resuscitation for Traumatic Brain Injury and Post-Traumatic Outcomes: A Systematic Review</i>	Howard et al., 2021	Estados Unidos da América	Revisão sistemática
2	<i>Undertaking a systematic assessment of patients with a traumatic brain injury</i>	Parry, 2020	País de Gales	Revisão narrativa
3	<i>Emergency department management of traumatic brain injuries: A resource tiered review</i>	Dixon et al., 2020	Estados Unidos da América	Revisão da literatura
4	<i>Caring for Traumatic Brain Injury Patients: Australian Nursing Perspectives</i>	Evans, 2020	Austrália	Revisão Narrativa
5	<i>Evidence–practice gaps in initial neuro-protective nursing care: A mixed methods study of Thai patients with moderate or severe traumatic brain injury</i>	Promlek et al., 2020	Tailândia	Estudo de métodos mistos
6	Cuidados generales en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave: consenso latino-americano	Godoy et al., 2020	7 países da América Latina (Argentina, Brasil, Bolívia, Colômbia, Cuba, Chile e Equador)	Revisão da literatura
7	Assistência de enfermagem aos doentes vítimas de traumatismo crânioencefálico: revisão integrativa	Oliveira et al., 2018	Brasil	Revisão integrativa

Tabela 5– Artigos incluídos na revisão scoping.

Os estudos que integraram esta revisão são provenientes de uma diversidade de países, confirmando-se que o TCE é um problema de saúde pública global.

Após a análise dos artigos, pudemos identificar as intervenções de enfermagem à pessoa com TCE em contexto de sala de emergência. Estas intervenções podem ser agrupadas numa abordagem primária, baseada no protocolo ABCDE, que visa a identificação e correção de situações que colocam em risco imediato a vida da pessoa; numa avaliação secundária, para colheita da história clínica e realização de um exame físico detalhado, essencial uma vez que grande parte dos TCE grave têm outras lesões major associadas; na implementação de medidas de prevenção da elevação da PIC, que devem ser iniciadas logo que possível; e no apoio emocional à pessoa e família.

Na literatura são encontrados inúmeros artigos sobre a abordagem à pessoa com TCE. No entanto, no que diz respeito ao papel do enfermeiro em particular, verificámos a existência de lacunas. Constatámos ainda, que a maior parte dos estudos direccionados para o atendimento em emergência, não abordam o contacto com a família. Este aspeto é encontrado, mas numa fase mais tardia do processo, na preparação para a alta e cuidados de vigilância pós TCE. Contudo, compreendemos que, por se tratar de uma situação crítica com risco de vida, os protocolos terapêuticos assumam um carácter prioritário.

Como conclusão desta revisão, sublinhámos a necessidade de se promover a investigação na área de enfermagem, com ênfase na prática de cuidados orientada por princípios científicos e na componente humanística da profissão.

De referir que objetivamos a sua publicação, tendo já sido iniciado o processo de submissão na revista elegida, pelo facto de acreditarmos que esta revisão *scoping* possa trazer contributos significativos para a prática clínica, possibilitando aos enfermeiros um maior conhecimento e capacitação para o cuidar, de forma a alcançar melhores resultados para a pessoa com TCE e família. O resumo do artigo elaborado encontra-se no Apêndice IV.

Relativamente ao segundo objetivo **“Uniformizar a abordagem à pessoa com TCE na sala de emergência tendo por base a evidência mais atual”**, as atividades e estratégias delineadas incidiram sobre a construção de um protocolo de atuação. Primeiramente, foi criado um grupo de trabalho constituído por nós, pela enfermeira orientadora e por um médico do corpo clínico do SMI indicado pelo diretor clínico deste serviço. Apenas rememorar que a sala de emergência se encontra adstrita ao SMI. Desde logo, estes elementos demonstraram disponibilidade e motivação para integrar o projeto. Tendo presente que, a abordagem à pessoa com TCE na sala de emergência envolve uma equipa multidisciplinar, consideramos a criação deste grupo deveras importante, pois, tal como assevera Larrabee (2011: 51), “O

sucesso do projeto depende, em parte, de haver representação de todos os *stakeholders*² da prática”.

De acordo com a mesma autora, no planeamento de um projeto devem ser designadas as responsabilidades de cada elemento do grupo de trabalho (Larrabee, 2011). Deste modo, ficámos responsáveis pela revisão da literatura e elaboração da proposta de protocolo de atuação, com apoio e suporte por parte da enfermeira orientadora sempre que necessário. O médico assumiu a responsabilidade da pesquisa da evidência focada especificamente na terapêutica, nomeadamente fármacos e doses a utilizar nas diferentes intervenções.

Debruçando-se sobre a matéria das diretrizes ou protocolos clínicos, Pearson & Craig (2004) admitem a importância do seu uso na promoção de cuidados de saúde de alta qualidade, acrescentando que são um potencial meio através do qual a evidência pode ser incorporada na prática de enfermagem. Tal como estes autores, também Pimenta et al. (2017) apontam diversas vantagens ao uso de protocolos, a referir, a garantia de uma prática segura, a melhoria da consistência dos cuidados e da qualificação para a tomada de decisão, a redução da variabilidade de conduta na prática, o aumento da prestação adequada de cuidados, a facilidade de inclusão de novas tecnologias, como ainda, permitem a disseminação de conhecimento e o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados.

Almejando a construção de um protocolo que correspondesse aos pressupostos citados, paralelamente à revisão da literatura, consultámos *guidelines* e diretrizes emanadas por entidades de referência (*Brain Trauma Foundation, National Institute for Health and Care Excellence, American Association of Neuroscience Nurses*), bem como outros estudos e projetos relevantes sobre a temática, a fim de oferecer as melhores recomendações de cuidados, adequadas à realidade do SUMC. De salientar que, ainda com a mesma finalidade, consultámos um médico neurocirurgião da outra UH pertencente ao CH, onde dispõem da valência de neurocirurgia e que serve de referenciação para os doentes neurocríticos do SUMC. Esta conversa revelou-se profícua no sentido de perceber qual a prática habitual perante estes doentes na outra UH e conhecer alguns aspetos relevantes na otimização do tratamento da pessoa com TCE. A elaboração do protocolo alicerçou-se, igualmente, na experiência profissional em sala de emergência, dos restantes elementos do grupo de trabalho.

² *Stakeholders* – “Pessoas que têm interesse no resultado de uma prática de saúde”. Podem incluir os doentes e suas famílias, profissionais de saúde ou líderes do sistema de saúde (Larrabee, 2011:241)

A proposta de protocolo de atuação desenvolvida, foi revista pelos elementos do grupo de trabalho, e as suas sugestões e contributos conduziram a algumas reformulações no trabalho inicial. Posteriormente, a versão final foi validada pelo enfermeiro chefe e diretores clínicos do SUMC e SMI, encontrando-se no Apêndice V. O envio do documento para anuência do Conselho de Administração, ficou sob a responsabilidade do enfermeiro chefe do SUMC, acontecendo após o término do estágio.

Importa referir que, por forma a sintetizar as principais intervenções aludidas no protocolo, elaborámos um fluxograma que foi aditado ao documento. Em acordo com a enfermeira orientadora, determinámos que, após aprovação do protocolo, faremos a impressão e afixação do mesmo na sala de emergência.

Objetivando **“Aprofundar os conhecimentos da equipa de enfermagem do SUMC sobre a intervenção à pessoa com TCE na sala de emergência”** e **“Divulgar a proposta de protocolo desenvolvida”**, optámos por realizar uma ação de formação em serviço, visto tratar-se de um método que, como afirma Relvas (2018), atua como um importante vetor para a aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências, conducentes à prestação de cuidados de enfermagem eficazes e eficientes. A formação em serviço permite uma reflexão conjunta sobre a teoria e a prática, ou seja, o ideal e o real, conduzindo à mudança de comportamentos (Idem). Larrabee (2011) acrescenta que as estratégias educativas aumentam a probabilidade de êxito na adoção de uma nova prática.

Para que uma formação seja bem-sucedida, é fundamental um correto planeamento da mesma. Após definidos os objetivos a atingir, deverá ser decidido como é que a formação será desenvolvida. Especificamente devemos: definir quando e onde é que a sessão terá lugar, selecionar os conteúdos programáticos e organizá-los, escolher os métodos mais adequados a utilizar e determinar o material que será necessário para a sua realização (Ferro, 2012). Assim, com base nestes pressupostos, elaborámos um plano de sessão com recurso ao documento normalizado na instituição.

Para a divulgação da sessão formativa perante a equipa, contámos com a colaboração da enfermeira orientadora e enfermeiro responsável pela formação em serviço do SUMC, tendo a mesma sido realizada através do aplicativo WhatsApp® e afixação de um cartaz informativo no serviço.

Pretendendo abranger um maior número de participações na sessão formativa, perspetivámos a sua realização em formato presencial e online, através da plataforma Microsoft Teams®.

Como instrumento de apoio à sessão formativa, elaborámos uma apresentação em diapositivos com recurso ao programa Prezi®.

No que respeita ao conteúdo programático, optámos por começar por explicar os objetivos da sessão, enquadrar o PIP, fundamentar e justificar a temática, bem como apresentar os resultados da aplicação do questionário aplicado à equipa e os dados da casuística no SUMC, os quais sustentaram o diagnóstico de situação. Seguimos então com a apresentação da proposta de protocolo de atuação na abordagem à pessoa com TCE na sala de emergência.

No momento formativo contámos com a participação de 32 formandos, 9 presencialmente e 23 online, o que corresponde a uma taxa de adesão de 35%. Este número ficou aquém das expectativas, todavia, de acordo com o enfermeiro responsável da formação em serviço, no ano transato a taxa de participação na formação em serviço foi de 30%, sendo que os resultados obtidos se encontram ligeiramente acima da média anual neste serviço.

No final da sessão formativa, solicitámos aos formandos o preenchimento de um questionário de avaliação da sessão. Além de aspetos relacionados com a apresentação da sessão de formação, o questionário avaliava a opinião dos formandos relativamente ao protocolo apresentado, pois, em concordância com o que Larrabee (2011) defende na etapa 5 do MMPBE, para fortalecer a implementação da mudança, os *stakeholders* deverão ter uma voz ativa, sendo as suas opiniões e sugestões sobre a nova prática fundamentais. A autora acrescenta que um questionário com perguntas específicas sobre a funcionalidade da nova prática ou questões abertas solicitando opiniões pode ser um mecanismo de contribuição.

Dos 32 participantes, 21 cooperaram na avaliação da sessão de formação. Após análise dos resultados obtidos, apresentados na Tabela 6, destacámos a satisfação global por parte dos formandos, o que, de certo modo, vem reforçar a pertinência do projeto. Enfatizamos a resposta unânime dos formandos 'Concordo totalmente', ao contributo da formação no desenvolvimento de conhecimentos e na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa com TCE, entendendo que esta sessão formativa cumpriu capacidade de resposta ao objetivo proposto.

PARÂMETROS AVALIADOS	AVALIAÇÃO			
	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito bom
Sessão de formação				
Pertinência do tema			5%	95%
Adequação às expectativas			14%	86%
Meios audiovisuais utilizados			33%	67%
Duração da sessão			24%	76%
Formador				
Domínio dos conteúdos programáticos			10%	90%
Utilização de linguagem clara e objetiva				100%
Capacidade para esclarecer dúvidas				100%
Apreciação global da sessão formativa			5%	95%
Proposta do protocolo de atuação				
Clareza dos conteúdos			10%	90%
Aplicabilidade no contexto de trabalho			14%	86%
Apreciação global			14%	86%
	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Contributo da formação				
A realização desta formação contribuiu para melhorar os meus conhecimentos sobre a temática				100%
A realização desta formação contribuirá para melhorar a qualidade e segurança na prestação de cuidados à pessoa com TCE				100%

Tabela 6– Respostas dos formandos ao questionário de avaliação da sessão de formação.

2.2.5 Avaliação

Para Ruivo et al. (2010: 26), “avaliar um projeto implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente”. Na Metodologia de Projeto esta etapa contempla dois momentos distintos: a avaliação do processo, desenvolvida paralelamente à fase de execução do projeto, e a avaliação final, que exige uma postura de reflexão e análise sobre a forma como foi conduzido o processo e sobre os resultados do mesmo.

Esta etapa da Metodologia de Projeto enquadra-se na etapa 5 do MMPBE de Larrabee “Implementar e avaliar a mudança da prática”, na qual se preconiza a avaliação do processo, resultados e custos, com subsequente desenvolvimento de conclusões e recomendações (Larrabee, 2011).

No decurso da fase de execução, contámos com diferentes ocasiões de avaliação intermédia do PIP, nomeadamente através de reuniões e conversas não estruturadas com o grupo de trabalho, enfermeiro chefe e diretores clínicos. Estes momentos de reflexão sobre o percurso realizado até ao momento, a partilha de opiniões e sugestões, revelaram-se como oportunidades de melhoria no desenvolvimento do projeto.

Fazendo uma avaliação global do PIP, consideramos que as estratégias e atividades planeadas foram executadas, demonstrando-se apropriadas à concretização dos objetivos delineados.

Importa referir que a limitação temporal imposta pela duração do estágio, não nos permitiu definir objetivos direcionados para a implementação do protocolo de atuação e avaliação da sua aplicabilidade na prática, pois como refere Larrabee (2011), todo o processo de mudança exige tempo. Contudo, trata-se de um projeto que será continuado pelos elementos do grupo de trabalho, uma vez que desempenham funções na sala de emergência e desde logo se mostraram disponíveis e motivados para a sua persecução. Assim, ficou previsto que, após a decisão de implementação do protocolo e comunicação a todos os profissionais implicados no desempenho da nova prática, os indicadores relacionados com a mudança na prática serão monitorizados. Neste sentido, construímos uma grelha de auditoria, destinada à avaliação do índice de conformidade ao protocolo de atuação. Em concordância com a enfermeira orientadora, foi definido que a monitorização ao seu cumprimento será realizada trimestralmente, a ajustar de acordo com as necessidades. Este pressuposto vai ao encontro da validação da etapa 6 do MMPBE “Integrar e manter a mudança da prática”, onde é mencionada a necessidade da monitorização contínua de indicadores de processo e resultados (Larrabee, 2011: 201). A autora acrescenta que “fazer auditoria e obter *feedback* sobre o desempenho de uma nova prática, tem levado ao sucesso de sua adoção”.

Enquanto ferramenta promotora da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, reconhecemos a este PIP um papel promissor de mudança na prática, com reflexo na consecução do objetivo geral: Contribuir para a melhoria da segurança e qualidade da intervenção à pessoa com TCE na sala de emergência.

Salientamos que o desenvolvimento deste projeto não implicou qualquer tipo de custo para a instituição, nem condicionou a normal atividade e dinâmica do SUMC.

2.2.6 Divulgação de resultados

A divulgação dos resultados é a última etapa da Metodologia do Projeto e assume um papel fundamental numa investigação, na medida em que permite dar a conhecer a pertinência do projeto, o percurso até à sua efetivação e os resultados obtidos (Ruivo et al., 2010). Também Larrabee (2011: 233) realça a disseminação das informações como “potencialmente útil para terceiros que poderão desejar replicar o projeto”.

Os resultados de um projeto podem ser divulgados através de vários meios, seja uma apresentação em congresso, realização de um póster, reuniões, publicação em revista, seja através da redação de um relatório do mesmo (Ruivo et al, 2010 & Larrabee, 2011).

Por conseguinte, uma das formas de divulgação dos resultados do PIP desenvolvido, é a redação do presente relatório que, após discussão em prova pública, será publicado no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Na elaboração deste documento procurámos que a informação fosse clara e objetiva, tornando visível o caminho percorrido, de forma que possa servir de modelo a outros profissionais. Tal como previamente acordado com a responsável da Unidade de Apoio à Investigação da UH, e em cumprimento da norma hospitalar que regula a investigação na instituição, após a sua discussão pública, o relatório será enviado para o Centro de Formação, Investigação e Conhecimento da instituição para eventual partilha e apresentação nos contextos que considerem relevantes.

Entendemos também que as atividades desenvolvidas durante o PIP, nomeadamente a divulgação do protocolo de atuação elaborado e a realização da formação em serviço, ambas sustentadas por evidências científicas, se constituíram métodos de comunicação de resultados e difusão de evidência no seio da equipa. Porém, uma vez que aguardamos aprovação do protocolo por parte do Conselho de Administração, não nos foi possível obter e divulgar quaisquer resultados da sua implementação na prática.

Salientamos ainda a elaboração da revisão *scoping*, que permitiu identificar as intervenções de enfermagem à pessoa com TCE em contexto de sala de emergência. O estudo realizado foi estruturado tendo em vista a sua possível publicação, contribuindo deste modo, para a divulgação das evidências encontradas sobre a temática.

Através destes recursos pretendemos demonstrar o valor da PBE na qualidade dos cuidados, assim como, contribuir para o desenvolvimento científico da profissão. A OE (2006) salienta a importância de um exercício profissional que incorpore a melhor evidência científica, entendendo que a investigação em enfermagem é um alicerce essencial para promover a qualidade e segurança dos cuidados, desiderato que assumiu como missão.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

De acordo com o definido pela OE, o enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019b: 4744). A competência é percebida como “um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação”. Relaciona-se com um saber de ação, não se restringindo à execução ou reprodução de tarefas, mas engloba igualmente a mobilização de conhecimentos e capacidade de adaptar a conduta à situação complexa (OE, 2017b: 2).

Nunes (2010) defende que para o desenvolvimento de perícia e competências em enfermagem, o tempo é fundamental, contudo não é determinante. A passagem do tempo deve coexistir com a reflexão das vivências, não se limitando à soma cronológica das mesmas.

Esta interpretação alinha-se com a perspectiva de Patrícia Benner, que na sua obra “De Iniciado a Perito” expandiu o Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus para a prática clínica de Enfermagem, propondo que a aprendizagem e desenvolvimento profissional se desenvolvem em cinco níveis, que vão desde o iniciado ao perito. Para Benner, o desenvolvimento de competências não depende exclusivamente da formação académica, enfatizando a importância da experiência e da reflexão sistematizada sobre a prática. É através da aprendizagem experiencial que o enfermeiro aprende a destacar aquilo que é relevante numa situação, desenvolvendo deste modo, as competências para a excelência da prática de cuidados e a perícia profissional. O enfermeiro perito é então, aquele que tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema, sem perder tempo com possibilidades ineficientes (Benner, 2001).

Almejando evoluir no sentido de uma prática avançada, através deste ciclo de estudos, propusemo-nos a desenvolver um conjunto de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, assim como as competências inerentes ao grau de mestre em enfermagem.

As competências comuns são definidas no Regulamento n.º 140/2019, publicado em Diário da República (OE, 2019b) e correspondem às competências que são transversais a todos os enfermeiros especialistas, seja qual for a área de especialidade. Por sua vez, as

competências específicas, estabelecidas no Regulamento n.º 429/2018 (OE, 2018), “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade” (OE, 2019b: 4745).

As competências de mestre em enfermagem estão definidas em documento apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, cujo enquadramento legal se encontra no atual Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (Universidade de Évora, 2015; Presidência do Conselho de Ministros, 2018).

Por conseguinte,

“O Mestre em enfermagem:

- 1 Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- 2 Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 3 Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- 4 Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 5 Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- 6 Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- 7 Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.” (Universidade de Évora, 2015: 27)

Importa mencionar que na fase inicial do Estágio Final foi realizado um projeto de estágio, onde planeámos as atividades a desenvolver no decurso do mesmo, tendo por base a regulamentação supramencionada. O projeto serviu como ponto de partida e guia orientador daquele que seria o caminho a percorrer. Este caminho foi pautado pela realização sistemática do exercício crítico-reflexivo sobre a ação, pelo diálogo e pela monitorização por enfermeiros de referência, princípios que, concordando com Pereira-Mendes (2016), contribuíram significativamente para a nossa aprendizagem clínica e construção do pensamento em enfermagem.

Nos subcapítulos que se seguem, pretendemos fazer uma análise reflexiva referente ao percurso formativo e processo de aprendizagem realizados no âmbito da unidade curricular Estágio Final, realçando os contributos das vivências na edificação de competências como futura enfermeira especialista em EMC-PSC e mestre em enfermagem. Nesta análise, e aludindo novamente a Patrícia Benner (2001), não pudemos deixar de considerar o contributo da experiência profissional perante as situações vividas.

Dado que as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista se interrelacionam com as competências de mestre, optámos pela sua abordagem conjunta, sempre que considerado apropriado.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Conforme o Regulamento n.º 140/2019, os enfermeiros especialistas partilham “um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” que são agregadas em esferas de ação “com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” constituindo os domínios de competência (OE, 2019b: 4744-4745).

Deste modo, a análise destas competências será organizada em torno do conjunto de domínios que encerram: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.1.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

- A1. Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;*
- A2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.*

Competência de mestre em enfermagem

- 3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.*

No seu exercício profissional, os enfermeiros confrontam-se diariamente com situações de natureza complexa, surgindo dilemas e problemas éticos e a consequente necessidade de se tomarem decisões fundamentadas, que exigem conformidade com os princípios e valores éticos, em geral, e da profissão, em particular (Vaz, et al. 2011).

Ao enfermeiro especialista é determinado o dever de garantir uma prestação de cuidados baseada no respeito pelos direitos humanos, promotora da segurança, da privacidade e da autodeterminação da pessoa a quem presta cuidados, garantindo a sua dignidade (OE, 2019b).

Na organização da base para o desenvolvimento desta competência de enfermeiro especialista, foi essencial a consulta de documentos reguladores da profissão de enfermagem e documentos que estruturam o enquadramento das diferentes dimensões da responsabilidade inerentes ao exercício profissional. Não podemos deixar de referir que as matérias abordadas na unidade curricular Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem se revelaram fundamentais na aquisição e solidificação dos conhecimentos teóricos

A Deontologia Profissional assegura a centralidade dos cuidados na pessoa constituindo um importante suporte para o agir profissional do enfermeiro. Representa um instrumento legal que assenta em princípios ético-deontológicos, enuncia as responsabilidades e os deveres da profissão, baseados nos direitos dos cidadãos e comunidades a quem se dirigem os cuidados de enfermagem (OE, 2015a).

Dada a complexidade da prestação de cuidados à PSC, nomeadamente num SU, em que a gravidade e instabilidade das situações pode pôr em causa a sobrevivência, as preocupações dos profissionais focam-se nas prioridades terapêuticas e nas intervenções adequadas e eficientes. Neste contexto, marcado muitas vezes pela incerteza e por sentimentos de insegurança, todo o suporte ético, legal e deontológico é fundamental, de modo a não descurar a vertente humana, uma vez que tal como referido no Artigo 99.º da Deontologia Profissional “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015a: 80).

Qualquer que seja a situação de prestação de cuidados, os enfermeiros, enquanto profissionais que assumem o cuidar como o cerne da sua praxis, “têm, ou devem ter, uma visão e concepção do Outro como Pessoa” (Vaz et al., 2011: 3).

Na tentativa de proteger de forma efetiva os direitos dos doentes, a teoria principialista de Beauchamp e Childress assoma-se como sendo a mais conhecida das teorias bioéticas contemporâneas, norteando a deliberação ética na prática dos profissionais de saúde. Esta teoria baseia-se em quatro princípios fundamentais: princípio do respeito pela autonomia, princípio da não-maleficência, princípio da beneficência e princípio da justiça (Meneses, 2007).

Durante a prestação de cuidados à PSC no SUMC, tivemos sempre em consideração estes princípios, bem como os direitos humanos e responsabilidades profissionais. Contudo, no decorrer do estágio deparámo-nos com questões ético-morais cuja reflexão foi fundamental para o construto de competências e que passamos a relatar.

Na sala de emergência, presenciámos diferentes situações em que a pessoa viu a sua autonomia afetada, não tendo capacidade para afirmar a sua vontade. Referimo-nos a doentes com alteração do estado de consciência, doentes com AVC dos quais resultaram alterações na fala ou compreensão ou mesmo a situações de paragem cardiorrespiratória. Nestes casos,

quer pela ausência de informações sobre o historial clínico da pessoa, quer pela inexistência de um testamento vital, a nossa prática regeu-se pelos princípios da beneficência e da não-maleficência. De igual modo, na impossibilidade de se obter o consentimento livre e esclarecido para as intervenções a instituir e na ausência de um representante legal, equacionámos o consentimento presumido, contemplado na nossa legislação no n.º 2 do Artigo 39.º do Código Penal – “Há consentimento presumido quando a situação em que o agente actua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado” (Assembleia da República [AR], 1995: 1365). Perante estas pessoas que se encontram particularmente vulneráveis, privadas do exercício do pensamento, não podemos esquecer a relação de ajuda implícita aos cuidados de enfermagem, ainda que se torne particularmente difícil quando não existe interação com a pessoa, contudo, como refere Nunes (2016b: 11) “o que a relação requer é presença, digamos assim”. Nestes casos, os valores e princípios éticos assumem uma relevância de destaque e procurámos sempre preservar a dignidade da pessoa, através de um cuidado atento e seguro, promovendo a privacidade e confidencialidade e o respeito pela sua intimidade.

Continuando na esfera do princípio do respeito pela autonomia, recordamos uma jovem que foi admitida na sala de emergência por uma autointoxicação medicamentosa como tentativa de suicídio. Visivelmente, encontrava-se perturbada emocionalmente. Um dos procedimentos preconizados nestas situações é a entubação nasogástrica que permite a realização de lavagem gástrica e a administração de carvão ativado, o qual deve ser administrado num curto espaço de tempo após a exposição à substância tóxica de forma a diminuir a sua absorção pelo organismo, minimizando as consequências que daí podem advir.

Em saúde a prática de qualquer ato requer informação e consentimento. A informação clara, objetiva e verdadeira é estruturante das decisões (Nunes, 2016a). Atente-se a que o direito à informação é um dos direitos salvaguardados na Constituição da República Portuguesa, no Código Civil e no Código Penal, assim como integra o texto da Lei de Bases da Saúde, onde na alínea e) da Base 2 reitera que todos as pessoas têm direito “A ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde” (AR, 2019: 56). Também no Artigo 105.º da Deontologia Profissional está preconizada a garantia da informação relativa aos cuidados de enfermagem. Deste modo, explicámos à doente a intervenção a realizar e o porquê da sua necessidade, a qual foi recusado. Ora, “o respeito pela autonomia leva à aceitação da vontade da pessoa informada” (Nunes, 2016a: 117). Porém, neste caso, tendo em conta o motivo que

esteve na base da sua vinda ao SU, estaria aquela jovem na posse das suas capacidades mentais para decidir sobre si mesma? Por outro lado, como refere Nunes (2016a: 27) “estar afetado por um ‘estado de espírito’ ao tomar uma decisão não é a mesma coisa que não poder tomar uma decisão”. Estávamos diante de um dilema. Dada a importância da celeridade das medidas a instituir, reforçamos a informação validando que a mensagem tinha sido compreendida pela doente e pedimos o apoio da especialidade de psiquiatria. Nesse ínterim, a doente recebeu a visita da irmã, com a qual, após deliberar sobre a situação, consentiu a realização das intervenções necessárias. No final, já com a doente encaminhada para o serviço de internamento, procedemos à análise do caso com a equipa presente, a propósito do estado de consciência da jovem e da sua autodeterminação, refletindo sobre os princípios e valores em conflito. Estes momentos de partilha contribuíram, indubitavelmente, para o nosso crescimento pessoal e profissional.

Considerando os princípios humanistas, não podemos deixar de fazer referência às questões ético-deontológicas decorrentes das condições estruturais do SUMC. Neste serviço, sobretudo na área de decisão clínica, o elevado número de doentes ultrapassa a capacidade designada para este espaço, o que determina, quase sistematicamente, a alocação de macas em áreas centrais partilhadas por diversos doentes, com graus de gravidade, consciência e orientação diferentes, sem qualquer barreira física entre eles, expondo-os ao olhar indiscreto de outros doentes, acompanhantes e profissionais. Perante este quadro questionámo-nos frequentemente sobre aspetos inerentes à dignidade da pessoa humana. Notoriamente, as premissas inerentes ao dever de sigilo profissional do enfermeiro explanado no Artigo 106.º da Deontologia Profissional, assim como o ao respeito pela intimidade e privacidade do doente, descrita no Artigo 107.º do mesmo documento, se encontravam comprometidas (OE, 2015a). Também a Lei de Bases da Saúde consolida estes deveres, defendendo que “A circulação da informação de saúde deve ser assegurada com respeito pela segurança e proteção de dados pessoais e de informação de saúde” (AR, 2019: 60). Esta realidade foi, de facto, um desafio e uma preocupação constante na nossa prática, que procurámos contornar encontrando estratégias que, apesar das circunstâncias do espaço físico, efetivassem e garantissem a privacidade ou, de um modo decerto mais realista, minimizassem a ‘invasão’ nestes doentes. Referimos como exemplos o uso das cortinas ou biombos ou a mobilização das pessoas para um local mais resguardado aquando da prestação de cuidados com necessidade de exposição corporal, o evitar que nos momentos de observação ou implementação de medidas terapêuticas estivessem junto da pessoa mais do que o número de profissionais necessário, ou mesmo o uso de um tom de voz baixo que não permitisse aos outros doentes o acesso a informações referentes à situação da pessoa.

Outros acontecimentos com os quais nos deparamos no decurso do estágio foram as situações de fim de vida. Reconhecemos os cuidados no final de vida, integrados na área do direito à vida e à qualidade de vida (Artigo 103.º da Deontologia Profissional) e no dever de respeito pela pessoa em situação de fim de vida (Artigo 108.º da Deontologia Profissional), como aqueles que tem como objetivo preservar a dignidade humana ao invés da integridade corporal ou saúde (Nunes et al., 2005).

Presenciamos casos em que dada a gravidade da situação, as intervenções e tratamentos seriam incapazes de alterar o prognóstico da doença. Outros, em que apesar das intervenções instituídas, não se verificaram benefícios, tendo sido suspensos por se revelarem prolongados e 'inúteis'. Nunes (2016a) afirma que persistir em medidas fúteis, traduz-se em adicionar sofrimento e ofender a dignidade humana. Assim, após discussão e com bases fundamentadas, eram iniciadas medidas de conforto e direcionadas as intervenções para o alívio do sofrimento das pessoas. Estas situações implicaram a reflexão de práticas como a obstinação terapêutica ou a distanásia.

No fim de vida, não é apenas o doente que necessita de cuidados, mas também os seus familiares que se encontram fragilizados. A comunicação com o doente ou família numa fase em que 'já não há nada a fazer' em termos curativos, é um desafio com elevada carga emocional (Pedreirinho et al., 2015). Perante estas situações adotamos uma atitude de respeito, de empatia, de escuta ativa, de disponibilidade, fornecendo a informação ajustada às capacidades de compreensão da pessoa. Na transmissão de más notícias podem existir contextos que requerem alguma prática e atenção, devendo o equilíbrio entre o direito à verdade e o princípio da beneficência ser garantido, de forma a não causar dano ou perturbação à pessoa, o que constitui o chamado 'privilegio terapêutico' – Artigo 157.º do Código Penal (AR, 1995).

Apesar das dificuldades e obstáculos inerentes ao SU, é possível fazer um bom trabalho e dar qualidade de vida a estes doentes (Pedreirinho et al., 2015), através de solidariedade, presença e atenção, dando um sentido ao tempo que falta viver (Nunes et al., 2005). Atualmente a nossa legislação preconiza o acompanhamento de um familiar à pessoa em final de vida (Nunes, 2016a). Sempre que foi possível autorizámos a presença da família junto do doente, demos-lhe espaço para ficarem sozinhos num ambiente protegido por cortinas que lhe proporcionavam alguma privacidade, permitindo despedir-se se esse fosse o caso. "Em última instância, a humanização da morte pode humanizar a vida" (Nunes et al., 2005: 128).

O desenvolvimento destas competências foi igualmente manifestado na concretização do PIP, em que cumprimos os princípios éticos da investigação, através da realização do pedido de autorização à Comissão de Ética do CH, solicitando o consentimento informado, livre e

esclarecido aos participantes, e garantindo a confidencialidade e anonimato dos dados (Apêndice I)

Constatámos que, com a experiência profissional de vários anos à PSC, muitos dos aspetos relacionadas com a responsabilidade profissional e com os princípios éticos encontram-se já enraizados na prática clínica diária. No entanto, cada dilema ético traduz-se numa situação única e singular, sem precedentes ou regras anteriores que se adequem totalmente (Gândara, 2004). Destarte, encarámos cada situação vivenciada no decorrer do estágio, como uma oportunidade de aprendizagem, de reflexão e de amadurecimento ético. Ambicionando a excelência do exercício da profissão (Artigo 109.º da Deontologia Profissional), pautámos este percurso pela análise regular do trabalho desenvolvido, pelo reconhecimento das melhorias a efetivar, pela atualização contínua dos conhecimentos, pela prática baseada em evidência garantindo a segurança dos cuidados prestados e pelo foco na humanização das vivências práticas, assumindo a pessoa em toda a sua dimensão e vulnerabilidade (Artigo 110.º da Deontologia Profissional) (OE, 2015a).

Consideramos assim, ter alcançado com sucesso as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e a terceira competência de mestre em enfermagem aqui em análise.

3.1.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

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

B2. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria clínica;

B3. Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Competência de mestre em enfermagem

5. Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, na sua Base 2, determina o direito de todas as pessoas “A aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde”. Também o SNS deve pautar a sua atuação por vários princípios, entre os quais o da “Qualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na

evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa” (AR, 2019: 56).

Importa, portanto, conceder a devida e atual relevância à qualidade e à segurança na saúde.

Reconhecendo o importante contributo dos enfermeiros para a qualidade em saúde, já em 2001 a Ordem dos Enfermeiros definiu os “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, que se constituem como um referencial que orienta o exercício profissional na procura da excelência do cuidar (Ribeiro et al., 2017). Os enunciados descritivos apresentados foram divididos em seis categorias: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem, e são para os doentes o quadro de garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Em Portugal temos em vigor um Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, que tem como objetivo promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, integrando os princípios de uma cultura de segurança, da comunicação, de implementação continuada de práticas de qualidade e seguras em ambientes cada vez mais complexos (MS, 2021).

Para o desenvolvimento das competências em análise, considerámos pertinente revisar os documentos que enquadram a temática da qualidade em saúde. Também os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares Gestão em Saúde e Governação Clínica, Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e Investigação em Enfermagem, se revelaram fundamentais. Acrescentamos ainda como contributo, a nossa participação no 2º Congresso Internacional “Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade” (Anexo II) onde foram apresentadas e analisadas temáticas relacionadas com a segurança na organização dos cuidados de enfermagem, a satisfação do doente, a promoção da saúde, prevenção de complicações e o bem-estar e autocuidado.

Os SU caracterizam-se por serem ambientes complexos e desafiadores, devido ao carácter urgente das intervenções, à elevada afluência e à pressão que existe sobre os profissionais (Neiva, 2021). O SU, como contexto de prestação de cuidados à PSC num cenário altamente tecnológico, exige um atualizado e elevado nível de conhecimentos fomentadores de uma resposta adequada, segura e em tempo útil.

O facto da nossa experiência profissional ter sido sempre em contexto de cuidados à PSC, atualmente em cuidados intensivos e anteriormente neste SUMC, foi claramente facilitador na familiarização com os recursos materiais e meios tecnológicos disponíveis, bem como com determinados procedimentos de alguma complexidade, o que contribuiu para um melhor

desempenho na abordagem à PSC e, por conseguinte, uma maior segurança e qualidade nos cuidados prestados.

Ainda assim, por forma a correspondermos aos padrões de qualidade exigidos para um enfermeiro especialista em EMC-PSC e devido às especificidades deste serviço, procurámos, numa fase preliminar, conhecer as normas e protocolos instituídos no SUMC, assim como, tomar conhecimento dos principais projetos de melhoria em vigor naquele serviço. Investimos igualmente numa pesquisa constante e no aprofundamento de conhecimentos relacionados com o cuidado à PSC.

Assumindo a importância dos cuidados baseados nos conhecimentos mais atualizados para o alcance de cuidados de excelência, Larrabee (2011) realça que os enfermeiros devem envolver-se em atividades que conduzam à mudança para a PBE.

Neste sentido, destacámos o desenvolvimento do PIP, que se enquadra no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, uma vez que assumiu como objetivo a promoção da segurança e qualidade dos cuidados prestados à pessoa com TCE na sala de emergência. Para tal, criámos uma proposta de protocolo de atuação fundamentado com a mais recente evidência científica. No reforço da qualidade em saúde, as normas e orientações clínicas, constituem-se um importante recurso, na medida em que proporcionam decisões mais informadas e sustentadas em evidência, tanto na prática clínica, como na gestão e decisão. A incerteza, o risco e a inconstância são reduzidos, tornando a decisão mais simplificada e, consequentemente, a qualidade do atendimento melhora (DGS, 2012).

É de salientar, que durante a prática clínica, foi iniciado o processo de certificação da sala de emergência. O processo de certificação conduzido pelo Departamento da Qualidade na Saúde da DGS, tem como padrão de referência a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, e atesta a conformidade de atuação de uma unidade relativamente a requisitos específicos, como infraestruturas, equipamentos, segurança do doente, protocolos e processos de atendimento (DGS, 2020). Deste modo, enquanto ferramenta promotora da segurança e qualidade, acreditamos que o protocolo desenvolvido dará um contributo positivo na certificação da qualidade neste setor de trabalho.

Ainda em relação ao PIP, gostaríamos de acrescentar que a sua realização em contexto de estágio, capacitou-nos e motivou-nos para o desenvolvimento de futuros projetos na esfera profissional. A título de exemplo, consideramos que seria uma oportunidade, no âmbito da mesma temática do PIP, desenvolver um projeto direcionado para o contexto de cuidados intensivos, uma vez que o tratamento à pessoa com TCE admitida na sala de emergência é continuado na UCI, e sabendo que a lesão secundária pode levar dias a desenvolver-se, é igualmente relevante a intervenção do enfermeiro neste contexto.

No que concerne à promoção de um ambiente terapêutico e seguro, o enfermeiro especialista deve considerar “a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (OE, 2019b: 4747). Também Benner et al. (2011), apontam a segurança como uma prioridade e dever dos enfermeiros, admitindo que a monitorização, a vigilância e a promoção da segurança do doente são premissas elementares do cuidar em enfermagem.

A gestão de risco, intimamente relacionada com a segurança do doente, anuncia-se um dos elementos estruturantes e cruciais da qualidade dos cuidados de saúde.

Neste campo, privilegiámos a adoção de uma postura atenta e rigorosa, através da aplicação de estratégias como: o uso individualizado de recursos materiais, a segurança na validação e utilização da terapêutica, a implementação de medidas de prevenção de quedas e prevenção de úlceras de pressão, o cumprimento das medidas de controlo e prevenção da infeção e o cumprimento de protocolos e algoritmos de atuação. A garantia de identificação inequívoca dos doentes, que deve ter lugar antes do início de qualquer intervenção, foi também nossa preocupação durante a prestação de cuidados, prevenindo, deste modo, a ocorrência de incidentes adversos, como erros na administração de terapêutica ou hemoderivados, troca de produtos para análise, enganos na comunicação de informação clínica. Pela sua importância, existe no CH uma norma de procedimento, cujo cumprimento é auditado.

Ainda no âmbito da segurança, não podíamos deixar de dedicar especial atenção à comunicação. “A comunicação eficaz e eficiente numa instituição de saúde é um dos principais pilares para a promoção de cuidados seguros” (DGS, 2022b: 29). De modo a assegurar a continuidade dos cuidados e prevenir a ocorrência de incidentes resultantes de quebras de informação, sobretudo nos momentos de transição de cuidados como as passagens de turno ou transferências, recorreremos à técnica ISBAR como metodologia de comunicação segura, assim como investimos na elaboração de registos de enfermagem completos e individualizados, indo de encontro à norma da instituição e recomendação da DGS (DGS, 2017).

Outro aspeto a referir, igualmente promotor de cuidados seguros, foi a realização de auditorias, nomeadamente ao carro de emergência, aos kits existentes na sala de emergência para utilização rápida em diversos procedimentos, ao carro de via aérea difícil e aos kits de catástrofe. Além destes, colaborámos nas auditorias ao cumprimento do protocolo da via verde AVC, assim como na divulgação dos resultados à equipa.

No CH existe um grupo de Gestão de Risco, dedicado à monitorização de incidentes ou eventos adversos. A notificação é realizada de forma anónima, numa plataforma informática, e

visa facilitar aos profissionais a identificação de riscos potenciais, eventos adversos ocorridos, e ambientes inseguros. A notificação dos eventos evidencia-se relevante para a segurança, quer do doente e família, quer dos profissionais, pois além de promover a aprendizagem com o erro, permite que se implementem ações de melhoria (DGS, 2022b). Neste ponto, damos o exemplo de alguns eventos que foram alvo da nossa notificação: identificação de uma ampola de lidocaína no compartimento das ampolas de soro fisiológico, ou seja, medicamentos *LASA (look-alike e sound-alike)* em que o aspeto era semelhante; risco de ocorrência de infeção associada aos cuidados de saúde, assim como de ocorrência de erros, devido à sobrelotação de doentes na área de decisão clínica; identificação de avaria num laringoscópio; entre outros. Porém, apurámos junto do responsável pela gestão de risco, que existe pouca notificação por parte dos profissionais de saúde, pelo que foi tema que mereceu a nossa intervenção em situações pontuais junto dos nossos pares.

A formação profissional do CH contempla a realização de momentos formativos periódicos neste âmbito. Assim, tivemos a oportunidade de participar na formação “Governança Clínica e Segurança do Doente” (Anexo III) em que foi abordado o Programa Nacional para a Segurança do Doente, a governança clínica no CH, a problemática do erro, o sistema de notificação de eventos adversos e a comunicação na segurança do doente.

Ao longo do estágio, pudemos perceber o papel ativo e diferenciador que os enfermeiros especialistas do SUMC assumem na área da governança clínica e em programas de melhoria contínua. Damos como exemplos: o projeto implementado no SUMC do “Curso das Vias Verdes”; a participação na elaboração do Plano de Catástrofe Externa e o desenvolvimento de simulacros de treino; a responsabilidade pela formação em serviço; e as auditorias às práticas de controlo de infeção.

Sublinhamos que, apesar da responsabilidade pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados tocar a cada profissional, compete às instituições de saúde criar as estruturas e proporcionar as condições que obviem ao exercício profissional de qualidade (OE, 2001).

Da fundamentação apresentada, consideramos ter desenvolvido as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, assim como a de mestre em enfermagem aqui visada.

3.1.3 Competências do domínio da gestão de cuidados

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

C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Competência de mestre em enfermagem

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

“O ambiente de saúde é complexo e dinâmico”. Os enfermeiros têm de ser capazes de promover o valor da enfermagem, estando preparados para participar inteiramente no planeamento, política e gestão da saúde, assumindo novos desafios. “Os enfermeiros que são líderes competentes têm a capacidade de melhorar os serviços de cuidados de saúde do presente e de modelar os serviços do futuro” (OE, 2007b: 3).

Na enfermagem, a gestão do trabalho do enfermeiro apresenta duas dimensões que se complementam entre si: a dimensão da gestão, em que as ações são direcionadas para a organização do trabalho e dos recursos humanos, e a dimensão da assistência, cujo foco de intervenção são as necessidades de cuidado da pessoa (Mororó et al., 2017).

Do enfermeiro especialista é esperado que realize “a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”, adequando “os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019b: 4748).

No sentido de fomentar a aquisição de competências na área da gestão, realizámos um turno de observação onde tivemos a oportunidade de acompanhar as funções exercidas pelo enfermeiro chefe do SUMC. Antes de iniciar o turno, o enfermeiro chefe percorre todos os setores do SUMC para ter uma visão global do serviço, e em função disso, realiza o planeamento e organização do trabalho dos enfermeiros. O seu principal objetivo é garantir as condições favoráveis para a prestação de cuidados adequados, seguros e de qualidade. Seguidamente foi possível observarmos a gestão de recursos humanos, nomeadamente a realização de horários dos enfermeiros e assistentes operacionais e a validação de assiduidades e de trocas de turno, e a gestão de recursos materiais, relativamente à requisição de material de consumo clínico e terapêutica e ao pedido de reparação de equipamentos. Além destas, as funções do enfermeiro chefe envolvem outras dimensões como a gestão das relações, a resolução de problemas e conflitos dentro e fora da equipa, atuando como elemento facilitador da comunicação. Descreveu-se como sendo um líder democrático, todavia, com necessidade de adotar um estilo de liderança autocrática perante algumas situações.

Na ausência do enfermeiro chefe, o papel de líder é assumido pelos chefes de equipa, função maioritariamente atribuída a enfermeiros especialistas, conforme o preconizado no

Parecer n.º 01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade em EMC (OE, 2017a).

A nossa prática de cuidados durante o estágio apenas aconteceu nos turnos da manhã, das 8h às 16h, nos dias de semana, uma vez que era este o horário laboral da enfermeira orientadora. Nestes turnos, estava sempre presente o enfermeiro chefe ou, na sua ausência, o enfermeiro subchefe, pelo que os enfermeiros chefes de equipa ficavam na prestação de cuidados alocados a um setor. Deste modo, não nos foi possível observar e analisar diretamente as funções desempenhadas e estilos de liderança dos mesmos. No entanto, em reflexões conjuntas com a enfermeira orientadora e com os próprios enfermeiros responsáveis de equipa, foi possível conhecer algumas das suas funções. Assim, cabe a estes elementos, a elaboração de um plano de trabalho mensal com a distribuição dos elementos da sua equipa pelas diferentes áreas de prestação de cuidados, tendo em conta aspetos como o nível de competência de cada elemento de forma a garantir um equilíbrio nos diversos setores de trabalho e a rotatividade pelas mesmas. Esta distribuição pode ser alterada mediante as circunstâncias e os recursos humanos disponíveis em cada turno. Quando assumem as funções de gestão e liderança, os chefes de equipa supervisionam e gerem o trabalho da equipa, são solicitados em situações de tomada de decisão mais complexas e articulam-se com a equipa prestando apoio nas áreas de maior necessidade.

Não obstante, a interiorização e consolidação do papel de líder assumido pelo enfermeiro especialista efetivou-se essencialmente através da observação do desempenho da enfermeira orientadora. Embora não sendo chefe de equipa devido ao horário fixo, assumia diversas responsabilidades no SUMC, sendo um dos seus compromissos a organização e funcionamento da sala de emergência, setor onde maioritariamente decorreu o estágio. Este facto possibilitou-nos um vasto conjunto de experiências na área de gestão, nomeadamente: a gestão de recursos materiais, sendo que diariamente procedíamos à reposição de material e ao pedido de fármacos, assim como verificávamos a funcionalidade dos diversos equipamentos, de forma a garantir o melhor atendimento possível aos doentes durante as situações de emergência; a organização do trabalho e a clarificação de papéis, otimizando a resposta da equipa; a construção do espírito de equipa; a gestão de cuidados ao doente admitido na sala de emergência; e o contacto próximo com as tomadas de decisão face às necessidades surgidas.

Notavelmente, a enfermeira orientadora era considerada um elemento de referência no seio da equipa, com uma ampla experiência e formação na área dos cuidados à PSC, contribuindo para a “correta execução de cuidados técnicos de alta complexidade” e para a “gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos”, sendo muitas vezes solicitada para

esclarecimento de dúvidas e participação em processos de tomada de decisão (OE, 2015b: 17242). Deste modo, testemunhámos que o enfermeiro especialista tem a responsabilidade de ser um modelo para os seus pares, quer na esfera da gestão, quer na implementação de intervenções especializadas e de alta qualidade com rigor técnico-científico (OE, 2015b). Acompanhar todo este processo de gestão, revelou-se um verdadeiro investimento na área da liderança e governação clínica.

Aludindo à prestação de cuidados, a enfermeira orientadora demonstrou uma conduta promotora da nossa autonomia. Por diversas ocasiões assumimos a liderança na gestão dos cuidados aos doentes admitidos na sala de emergência, sob a sua supervisão. Assim, assumimos uma atitude proativa na organização do trabalho e coordenação da equipa, na tomada de decisões fundamentando-as em conhecimentos científicos, na delegação de tarefas e avaliação da sua execução e na utilização dos recursos de forma eficiente. O pensamento crítico que guiou a nossa prática favoreceu uma melhor gestão dos cuidados ao longo do tempo.

É indiscutível o dever do enfermeiro de “Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega”, decorrente da deontologia profissional (OE, 2015a: 81). Assim, assumindo a responsabilidade como princípio orientador da nossa prática, procurámos orientar as decisões operando “a síntese entre os conhecimentos, a ação e os seus efeitos” (Nunes et al., 2005: 80), assegurando que as tarefas delegadas foram cumpridas e os resultados da ação foram avaliados, de forma a garantir a qualidade dos cuidados.

Recordo uma situação em que foi admitido um doente com sintomatologia sugestiva de AVC tendo sido acionado o protocolo da via verde AVC. O principal objetivo da via verde AVC é possibilitar aos doentes o acesso a um diagnóstico precoce e ao tratamento fibrinolítico dentro da janela terapêutica, quando indicado (Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto Comissariado da Saúde, 2007). Uma vez ocorrida a lesão isquémica, os processos patológicos desencadeiam-se de uma forma muito rápida e os tratamentos alcançam maior êxito num espaço temporal limitado. A resolução da causa subjacente ao défice neurológico, possibilita a recuperação neurológica reduzindo o tempo de internamento e os custos humanos, sociais e materiais, promovendo uma melhor qualidade de vida ao doente. Logo, o tempo que decorre desde a chegada do doente ao SU até ao início do tratamento (o chamado tempo porta-agulha) deve ser o menor possível, exigindo dos profissionais uma adequada capacidade de resposta (Nunes, 2014). O tempo porta-agulha é um indicador de qualidade dos cuidados, alvo de monitorização e auditoria no SUMC, dado que a UH aderiu ao projeto *Angels Initiative*.

Uma vez que recebemos um pré-aviso da chegada do doente, antecipadamente organizámos a equipa e dividimos tarefas. Enquanto nos era transmitida a história do doente

(essencial para conhecermos o tempo de início de sintomas, que influencia o tratamento a instituir), um enfermeiro ficou na via aérea e monitorização de sinais vitais e outro na punção de um acesso venoso periférico e colheita de amostras sanguíneas. Tínhamos presente que a prioridade era levar o doente para o serviço de radiologia para realização de TC-CE e confirmação do diagnóstico. À assistente operacional, pedimos que retirasse as peças metálicas ou próteses que o doente tivesse. Na validação da tarefa delegada, verificámos que o doente mantinha a prótese dentária, tendo sido retirada de seguida. A não realização desta tarefa, poderia ter interferido no tempo de realização da TC-CE, interrompendo ou atrasando a sua execução. No que respeita ao AVC, cada minuto é valioso, afinal, como reforça a expressão, 'Tempo é cérebro'. Após a análise sobre a prática, pudemos perceber a falha e o constrangimento que daí poderia ter advindo, e embora não tivesse acontecido, serviu para refletirmos, aprendermos e crescermos como profissionais.

Ainda relacionado com a gestão de cuidados, ao longo do estágio, procurámos participar nos processos de tomada de decisão em equipa demonstrando a nossa perspetiva fundamentada, e sempre que foi oportuno, disponibilizámos assessoria aos nossos pares, nomeadamente em procedimentos mais específicos da área dos cuidados intensivos, em que orientámos, esclarecemos e exemplificámos quando necessário.

Fomos também capazes de reconhecer situações em que se adequava a referenciação para outros profissionais, como por exemplo, pedimos o apoio da terapeuta da fala para avaliação da deglutição de um doente com AVC, no sentido de sabermos se poderia iniciar dieta via oral.

Com base no exposto, consideramos que as atividades desenvolvidas contribuíram para a aquisição das competências enquadradas no domínio da gestão de cuidados e da primeira competência de mestre.

3.1.4 Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1. Desenvolve o autoconhecimento e assertividade;

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Competências de Mestre em Enfermagem

2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

6. *Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.*

O último domínio das competências comuns do enfermeiro especialista relaciona-se com o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, em que é esperado que o enfermeiro demonstre capacidade de autoconhecimento e assertividade e que alicerce a sua prática clínica e tomada de decisão em evidência científica (OE, 2019b).

Segundo Phaneuf (2005: 3), a competência aplicada ao domínio da enfermagem encerra duas condições principais: “a mobilização das capacidades pessoais da enfermeira” e “a mobilização dos seus saberes e saber-fazer aplicados aos cuidados de enfermagem”. Para se poderem mobilizar as capacidades pessoais, é imperativo conhecermo-nos em primeiro lugar e tomar consciência de que as possuímos, por forma a desenvolver a competência relacional (Phaneuf, 2005).

Também Chalifour (2008) se refere à importância da competência relacional na parceria enfermeiro e doente, afirmando que para o enfermeiro conseguir lidar com um momento de crise necessita de ter um autoconhecimento de si próprio, do seu papel dentro da relação e ter segurança nos fundamentos teóricos que suportam a sua prática.

Assim, uma autorreflexão sobre as várias essências da nossa personalidade, o esclarecimento de valores e sentimentos, o sentido de ética e responsabilidade, assim como o *feedback* dos outros, permite-nos descobrir quem somos e o que precisamos de fazer para melhor nos atualizarmos, assim como alcançar os preceitos da humanização (Chernicharo et al., 2011; Phaneuf, 2005).

Ao longo de 19 anos de exercício profissional caracterizado na vivência do cuidar a PSC e família, reconhecemos que trabalhar neste contexto é um desafio constante, em que os processos vivenciados são complexos, intensos e exigentes, envolvendo elevados níveis de *stress*, que conduzem a desgastes físicos e emocionais.

Ora de há muito, temos para nós que no início da atividade profissional, o foco do enfermeiro passa maioritariamente pelo conhecimento científico e componente técnica, e as questões emocionais vão ganhando valor com o tempo. O estudo de Benner & Wrubel (1989) reforça esta ideia destacando que o nível de experiência e perícia dos enfermeiros está ligado à gestão das emoções na prática de cuidados, e aqueles que são peritos tendem a envolver-se com os doentes atribuindo uma grande importância às emoções na sua prática. Assim, consideramos que a experiência que adquirimos ao longo dos anos, e que transformámos em aprendizagem, se revelou facilitadora perante as diversas situações em contexto de estágio,

nomeadamente no reconhecimento das nossas próprias emoções e sentimentos, na mobilização de estratégias face a situações emocionais perturbadoras, na comunicação com o doente e família e na relação com os elementos da equipa multidisciplinar. No entanto, cada situação é singular, cada história é única, cada doente e família são diferentes, e os nossos valores e sensibilidade mantêm-se perante as situações, pelo que entendemos que o amadurecimento pessoal e profissional na esfera das relações é um *continuum*, sendo que as unidades curriculares EMC1 e Relação de Ajuda foram de particular relevância no desenvolvimento desta competência.

Ainda relativamente ao autoconhecimento, direcionado para a parte técnico-científica, logo no início do estágio foram reconhecidas áreas em que sentíamos menos confiança, como por exemplo os protocolos das vias verdes. A via verde coronária e, principalmente, a via verde AVC, representam uma elevada casuística na sala de emergência e, perante este facto, investimos numa pesquisa mais aprofundada sobre a temática e procurámos rentabilizar cada oportunidade no desenvolvimento de competências nessa área. Portanto, desde logo imperou o bom-senso e fomos capazes de reconhecer os nossos limites e aceitar as dificuldades, associando a humildade para pedir e aceitar ajuda quando necessário. As estratégias utilizadas revelaram-se favoráveis à nossa evolução, assumindo posteriormente a gestão destes doentes de forma autónoma.

De acordo com Correia (2013), é importante o esforço do enfermeiro em se autoavaliar e autoinformar, assim como em questionar a prática como experiência de aprendizagem, fazendo da reflexão orientada uma importante estratégia formativa. Um dos aspetos que se revelou particularmente frutífero na nossa evolução como pessoa e profissional foi a prática reflexiva individual e partilhada com a enfermeira orientadora. Desde o aprofundamento do conhecimento de nós próprias, das nossas competências e limitações, às situações práticas e aprendizagens delas decorrentes, estes momentos de análise espelharam-se na melhoria da assertividade na interação com o outro, numa elevada adaptabilidade individual e organizacional e num melhor desempenho dos cuidados. Fomos assim de encontro do Artigo 109º da Deontologia Profissional que enuncia o dever do enfermeiro de “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (OE, 2015a: 86).

Pelo exposto, acreditamos ser capazes de apreciar o nosso desempenho e perceber qual é o olhar do outro sobre nós, o que contribui para o desenvolvimento de competências individuais e competência coletiva, revestindo-se de grande importância para potenciar um contexto de ação promotor de sinergias (Correia, 2013).

Ainda no domínio das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista deve possuir um corpo de conhecimentos atualizado que lhe possibilite a identificação de problemas reais e potenciais e a resolução das necessidades identificadas (Benner et al., 2011), evidenciando-se por uma práxis baseada em evidência.

É consensual que os enfermeiros apresentam uma atitude favorável face à PBE, considerando que a transferência dos resultados da investigação para a prática clínica aprimora a qualidade dos cuidados de saúde e aumenta a segurança das intervenções, beneficiando os resultados para o doente e a redução de custos (Camargo et al., 2018). Contudo, apesar do crescimento do volume de pesquisas em Enfermagem e da existência de modelos que ajudam os profissionais na aquisição de novos conhecimentos e habilidades para realizar as mudanças que a prática requer, como o conhecido MMPBE (Larrabee, 2011), não se verificou impacto significativo na prática no contexto clínico (Camargo et al., 2018).

Neste sentido, Larrabee (2011) identifica barreiras que podem influenciar a integração da PBE no exercício profissional dos enfermeiros, nomeadamente a carência de tempo e recursos, a sobrecarga de trabalho, o comprometimento dos níveis de gestão das organizações e a resistência à mudança de práticas. A autora acrescenta que a obtenção da qualidade do cuidado e dos melhores resultados para o doente muitas vezes se encontra em atraso, em razão do longo período entre a disseminação dos achados da pesquisa e a aplicação da mudança na prática. Impõe-se, assim, a necessidade de esforços deliberados e conscientes para o sucesso da PBE.

Tendo em conta a complexidade e imprevisibilidade características do contexto de estágio, a edificação da competência em análise foi, desde o início, estruturada por uma atualização constante de conhecimentos através da pesquisa da melhor evidência, da revisão de documentos reguladores da profissão e das políticas de saúde vigentes, impulsionados pela motivação de desenvolver uma PBE.

Através da realização do PIP procurámos ir ao encontro desse desígnio, sendo que uma das principais estratégias desenvolvidas consistiu na elaboração de uma revisão *scoping*, em que se identificou a evidência pertinente e mais atual sobre a intervenção à pessoa com TCE em contexto de sala de emergência. Deste processo resultou a produção de um artigo, estruturado de acordo com o estabelecido pela revista elegida para submissão, intencionando a sua publicação e a disseminação da investigação. Neste percurso, os conhecimentos adquiridos na unidade curricular de Investigação, assim como a participação num Workshop de Revisão sistemática da literatura (Anexo IV), revelaram-se fundamentais.

Integrado no PIP, realizámos também uma ação de formação em serviço à equipa de enfermagem do SUMC, cuja finalidade era contribuir para a disseminação de conhecimentos e

formação dos nossos pares. Para alcançar este propósito, contamos com os conhecimentos adquiridos na unidade curricular Formação e Supervisão em Enfermagem, que se revelaram particularmente úteis.

No âmbito do desenvolvimento da competência em análise, é imperioso abordar a importância da formação contínua. A OE (2021) reconhece o papel basilar da formação profissional na dotação de competências e conhecimentos que preparem os enfermeiros para os novos desafios, áreas de intervenção e responsabilidades num contexto de mudança cada vez mais exigente, considerando que a formação contínua é essencial no alcance de um exercício profissional de excelência.

Durante o curso de mestrado tivemos oportunidade de participar em alguns eventos formativos que considerámos relevantes para o nosso desenvolvimento profissional, dos quais mencionamos alguns: “2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica” (Anexo V); Webinar da OE: “A Supervisão Clínica como Estratégia para o desenvolvimento Profissional” (Anexo VI); Webinar da OE: “Investigação em Enfermagem” (Anexo VII); Formação em Serviço: “Estratégias de comunicação com a pessoa em situação crítica e a família” (Anexo VIII). Acautelando a repetição de conteúdos, optámos por fazer referência às restantes formações ao longo da análise da aquisição de competências nos diferentes domínios, consoante as temáticas.

Salientamos ainda que, fruto da unidade curricular EMC3, elaborámos, em co-autoria com colegas do mestrado, um póster intitulado “*Bioterrorismo: Uma ameaça real. Estamos preparados?*”, que foi apresentado em comunicação livre no “1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra” (Anexos IX e X). O resumo da revisão será publicado em formato *ebook*, pela organização do congresso.

Face ao mencionado, consideramos ter adquirido as competências de enfermeiro especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e as de mestre interrelacionadas.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Considerando a ampla abrangência da especialidade em EMC, bem como, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em diferentes áreas, em 2018 a OE reconheceu a necessidade de especificar as competências de acordo com o alvo e contexto de intervenção. Assim, tal como explanado no Regulamento n.º 429/2018, na área da PSC, a

especificidade dos cuidados de enfermagem pode advir de uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, sendo descritos como altamente qualificados “à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018: 19359). Visando o construto destes cuidados, foram definidas pela OE, competências específicas para esta área particular da EMC que incluem: 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 intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018).

Posto isto, prosseguimos com a análise reflexiva da aquisição das três competências em epígrafe.

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

O SUMC é composto por várias áreas de prestação de cuidados, tal como descrevemos no primeiro capítulo deste documento. No entanto, no desempenho da prática clínica integrámos maioritariamente a sala de emergência, onde, efetivamente, eram admitidos os doentes em falência ou na iminência de falência das funções vitais, ou seja, a PSC. Ainda assim, tivemos a oportunidade de passar e colaborar nos outros setores de forma a conhecer a intervenção do enfermeiro, as prioridades e a dinâmica inerente a cada um dos postos de trabalho.

No que respeita à prestação de cuidados de enfermagem à PSC, podemos depreender que o seu carácter complexo impõe uma necessidade de “deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos” (OE, 2018: 19360).

Na sala de emergência, tal como expectável, surgiram situações que exigiram uma atuação imediata e uma diversidade de intervenções complexas, como foi o caso de situações de paragem cardiorrespiratória, queimados, intoxicações ou vias verdes AVC, coronária e trauma.

Concordamos com Correia (2013: 132) quando refere que “as experiências de cuidados não se constituem vivências isoladas no momento e no tempo em que ocorrem. Elas comportam tempos já passados, com referências de ordem profissional mas também de

natureza pessoal”, podendo legitimar esta afirmação no decorrer do estágio. As experiências vivenciadas durante o nosso percurso profissional dedicado à prestação de cuidados à PSC e família em contexto de urgência e UCI, equiparam-nos de alicerces que nos permitiram mobilizar conhecimentos, habilidades e julgamento clínico de forma a responder assertivamente e em tempo útil perante as situações de saúde complexas, nomeadamente na identificação e antecipação de focos de instabilidade, na intervenção precoce, precisa e eficiente, no diagnóstico de complicações, na execução de procedimentos técnicos de elevada complexidade e na atenção à pessoa de uma forma holística (OE, 2018).

Como exemplo de cuidados técnicos de alta complexidade mencionamos alguns que tivemos a oportunidade de executar no SUMC: monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva; colocação e manutenção de cateter venoso central e cateter arterial; entubação endotraqueal e manutenção da via aérea artificial; ventilação mecânica invasiva e não invasiva; compressões torácicas; administração de terapêutica de emergência; gestão de sedação e analgesia; realização e interpretação de gasometrias arteriais; colocação de dreno torácico; realização de punção lombar; entre outros.

Para avaliação e identificação de focos de instabilidade da PSC, privilegiámos a abordagem sistematizada através da metodologia ABCDE. A sua adoção prioriza a identificação e correção de situações que representam risco de vida uniformizando procedimentos. Simultaneamente, constitui uma ferramenta que promove uma comunicação comum entre os profissionais e diminui o risco de ocorrência de erros, garantindo melhores resultados para a pessoa (Brown et al., 2021).

Embora já tivéssemos frequentado cursos de SAV e trauma anteriormente, no âmbito da unidade curricular EMC4 tivemos oportunidade de atualizar os nossos conhecimentos e habilidades neste campo, através da concretização dos cursos teórico-práticos realizados, com certificação reconhecida internacionalmente (Anexo XI; Anexo XII). De acordo com o Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] & Departamento de Formação em Emergência Médica (2020: 12) “os conhecimentos técnicos e competências (...) deterioram-se em cerca de 6 meses, caso não haja atualização”, pelo que podemos afirmar que a frequência das formações mencionadas se revelou substancial, na medida em que nos capacitou para atuar prontamente e em conformidade perante as situações desta natureza que foram vivenciadas.

Neste sentido, relembramos a intervenção a uma vítima de acidente de viação, do qual resultou trauma torácico e TCE. Mobilizando os conhecimentos adquiridos no curso de trauma, participámos de forma proativa, num trabalho em equipa, com uma resposta organizada e eficaz. Sendo a temática desenvolvida no âmbito do PIP, estivemos despertas para aspetos específicos relacionados com o TCE, atuámos de forma segura nos focos de instabilidade e na

implementação de medidas de prevenção de lesões secundárias, contribuindo assim para a qualidade dos cuidados prestados a esta pessoa.

Dos diversos protocolos terapêuticos complexos que colocámos em prática, os maiores desafios e ganhos prenderam-se com o desenvolvimento de competências relacionadas com a via verde coronária e AVC, administração de terapêutica fibrinolítica e abordagem ao doente queimado, uma vez que são intervenções que estão fora do nosso domínio de cuidados no contexto de trabalho. Constatámos que recorrer a protocolos uniformizados e do conhecimento de todos, contribuiu para um trabalho de equipa eficiente e sincronizado e para uma prestação de cuidados mais segura. Apesar de reconhecerem a importância da existência de protocolos, Benner et al. (2011) defendem que a sabedoria clínica procedente da experiência prática é um forte elemento no sucesso das intervenções. Neste sentido tivemos o privilégio de enriquecer profissionalmente através das diferentes partilhas de saberes e experiências com colegas de referência no SUMC.

De salientar que frequentamos o “Curso de Vias Verdes”, dividido em 4 ações de formação: “Vias Verdes – AVC” (Anexo XIII), “Vias Verdes – Coronária” (Anexo XIV), “Vias Verdes – Sepsis” (Anexo XV) e “Vias Verdes – Trauma” (Anexo XVI), que em muito facilitou a consolidação dos conhecimentos nessas áreas e um melhor desempenho na prática.

Reconhecemos igualmente, o importante contributo da unidade curricular de Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada, em articulação com a unidade curricular EMC2, no aprofundamento de conhecimentos dos processos fisiopatológicos inerentes à PSC e na sua transposição para a prática.

No decorrer do estágio, tivemos ainda oportunidade de assegurar o transporte intra-hospitalar da PSC, acompanhando-a na realização de exames complementares de diagnóstico e na transferência para outros serviços. Este processo exigiu-nos um pensamento crítico, direcionado à antecipação e prevenção de problemas, sobretudo relacionados com o equipamento, terapêutica ou estado hemodinâmico da pessoa.

Numa época em que urge como prioridade das instituições de saúde a qualidade e a melhoria da cultura de segurança, importa assegurar cuidados de saúde mais seguros, identificando riscos e implementando ações de melhoria (Sousa, 2019). O transporte do doente crítico pode consistir num período de grande instabilidade para a pessoa, de agravamento da situação clínica e de surgimento de complicações. Neste contexto, já em 2008 a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, identificaram os erros mais comuns subjacentes a esta prática e elaboraram normas de boas práticas no transporte do doente crítico, que consultámos e nos serviram de referencial (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2008). Neste âmbito, frisamos ainda a participação

na formação profissional do CH "Transporte de Doente Crítico" (Anexo XVII), que se revelou de grande utilidade na melhoria da nossa intervenção nestes cenários complexos, em que pequenas alterações podem induzir grandes instabilidades. A título de novidade, apenas menciono que a norma acima referenciada, foi atualizada recentemente, no mês de março de 2023.

Enquanto quinto sinal vital, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa foi um aspeto que tivemos sempre presente. Reconhecendo a inquestionável importância da dor como sinal de lesão ou disfunção orgânica e a necessidade de melhorar a abordagem da dor em todos os níveis de prestação de cuidados, a DGS (2017b) criou o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da dor, no sentido de reduzir o impacto que a dor pode ter no sofrimento da pessoa, incapacidade e perda de qualidade de vida, podendo ultrapassar a própria pessoa e envolver a família e cuidadores.

Na PSC a dor está quase sempre presente, pelo que a sua avaliação, monitorização e tratamento se torna fundamental (Teixeira & Durão, 2016). Assim, através do uso de escalas de avaliação da dor e da atenção dada às evidências fisiológicas e emocionais de desconforto, identificámos a sua presença e intensidade e agimos em conformidade. Aplicámos medidas de controlo da dor e promoção do bem-estar através de terapêutica, por exemplo em casos de trauma, queimadura, enfarte agudo do miocárdio e situações em que houve necessidade de realizar técnicas invasivas, assim como, proporcionámos medidas não farmacológicas para alívio da mesma, nomeadamente através da otimização de posicionamento ou massagem corporal, com posterior avaliação das estratégias implementadas. Na sala de emergência utilizámos diferentes escalas de avaliação da dor, adequando-as ao estado de consciência da pessoa, mais especificamente, a escala visual analógica e a escala numérica para as pessoas conscientes, e a escala *Behavioral Pain Scale* [BPS], para aquelas que se encontravam sob entubação endotraqueal, sedadas e incapazes de comunicar.

De referir que no sistema Alert[®] não se encontra incluída a escala BPS, sendo esta desconhecida por grande parte dos elementos da equipa de enfermagem. Neste contexto, aquando da formação em serviço no âmbito do PIP, e uma vez que faz parte do protocolo de atuação desenvolvido, abordámos e explicámos esta escala. Elaborámos também um pequeno cartaz com a descrição da escala BPS que deixámos na sala de emergência, de modo a poder ser consultada e o registo da sua avaliação ser efetuado nas notas de enfermagem.

Os SU, pela sua especificidade e complexidade, são com frequência geradores de sentimentos como o medo, a ansiedade ou a incerteza nos doentes e suas famílias. É com agrado que verificamos que os avanços tecnológicos e a exigência crescente de competências

técnico-científicas dos enfermeiros, não impedem que a humanização dos cuidados seja, cada vez mais, uma prioridade no seio das equipas de saúde.

O reconhecimento da importância da relação terapêutica como intervenção autónoma do enfermeiro, desloca-nos para a dimensão humanística da profissão.

A relação de ajuda é definida como “uma troca tanto verbal como não verbal (...) que visa a compreensão profunda do que vive a pessoa ajudada, da sua maneira de compreender a sua situação e perceber os meios de que dispõe para resolver os seus problemas e para evoluir como ser humano” (Phaneuf, 2005: 324). A relação de ajuda não se restringe à pessoa cuidada, pois tal como referem Benner et al. (2011), no domínio das capacidades relacionais do enfermeiro, a família é apontada como uma extensão do doente, é uma parte fundamental no contexto social da PSC, sendo reconhecido o seu importante contributo na recuperação da pessoa.

Apesar de na sala de emergência a prioridade perante a PSC ser a sua estabilidade, logo que possível permitíamos a presença do familiar junto do doente, que apesar de ser desejada, era muitas vezes geradora de ansiedade e inquietação. De forma autónoma tivemos oportunidade de estabelecer, tanto com o doente como com a família, uma relação empática e de respeito, promovendo uma escuta ativa, dando informações e esclarecendo dúvidas na nossa esfera de conhecimentos.

Ao longo do percurso profissional, fomos apercebendo da importância da família no processo de cuidar. Não é só a pessoa que se encontra numa situação vulnerável, também a família fica doente e fragilizada, sobretudo perante aquelas situações em que o motivo de admissão hospitalar foi repentino, de natureza acidental ou traumática, por exemplo. Ao invés das informações serem apenas centradas na pessoa, atualmente vamos mais além, direcionamos o foco de cuidado também para a própria família, dando mais espaço para poderem expressar as suas emoções, as suas dúvidas, os seus problemas. Podemos assim, confortar e apoiar a família, entender as suas necessidades de escuta e encaminhamento, conseguindo deste modo assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença ou falência orgânica (OE, 2018).

Ainda na esfera da relação terapêutica, podemos afirmar que esteve presente em cada situação vivenciada, pelo que poderíamos mencionar diferentes acontecimentos. Como exemplo, relembramos o caso de um senhor que deu entrada como via verde coronária, que necessitava de ser transferido para outro hospital para realização de cateterismo cardíaco urgente. Trata-se de um procedimento extremamente importante em situação de enfarte agudo do miocárdio, que permite identificar se há obstrução das artérias coronárias e determinar a sua gravidade. Na presença de obstrução, o tratamento é fundamental para diminuir o risco de

danos permanentes no coração, o risco de complicações cardíacas, como insuficiência cardíaca e arritmias, e até mesmo a morte (Aehlert, 2007). O doente encontrava-se assustado, ansioso e a recusar firmemente a transferência e a abordagem proposta. Após interação com a pessoa e a implementação de técnicas de relação de ajuda aprendidas, conseguimos compreender que a razão das suas preocupações e medo era deixar a mãe sozinha, com quem vivia e de quem cuidava. Na impossibilidade de se deslocar ao hospital, contactámos a mãe do doente via telefone envolvendo-a na tomada de decisão. Como referência dada pelo doente, foi também contactada uma vizinha, que se comprometeu a ajudar a mãe na ausência do filho. Após estas medidas, o doente ficou visivelmente mais tranquilo aceitando ser transferido e a realização do procedimento que, certamente, iria fazer a diferença na sua qualidade de vida. Reconhecemos assim, o impacto positivo desta relação terapêutica, na satisfação do doente, na promoção da saúde, na prevenção de complicações e no bem-estar desta pessoa, sendo estas premissas dos Padrões de Qualidade de Enfermagem.

As situações em fim de vida e a comunicação de más notícias foi uma realidade presente no decurso do estágio, que destacamos como momentos de elevada carga emocional. Esta é, no nosso ponto de vista, uma das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais entre o profissional de saúde e a PSC/família.

Não existe uma forma correta de comunicar uma má notícia pois cada pessoa tem as suas próprias particularidades e características, no entanto, existem protocolos que tornam este processo mais estruturado, compostos por uma série de atitudes e comportamentos que servem de suporte a uma intervenção humana e facilitadora quer para o profissional de saúde quer para o doente (Santos, 2017), como o protocolo SPIKES, que pudemos explorar e aplicar.

Consideramos que as unidades curriculares EMC1 e Relação de Ajuda dotaram-nos de conhecimentos e estratégias que nos permitiram responder de forma condigna às questões relacionais e comunicacionais com que nos deparámos, desenvolvendo competências neste âmbito.

Perante esta análise, consideramos ter desenvolvido a primeira competência do enfermeiro especialista EMC-PSC.

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

Vivemos num contexto de permanente possibilidade de ocorrência de emergências e desastres, incluindo aqueles associados a catástrofes naturais, surtos de doenças infecciosas, acidentes tecnológicos, incidentes nucleares, radiológicos, biológicos ou químicos, cujas

consequências para a saúde, económicas, políticas e sociais podem ter um impacto devastador na sociedade (OMS, 2019).

É fundamental que diversas organizações realizem periodicamente uma análise da situação, desenvolvendo mecanismos e estratégias de forma a dar resposta a qualquer um dos cenários referidos, ou a outro, que, pela sua dimensão ou natureza, acarretem uma disparidade entre as necessidades e recursos existentes (INEM, 2012).

O Conselho Internacional de Enfermeiros e a OMS reconhecem o papel vital dos enfermeiros, como maior grupo profissional de saúde, em eventos desta ordem, manifestando que devem estar equipados com conhecimentos e habilidades que os capacitem em todos os níveis de ação, desde a fase de planeamento à triagem e prestação de cuidados, passando pela educação e coordenação de serviços. Por conseguinte, é imperioso investir na formação dos enfermeiros, de forma a proteger as populações, limitar danos e mortes, manter o funcionamento do sistema de saúde e salvaguardar o bem-estar da comunidade (*International Council of Nurses*, 2019).

De acordo com o Artigo 100.º da deontologia profissional, o enfermeiro tem o dever de “ser solidário com a comunidade, de modo especial, em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência” (OE, 2015a: 81). Perante estes acontecimentos, o enfermeiro especialista em EMC-PSC “atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (OE, 2018: 19363).

Para a aquisição e desenvolvimento desta competência, considerámos importante possuir um suporte teórico que estruturámos através da revisão dos conteúdos abordados na unidade curricular EMC3 e da consulta de documentos relevantes nesta área, como o Plano de Emergência e Proteção Civil e o Plano de Emergência Hospitalar.

No sentido de dar cumprimento às orientações emanados pela DGS (2010), o Plano de Emergência Hospitalar da UH é constituído por dois documentos que guiam a resposta em caso de catástrofe: o Plano de Catástrofe Externa e um Plano de Emergência Interno. Neste último estão descritas as medidas de autoproteção a implementar pela instituição face a uma ocorrência interna. O Plano de Catástrofe Externa sistematiza um conjunto de procedimentos que visam evitar ou minimizar as consequências de um acidente grave, catástrofe ou calamidade que envolva o CH e que leve à procura excessiva de cuidados hospitalares esgotando os recursos disponíveis.

A Comissão de Catástrofe do CH foi constituída em 2018 e integra profissionais de diferentes áreas, nomeadamente de enfermagem. Deste modo percebemos que, tal como descrito na unidade de competência específica do enfermeiro especialista em EMC-PSC, este

concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe e emergência (OE, 2018).

Sendo elemento integrante desta comissão, a enfermeira orientadora apresentou-nos de forma detalhada o Plano de Catástrofe Externa, explicando aspetos como os critérios para ativação dos níveis de alerta, a cadeia de comando, o fluxograma de triagem, o circuito de doentes, a reorganização do SUMC e articulação com os outros serviços. O plano esclarece sobre os tipos de risco com maior probabilidade de ocorrência na região, os diferentes níveis de resposta, os recursos humanos necessários em conformidade com cada nível e o inventário de todos os recursos materiais e tecnológicos disponíveis na UH. Conforme descrito no Plano de Catástrofe Externa, no SUMC existe um armário de catástrofe que contém todo o material necessário à ativação do plano, entre o qual, cartões de ação, *placards* para identificação de áreas, catálogo de recursos e um conjunto de *kits* numerados de 1 a 50 que tivemos a oportunidade de conhecer e auditar.

Pudemos aperceber-nos que, face a eventos deste cariz, o enfermeiro chefe de equipa do SU desempenha um papel de grande relevância no que concerne à organização do serviço, gestão de recursos humanos e materiais, articulação com outros serviços e articulação com a equipa multidisciplinar. Inferimos assim, que a sua atuação nestes cenários, vai de encontro à unidade de competência específica do enfermeiro especialista em EMC-PSC relativa à gestão dos cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe (OE, 2018).

Com o intuito de melhorar o processo de atendimento à pessoa vítima de situações desta natureza e otimizar procedimentos, por sugestão da enfermeira orientadora, cooperámos na atualização do Plano de Catástrofe Externa com a introdução do algoritmo de triagem pediátrica, contribuindo assim para o planeamento da resposta à situação de catástrofe.

Tratando-se de eventos raros, o conhecimento resultante do desempenho profissional diário não se revela suficiente para o desenvolvimento de competências em emergência e catástrofe (Labrague, 2017). Deste modo, a Comissão de Catástrofe tem vindo a promover diversas ações para formar e capacitar os profissionais neste âmbito, estando preconizada a realização de simulacros anualmente. Contudo, devido ao contexto pandémico, o último simulacro hospitalar foi realizado em 2018, sendo o plano retomar esta atividade formativa ainda este ano. Além de simulacros, são realizadas periodicamente ações de formação ou exercícios de *tabletop*, nos quais são simuladas situações de emergência ou catástrofe, envolvendo os participantes na gestão e resolução do cenário simulado, sem mobilização de recursos ou equipamentos (Americano, 2018). Reconhecemos a importância de planear e implementar estas atividades de formação, enquanto estratégias pedagógicas que melhoram o conhecimento e a atitude na gestão destes acontecimentos (Rahmati et al., 2018). Uma vez

que no decurso do estágio não foram desenvolvidas atividades desta natureza, não se viabilizou esta oportunidade de aprendizagem na prática. No entanto, como consideramos que a formação não é estanque e o desenvolvimento de competências não se finaliza por aqui, estamos convictas de que, quando surgirem exercícios de simulação ou cursos neste domínio, aproveitaremos as oportunidades para desenvolver conhecimentos teórico-práticos, no sentido de intervir da melhor forma possível em qualquer situação de emergência, exceção ou catástrofe.

Os aspetos éticos associados às situações de exceção e catástrofe foram tema de discussão e reflexão com a enfermeira orientadora. Desta conversa, pudemos perceber que, nestes cenários, em que normalmente as necessidades superam os recursos, os profissionais de saúde são confrontados com vários dilemas éticos, principalmente no que diz respeito à triagem das vítimas e aos cuidados implementados. A triagem em catástrofe pode levar a que doentes mais graves recebam apenas tratamento sintomático, sendo que a decisão de não tratar uma pessoa é aceitável e justificável quando o propósito é salvar o número máximo de pessoas num contexto em que os recursos são escassos e necessários, pelo que não pode ser considerada uma falha ética. No entanto, nestas condições é essencial a demonstração de cuidado, compaixão e respeito pela dignidade das pessoas (Santos, 2018).

Como já mencionado anteriormente, como elemento de avaliação da unidade curricular EMC3 elaborámos um póster intitulado “Bioterrorismo: Uma ameaça real. Estamos preparados?”. Tendo os profissionais de saúde um papel fundamental na primeira abordagem às vítimas de bioterrorismo, com a realização deste trabalho objetivámos perceber como é que os serviços de saúde se podem preparar para responder eficazmente perante uma ameaça biológica, que pode culminar num cenário de catástrofe.

Buscando a edificação de conhecimentos nesta área, propusemo-nos a realizar um estágio observacional num Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro [CMPCOS], sob a orientação de um enfermeiro especialista em EMC, perito em emergência, que, por sua vez, é o Coordenador Municipal da Proteção Civil. Durante este período, foi-nos explicada a dinâmica diária do funcionamento do CMPCOS e as funções dos diversos elementos da equipa, assim como conhecemos o Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil. Pudemos compreender que a resposta às situações de exceção e catástrofe envolve uma perspetiva plurissectorial, onde diferentes entidades e instituições, como a Câmara Municipal, Bombeiros Voluntários, Proteção Civil, Forças de Segurança, Autoridade Marítima, INEM e demais serviços de saúde, entre outros, se articulam visando objetivos comuns: prevenir riscos coletivos, providenciar as condições e meios necessários à minimização dos efeitos adversos

de um evento, minimizar a perda de vidas e bens e restabelecer a normalidade em áreas afetadas.

Tivemos a oportunidade de participar no exercício “A Terra Treme”, iniciativa que ocorre anualmente em diversos países e que é promovida em Portugal pela Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil no âmbito da Sensibilização para o risco sísmico, à qual este CMPCOS se associou, uma vez que este é um dos principais riscos identificados no município. Este projeto foi pensado com o objetivo de dar a conhecer à população o que deve fazer antes, durante e depois de um sismo e promover uma cultura de autoproteção. O exercício foi efetivado em diversas escolas, nas quais foi testada a preparação e capacidade de resposta dos indivíduos face a uma situação de tremor de terra.

Entendemos esta atividade como uma oportunidade de aprendizagem, uma vez que, também nestes cenários o enfermeiro tem um papel de destaque, tanto na educação para uma cidadania mais ativa em matéria de proteção, como na importante articulação com uma equipa multiprofissional no que concerne ao planeamento e gestão de respostas. Tal como explicitado no Regulamento referente aos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, em situações de emergências, acidentes, violência urbana ou catástrofes naturais, é imprescindível “um corpo de profissionais de Enfermagem qualificados para integrar equipas de atendimento em contextos extra e intra-hospitalar” que implementem medidas de suporte de vida à PSC e família (OE, 2015b: 17241).

Em contexto profissional, não podemos deixar de mencionar a situação pandémica por COVID-19 vivenciada recentemente, que constituiu uma crise sanitária global com um elevado número de pessoas infetadas que careceram de cuidados de enfermagem, especificamente no âmbito da PSC. Este foi, de facto, um grande desafio para a instituição, serviço e equipa que integramos. Uma vez que desempenhamos funções numa UCI, fomos confrontados com a necessidade de reajustar a nossa prática, de integrar rapidamente colegas na prestação de cuidados ao doente crítico, de gerir recursos humanos e materiais, de adquirir conhecimentos sobre a patologia e de adotar estratégias de gestão emocional. Considerámos que esta experiência, envolta em inúmeras dificuldades, contribuiu amplamente para o nosso enriquecimento pessoal e profissional, bem como para a aquisição de competências em situações de exceção.

Antes de concluir a reflexão da aquisição de competências neste domínio, importa fazer referência à preservação de vestígios e indícios da prática de crime. No decurso do Estágio Final, não verificámos ocorrências desta tipologia, no entanto, de modo a construir uma base teórica sobre o assunto, revimos os conteúdos lecionados na unidade curricular EMC3 e consultámos o referencial publicado pela DGS sobre Violência Interpessoal (DGS, 2014). Esta

problemática foi também, foco de reflexão com a enfermeira orientadora, que partilhou algumas experiências vivenciadas e procedimentos efetuados. Percebemos que, sendo os enfermeiros os primeiros profissionais em contacto com as pessoas que procuram os serviços de saúde, a sua intervenção na identificação de casos suspeitos de prática de crime e na preservação de provas é um fator determinante no desenvolvimento do restante processo. Neste campo, verificámos a que o CH dispõe de uma Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos, que presta orientação especializada aos profissionais de saúde quanto à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento das vítimas. No SUMC existe uma norma de atuação para casos de abuso sexual no adulto, dispondo de um kit específico constituído por terapêutica profilática de doenças sexualmente transmissíveis e medicação contraceptiva de emergência.

Certas de que a nossa resposta perante situações de emergência, exceção ou catástrofe seria hoje bastante mais adequada e eficiente do que quando iniciámos este curso de mestrado, consideramos ter desenvolvido o essencial da competência em análise.

3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e da 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.

As infeções associadas a cuidados de saúde [IACS] devido a microrganismos resistentes aos antimicrobianos são atualmente um dos desafios mais importantes para a medicina moderna. Com o aumento da esperança média de vida e da evolução tecnológica, com intervenções mais invasivas e intensivas, aumenta também o risco de infeção (Friedrich, 2019), assumindo particular relevância na PSC. Ainda que um terço das IACS sejam seguramente evitáveis, estas subsistem como a principal ameaça em termos de segurança do doente, envolvendo implicações significativas como maiores taxas de morbilidade e mortalidade, prolongamento do tempo de internamento e maiores custos em saúde (DGS, 2007; DGS, 2018b).

Esta problemática evidencia a importância de uma prática especializada por parte do enfermeiro, que estando numa posição de envolvimento direto e permanente com o doente, é responsável pela segurança e qualidade dos cuidados. Neste seguimento, ao divulgar os enunciados descritivos de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em PSC, a OE (2015b: 17243) assevera que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção”.

Quer pelo exercício profissional numa unidade de cuidados intensivos, na qual consideramos existir um investimento importante na área da prevenção das IACS, quer pela aquisição de conhecimentos neste curso de mestrado, temos bem presente a importância desta matéria enquanto premissa elementar da segurança do doente. Neste sentido, tornou-se para nós pertinente estabelecer uma base sólida de conhecimentos através da revisão dos conteúdos lecionados na unidade curricular EMC5 e da consulta de documentos de referência nesta área de cuidados de saúde, nomeadamente, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA] e as diretivas e normas da DGS referentes às Precauções Básicas de Controlo de Infeção [PBCI] e aos diversos feixes de intervenção de prevenção da infeção.

A crescente preocupação com o desafio das IACS como área *major* de segurança do doente, levou a DGS, em 2013, a priorizar a criação do PPCIRA, atualizado em 2022 através do despacho n.º 10901/2022. O Programa assumiu como objetivos: reduzir a incidência de IACS; promover o uso correto e responsável de antimicrobianos; e, diminuir da taxa de microrganismos com resistência adquirida a antimicrobianos (MS, 2022). Com o PPCIRA assistimos à promoção global das PBCI e alargamento da campanha de higiene das mãos, através da implementação da Estratégia Multimodal das Precauções Básicas (DGS, 2018b).

As PBCI abarcam um conjunto de medidas de boas práticas que devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde na prestação de cuidados, visando minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada, e são assentes em 10 padrões de qualidade, a saber: avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de equipamento de proteção individual (EPI); descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; manuseamento seguro da roupa; gestão adequada dos resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; e prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017c).

A higiene das mãos por parte dos profissionais é, indiscutivelmente, a medida mais eficaz, simples e económica de prevenir as IACS (DGS, 2017c). Embora raramente abordada, a higiene das mãos realizada pelos doentes é um fator determinante na prevenção de infeções cruzadas, sendo que fornecer o acesso e educação aos doentes é igualmente importante em termos da redução das IACS (Haverstick et al., 2017).

A prevenção da infeção, constitui-se um desafio importante para os profissionais do SU, que face à grande afluência e rotatividade de doentes, excesso de trabalho e escassez de recursos, deparam-se frequentemente com a necessidade de improvisar. Também a premência de uma atuação imediata face a situações de elevada complexidade, com a realização de

técnicas invasivas associada, traduz-se no eventual incumprimento das PBCI. Apesar desta realidade, aquando da prestação de cuidados à PSC, procurámos cumprir rigorosamente as recomendações relativas à prevenção e controlo das IACS.

A problemática identificada na área de decisão clínica, foi tema de reflexão conjunta com a enfermeira orientadora. O acumular de macas neste espaço, que excedem a sua capacidade de lotação, é um fator que dificulta o distanciamento entre os doentes, aumentando o risco de infeções cruzadas. No entanto, sempre que colaborámos neste setor, implementámos estratégias de maximização da segurança, através da utilização de EPI, da higienização das mãos nos momentos preconizados e aplicação de medidas de controlo ambiental. Perante os doentes que se encontravam infetados ou imunodeprimidos, aplicámos as medidas de isolamento conformes, concebendo deste modo um “plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018: 19364).

Ainda de encontro à unidade de competência específica do enfermeiro especialista em EMC-PSC acima mencionada, importa destacar o trabalho realizado no âmbito da unidade curricular EMC5, em que elaborámos um plano de prevenção de pneumonia associada à intubação. Embora de índole académico, este plano foi assente numa necessidade existente, podendo perfeitamente ser implementado em contexto real, pelo que reconhecemos que teve um contributo significativo no desenvolvimento de competências nesta área.

Sendo que a transmissão de microrganismos no ambiente hospitalar é complexa, e que para além do contacto direto com os profissionais de saúde, pode ocorrer pelo contacto com o ambiente contaminado circundante (Monegro et al., 2022), durante o estágio considerámos importante conhecer os planos de limpeza, de desinfeção ambiental do SUMC e de descontaminação do equipamento clínico. Por conseguinte, sobretudo na sala de emergência, assumimos a função de supervisão dessas atividades, assim como, verificámos o cumprimento da triagem de resíduos hospitalares e acondicionamento da roupa, segundo as normas vigentes.

Cientes da importância da adoção de medidas de controlo e prevenção de infeção por toda a equipa multidisciplinar na garantia da segurança do doente, temos já interiorizada uma atitude de observação da conduta dos outros profissionais neste campo de ação, pelo que no decurso do estágio, quando oportuno, interviemos sugerindo medidas de correção e adesão às boas práticas, atuando, deste modo, na salvaguarda do cumprimento dos procedimentos estabelecidos no plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (OE, 2018).

Sabendo que os familiares podem ser portadores transitórios de microrganismos, também eles foram alvo da nossa intervenção neste campo. Nos momentos de visita, tivemos o cuidado de informar os familiares acerca das medidas a adotar e a importância do seu cumprimento, promovendo a literacia na área da prevenção da infeção, como por exemplo através de ensinamentos sobre higienização das mãos. Deste modo, atuámos como dinamizadoras de informação e educação da família, elementos que se integram no âmbito da promoção da saúde, tal como descrito no Regulamento nº361/2015 relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem em PSC.

As Unidades Locais do PPCIRA (UL-PPCIRA), anteriormente designadas por Grupo de Coordenação Local do PPCIRA, estão integradas nos estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde e incluem, obrigatoriamente, na sua composição multidisciplinar, elementos de enfermagem (MS, 2022). Assim, visando o aprofundamento de competências neste âmbito e de forma a conhecer a realidade hospitalar no que concerne ao controlo de infeção e resistência a antimicrobianos realizámos um turno de observação na UL-PPCIRA da UH, onde foi possível acompanhar as funções desempenhadas por duas enfermeiras deste serviço. Percebemos que a UL-PPCIRA tem subjacentes os objetivos gerais do PPCIRA e que a sua esfera de ação assenta em diversas atividades que incluem, entre outras:

- Programas de vigilância epidemiológica, nomeadamente da infeção nosocomial da corrente sanguínea, notificando os casos identificados numa plataforma específica;

- Vigilância e notificação de microrganismos alerta, através da articulação com o laboratório e serviço de origem da amostra. Sempre que é detetado um agente infeccioso multiresistente, é realizado o registo numa base de dados para esse efeito e é emitido um alerta no processo do doente através da plataforma Sclínico®, ficando visível para todos os profissionais, para que possam agir em conformidade. No caso de alta do doente é este grupo que informa as outras instituições;

- Implementação de auditorias às PBCI, das quais resulta um relatório que é entregue aos respetivos serviços, com sugestões de melhoria;

- Elaboração e monitorização do cumprimento de normas e procedimentos;

- Formação dos profissionais no âmbito da prevenção e controlo de infeção. Neste sentido, participámos na formação profissional do CH “Controlo de Infeção para Enfermeiros” (Anexo XVIII), ministrada na fase inicial do estágio, onde relembrámos e aprofundámos conhecimentos, tendo sido uma mais-valia na garantia de uma prática profissional segura.

O Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica, faz parte das funções dos médicos pertencentes à UL-PPCIRA que semanalmente realizam reuniões com o corpo clínico dos serviços, visando a promoção e correção de práticas de uso de antibióticos.

Na nossa prática profissional diária, testemunhamos uma crescente conscientização relativamente ao uso de antibioterapia verificando-se, normalmente, a colheita de produtos microbiológicos previamente à administração de antibiótico. Esta medida possibilita a adequação do antibiótico ao agente infeccioso identificado, contribuindo para a diminuição da resistência aos antimicrobianos. Também a monitorização dos níveis séricos do antibiótico, tem sido uma preocupação observada, que permite garantir que o doente receba a dose adequada, de forma segura e eficaz.

Em suma, pudemos constatar que a UL-PPCIRA desempenha um papel relevante na dinamização de toda a atividade no campo da prevenção e controlo de infeção, revelando-se uma base de suporte e de orientação para a prática. Contudo, o sucesso dos programas implementados pela UL-PPCIRA dependem da cultura de segurança estabelecida na instituição e do envolvimento dos profissionais de saúde, sendo que, pelas competências que o enfermeiro especialista em EMC-PSC detém nesta área, encontra-se numa posição de destaque para liderar o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção.

Ainda no âmbito da prevenção da infeção, apenas acrescentar a nossa participação nos webinars da OE: "Enfermagem às Quintas: Prevenção da Infeção Relacionada com Cateteres Vasculares" (Anexo XIX) e "Enfermagem às Quintas: Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico" (Anexo XX).

Pelas atividades desenvolvidas e análise reflexiva, consideramos ter desenvolvido, com sucesso, a terceira competência do enfermeiro especialista.

Competência de mestre em enfermagem

7. Evidencia competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, na sua área de especialidade.

Encerramos este capítulo com a última competência associada ao grau de mestre. Entendemos que esta competência em particular, abrange transversalmente todo o processo de aquisição de competências previamente descrito, assim como as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, pelo que a consideramos alcançada.

Pelo exposto, consideramos que o processo de consolidação de saberes subjacentes ao desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, nos guiou para um nível de conhecimento aprofundado e fundamentado que se coaduna com o grau de mestre em enfermagem.

CONCLUSÃO

Consumada a realização deste relatório, permitimo-nos tecer algumas considerações finais sobre aquele que foi o percurso formativo no âmbito deste Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem.

O Estágio Final, intimamente relacionado com a elaboração deste documento, apresentou-se como uma ferramenta de aproximação entre os conhecimentos adquiridos nas diferentes unidades curriculares e a prática clínica, que conjugados com a experiência profissional prévia nesta área de intervenção, deram contributos significativos na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências.

A apreciação do SUMC, permitiu-nos um melhor entendimento do campo de estágio, revelando-se a sua adequação à concretização das atividades formativas objetivadas.

Como preconizado, identificámos uma problemática considerada relevante naquele contexto específico, em torno da qual desenvolvemos o PIP, que se debruçou sobre a abordagem à pessoa com TCE na sala de emergência. Perante as necessidades identificadas, delineámos estratégias que recaíram sobre a criação de um protocolo de atuação e formação à equipa de enfermagem, sustentadas na realização de uma revisão *scoping*. Terminámos convictas de termos contribuído para uma prática promotora da segurança e da qualidade da intervenção à pessoa com TCE na sala de emergência.

Tal como já referido no corpo do relatório, dado o limite cronológico estabelecido pelo final do estágio, não foi possível implementar o protocolo de atuação construído nem avaliar a sua aplicabilidade. Não obstante, apraz-nos saber que está a ser dada continuidade ao projeto, e uma vez que exercemos funções na mesma instituição, estaremos ao dispor para colaborar no que for necessário.

O desenvolvimento do PIP, assim como o processo de edificação de competências, foram ancorados no MMPBE, que constatámos enquadrar-se na perfeição na prestação de cuidados especializados à PSC, na medida em que estes cuidados exigem a combinação da melhor evidência disponível com a experiência clínica e com os valores do doente, elementos essenciais para uma PBE.

Após uma análise crítica e reflexiva, que articulámos com a evidência científica atual e regulamentação estabelecida, reconhecemos que as experiências vivenciadas e as atividades realizadas no decorrer deste mestrado anuíram a aquisição e desenvolvimento das

competências de enfermeiro especialista em EMC-PSC, bem como das competências conducentes à obtenção do grau de mestre em enfermagem.

Atendendo ao contacto com peritos na área de urgência e à pluralidade de experiências vivenciadas, entendemos a realização do estágio como um período de aprendizagem de grande prestígio, que levaremos para a vida profissional. Da diversidade de contributos advindos desta prática clínica, relevamos o incremento da nossa capacidade crítica e reflexiva e a aquisição de competências no domínio da investigação.

Ao longo deste percurso, sem dúvida vivido intensamente, surgiram algumas vicissitudes das quais destacamos a gestão do tempo em conjugação com a vida profissional e pessoal, tanto no período de estágio como no período de realização deste relatório. Estas dificuldades foram superadas pela intensa motivação e dedicação que nos orientou desde o início deste curso. No final, a concretização dos objetivos e metas foi, sem dúvida, muito gratificante.

Perante toda a descrição e análise apresentada neste trabalho, consideramos que este relatório encerrou capacidade de resposta ao objetivo geral e específicos delineados no início do documento.

Encaramos a conclusão deste curso, não como o fim de um processo, mas antes como uma fase de crescimento pessoal e profissional que, futuramente, servirá de ponte para novos desafios.

BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>

Aehlert, B. (2007). *Advanced Cardiac Life Support* (3ª ed). Elsevier editora.

Alson, R., Han, K. & Campbell, J. (2020). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers* (9ª ed). Pearson.

American Association of Neurological Surgeons. (2016). *Guidelines of management of severe traumatic brain injury* (4ª ed.). Brain Trauma Foundation. https://braintrauma.org/uploads/03/12/Guidelines_for_Management_of_Severe_TBI_4th_Edition.pdf

American College of Surgeons. (2018). *ATLS: Advanced Trauma Life Support* (10ª ed.)

Americano, M. (2018, 26 de maio). *Estará o Algarve preparado para uma situação de catástrofe?* [Sessão de Abertura]. Seminário A Ética e a Catástrofe. Portimão https://issuu.com/lifesaving/docs/separata_etica_e_catastrofe

Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://www.esenfc.pt/pt/download/3868/dXeLMhjdjCvHFwDpAvDd>

Assembleia da República. (1995). Código penal, Decreto-Lei n.º 48/1995 de 15 de março. Diário da República: I série, n.º 63, 1350-1416. <https://files.dre.pt/1s/1995/03/063ª00/13501416.pdf>

Assembleia da República. (2019). Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro: Lei de Bases da Saúde. Diário da República: 1ª série, n.º169. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

Batista, M., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldês, J. & Fernandes, A. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: A opinião dos Enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de Enfermagem Referência*, 13, 83-92. Doi: 10.12707/RIV16085

Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring*. Addison-Wesley.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.

Benner, P., Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach* (2.^a ed.). Springer.

Brown, A., Ballal, A. & Al-Haddad, M. (2021). Recognition of the critically ill patient and escalation of therapy. *Anesthesia and Intensive Care Medicine*, 20(1). <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2021.07.016>

Camargo, F., Iwamoto, H., Galvão, C., Pereira, G., Andrade, R. & Masso, G. (2018). Competências e barreiras para a Prática Baseada em Evidência: Revisão integrativa. *REBEn: Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 2030-2038. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617>

CENTER-Traumatic Brain Injury (s.d). *Traumatic Brain Injury: Fact sheets and Policy brief*. European Brain Injury Consortium. <https://www.center-tbi.eu/files/news/21571f81-20b8-4860-a3dd-1f6e27d02b3d.pdf>

CENTER-Traumatic Brain Injury (2023). Disponível em <https://www.center-tbi.eu/project/background>

Centro de Terminologias clínicas (2020). Disponível em <https://www.ctc.min-saude.pt/>

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.

Chernicharo, I. de M., Silva, F. D. da, & Ferreira, M. de A. (2011). Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 15(4), 686-693. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452011000400005>

Correia, M. (2013). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI* [Tese de doutoramento em enfermagem, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/7992>

Craig, J. & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*. Lusociência

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto Comissariado da Saúde. (2007). *Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. <https://pt.scribd.com/document/250579768/Via-Verde-AVC-EAMRecomendacoes-Clinicas-2007>

Davanzo, J., Sieg, E. & Timmons, S. (2017). Management of Traumatic Brain Injury. *Surgical Clinics of North America*, 97 (6), 1237-1253. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039610917301226>

Demetriades, D. & Newton, E. (2011). *Color Atlas of Emergency Trauma* (2ª ed.). Cambridge University Press

Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientação n.º 007/2010: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Departamento da Qualidade na Saúde. http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_1_Enquadramento_2013-01-151.pdf

Direção Geral de Saúde. (2014). *Violência Interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2017a). Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2017b). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Preven%C3%A7%C3%A3o_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf

Direção Geral de Saúde. (2017c). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção Geral da Saúde. (2018a). Norma n.º 002/2018: Sistemas de Triagem dos Serviços Urgência e Referenciação Interna Imediata. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediate.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2018b). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário*. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2020). *Modelo de certificação de unidades de saúde do ministério da saúde: Documento geral de certificação de unidades de saúde*. Ministério da Saúde.

Direção Geral de Saúde. (2022a). Norma n.º 012/2022: Via Verde do Trauma no Adulto. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0122022-de-18112022-via-verde-do-trauma-no-adulto-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2022b). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*.

<http://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>

Dixon, J., Comstock, G., Whitfield, J., Richards, D., Burkholder, T., Leifer, N., Mould-Millman N. & Hynes, E. (2020). Emergency department management of traumatic brain injuries: A resource tiered review. *African Journal of Emergency Medicine*, 10(3), 159-166. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2020.05.006>

Ferro, A. (2012). *Desenho do Processo de Formação – Aprendizagem*. Nova Etapa. https://issuu.com/novaetapa/docs/_r_manual_7_2_-_desenho_do_processo

Figueiredo, A. (2010). Prefácio. In T. Cardoso, I. Alarcão & J. Celorico, *Revisão da Literatura e Sistematização do Conhecimento* (pp. 7-8). Porto Editora

Friedrich, A. (2019). Control of hospital acquired infections and antimicrobial resistance in Europe: the way to go. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 169(1), 25–30. <https://doi.org/10.1007/s10354-018-0676-5>

Gândara, M. (2004). Dilemas Éticos e Processo de Decisão. In Neves, M., Pacheco, S., *Para uma Ética de Enfermagem*. Gráfica de Coimbra. (pp. 403-416).

García, B. & Martín, L. (2020). Cuidados para garantizar la seguridad del paciente com traumatismo craneoencefálico grave portador de drenaje ventricular externo. *Metas de Enfermería*, 22(9), 64-74. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.22.1003081507>

Greenberg, M. (2020). *Handbook of Neurosurgery* (9ª ed.). Thieme.

Grupo Português de Triagem. (2015). *Sistema de Triagem de Manchester*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>

Haverstick, S., Goodrich, C., Freeman, R., James, S., Kullar, R. & Ahrens, M. (2017). Patients' Hand Washing and Reducing Hospital-Acquired Infection. *Critical Care Nursing*, 37(3), pp. E1-e8. <https://doi.org/10.4037/ccn2017694>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situação de Exceção – Manual TAS*. <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situação-de-Exceção.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>

International Council of Nurses. (2019). *Core Competencies in Disaster Nursing*, Version 2.0. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf

Krenz, U., Greving, S., Zeldovich, M., Haagsma, J., Polinder, S. & Steinbüchel, N. (2023) Reference Values of the Quality of Life after Brain Injury (QOLIBRI) from a General Population Sample in Italy. *Journal of Clinical Medicine*, 12 (2). <https://doi.org/10.3390/jcm12020491>

Labrague, L., Hammad, K., Gloe, D., McEnroe-Petitte, D., Fronda, D., Obeidat, A., Leocadio, M., Cayaban, A. & Mirafuentes, E. (2017). Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature. *International Nursing Review*, 65(1), 41-53. <https://doi.org/10.1111/inr.12369>

Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. AMGH Editora.

Lopes, M., Gomes, S. & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Ordem dos Enfermeiros. INESC-TEC. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_in_escotecabril2018.pdf

Maas, A. I. R., Menon, D. K., Manley, G. T., Abrams, M., Åkerlund, C., Andelic, N., Aries, M., Bashford, T., Bell, M. J., Bodien, Y. G., Brett, B. L., Büki, A., Chesnut, R. M., Citerio, G., Clark, D., Clasby, B., Cooper, D. J., Czeiter, E., Czosnyka, M. ... Zemek, R. (2022). Traumatic brain injury: Progress and challenges in prevention, clinical care, and research. *The Lancet Neurology*, 21, 1004-1060. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(22\)00309-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00309-X)

Magalhães, A. (2015). *Traumatismo crânio-encefálico e qualidade de vida: Diferenças entre a perspectiva do doente e do cuidador*. [Dissertação de mestrado em Neuropsicologia, Universidade Católica Portuguesa]. <https://www.novamente.pt/wp-content/uploads/2016/09/Disserta%C3%A7%C3%A3oFinalAnaMagalh%C3%A3es.pdf>

Mathias, E., Dias, P., Rocha, R., Peçanha, A., Poubel, A., Silva, C., Cola, C. & Boechat, J. (2018). Abordagem adequada da paciente vítima de traumatismo cranioencefálico (tce) nas primeiras horas após o acometiment. *Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico*, 3 (4) 272-284. <http://dx.doi.org/10.20951/24466778/v4n3a25>

Meneses, R. D. (2007). Principlialismo e Pedagogia: Entre a Ética e a Educação. *Eikasia. Revista de Filosofia*, 14. <https://www.revistadefilosofia.org/14-12.pdf>

Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014. Diário da República, 2ª série, N.º 153, 11 de agosto de 2014. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Ministério da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021 – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026. Diário da República, 2.ª série, N.º 187, 24 de setembro de 2021. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-17189109>

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

Monegro, A., Muppidi, V. & Regunath, H. (2022). Hospital Acquired Infections. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441857/>

Mororó, D., Enders, B., Lira, A., Silva, C. & Menezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323–332. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>

Neiva, C. (2021). *A gestão do risco clínico e do risco não clínico no serviço de urgência da unidade de faro do centro hospitalar universitário do algarve: A segurança do doente no processo contínuo de melhoria*. [Tese de Mestrado, Faculdade de economia, Universidade do algarve]. Repositório da Universidade do Algarve. <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/18713>

Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos Comentários à Análises de Casos*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem. *Percursos*, (17), 3-9. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf

Nunes, M. (2014). *Via verde avc: Análise processual, subjacente a aproximações lean, a utentes com avc isquémico*. [Tese de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10071/10186>

Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), 187–199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>

Nunes, L. (2016a). *E quando eu não puder decidir?* Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Nunes, L. (2016b). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Servir*, 59 (2), 7-17. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14209/1/Limites%20eticos%20agir%20enfermeiro_%20Rev%20Servir_2016.pdf

Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na Investigação de Enfermagem*. IPS ESS Departamento de Enfermagem https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos_eticos_investigacao_Enf_jun_2020.pdf

Oliveira, I., Noleto, I., Martins, c., Lima, b., Fontinele, a., Martins, L., Paula, M. & Galvão, T. (2018). Assistência de enfermagem aos doentes vítimas de traumatismo crânioencefálico: Revisão integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 22 (3), 85-91.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26A_br2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2007a). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Comissão de formação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_Bpraticas.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2007b). *Liderança para a Mudança*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/LPM/LPM_brochura.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_291020_15_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento n.º 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série, n.º 123. <https://files.dre.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Parecer Conjunto n.º 01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Atribuição de Responsável de Turno*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MC_EEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Parecer n.º 10/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCE EMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 135. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário Da República, 2.ª série, n.º 184. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Regulamento n.º 656/2021: Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série, n.º 137. <https://files.dre.pt/2s/2021/07/137000000/0017300191.pdf>

Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. 1–227. https://ordemosmedicos.pt/wpcontent/uploads/2017/09/Normas_de_Boa_Pratica_em_Trauma.pdf

Organização Mundial de Saúde, International Association for Trauma Surgery and Intensive Care & International Society of Surgery / Société Internationale de Chirurgie. (2009). *Guidelines for trauma quality improvement programmes*. World Health organization. <https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-for-trauma-quality-improvement-programmes>

Organização Mundial de Saúde. (2019). *Health Emergency and Disaster Risk Management Framework*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326106>

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias*

destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. OMS.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Ortega-Pérez, S. & Amaya-Rey, M. (2018). Secondary Brain Injury: A Concept Analysis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 50(4), 220–224. DOI: [10.1097/JNN.0000000000000384](https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000384)

Parry, A. (2020). Systematic assessment of traumatic brain injury. *Nursing Standard*, 36 (1), 76-82. Doi: 10.7748/ns.2020.e11551

Pearson, M. & Craig, J. (2004). Diretrizes Baseadas na Evidência. In J. Craig & R. Smyth, *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros* (pp. 187-210). Lusociência

Pedreirinho, A., Godinho, H., Crilo, C., Correia, P., Rosa, L., Santos, S. & Fonseca, A. (2015). Cuidados ao doente em fim de vida no serviço de urgência – Uma necessidade em evolução. *Onco.News*, 30, 16-23. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa.
<https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/18237/1/AEOP%20-%20revista%20n%c2%ba%2030%20jul-out%202015.pdf>

Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1-23.
<https://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>

Peters, M. D. J., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A.C., Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris, E., Munn, Z. (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência.

Pimenta, C., Francisco, A., Lopes, C., Nishi, F., Maia, F., Shimoda, G. & ensen, R. (2017). *Guia para a Implementação de Protocolos Assistenciais de Enfermagem: integrando protocolos, prática baseada em evidência e classificações de enfermagem*. Coren-SP. São Paulo.
https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/guia_implementacao_protocolos_assistenciais_enfermagem-integrando_protocolos_pratica_baseada_em_evidencia_classificacao_enfermagem.pdf

Presidência do Conselho de Ministros (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. Diário da República, 1.ª série, n.º 157. <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Promlek, K., Currey, J., Damkliang, J. & Considine, J. (2020). Evidence–practice gaps in initial neuro-protective nursing care: A mixed methods study of Thai patients with moderate or severe traumatic brain injury. *International Journal of Nursing Practice*, 27 (6). <https://doi.org/10.1111/ijn.12899>

Rahmati, H., Rombod, M., Zare, M. & Maradian, M. (2018). The effect of crisis management training in traffic accidents with a high rate of mortality using simulated training on knowledge and attitude of nursing personnel. *Iranian Journal of Emergency Medicine*. 5(18), 1-7. <https://www.magiran.com/paper/1890442?lang=en>

Rakhit, S. Nordness, M., Lombardo, S., Cook, M. Smith, L. & Patel, M. (2020). Management and Challenges of Severe Traumatic Brain Injury. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 42 (01), 127-144. DOI: [10.1055/s-0040-1716493](https://doi.org/10.1055/s-0040-1716493)

Relvas, R. (2018). *Implementação e organização da formação em serviço na usf salus*. [Tese de mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23528/1/ESSTFC620.pdf>

Ribeiro, O., Martins, M. & Tronchin, D. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (14), 89-100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>

Rosswurm, M. A., & Larrabee, J. H. (1999). Model for Change to Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 317-322. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x>

Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1-38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Sá, F., Botelho, M. & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19 (1). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23757/1/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

Santos, P. (2017). *Comunicação de Más Notícias em Contexto de Urgência: Práticas e dificuldades da equipa de saúde* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Leiria]. Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/3685>

Santos, M. (2018, 26 de maio). *A ética na abordagem de doentes em situações de catástrofe: Perspectiva Hospitalar*. [Apresentação em palestra]. Seminário A Ética e a Catástrofe. Portimão https://issuu.com/lifesaving/docs/separata_etica_e_catastrofe

Santos, M. & Agrela, N. (2019). Traumatic brain injury in Portugal: progress in incidence and mortality. *Brain Injury*, 33(12),1-4. <https://doi.org/10.1080/02699052.2019.1658227>

Serviço Nacional de Saúde (2020). Disponível em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude>

Soares, J., Martin, A., Rabelo, J., Barreto, M. & Marcon, S. (2016). Presença da família durante o atendimento emergencial: Percepção do paciente vítima de trauma. *Aquichan*. 16 (2), 193-204. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.7

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

Sousa, E. (2019). *Cuidados de enfermagem especializados à pessoa vítima de catástrofe/emergência multivítimas: Uma abordagem integrada*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/34059?locale=en>

Teixeira, J. & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*.

https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2616&id_revista=24&id_edicao=97

Universidade de Évora (2015). NCE/14/01772 – Apresentação do pedido corrigido – Novo ciclo de estudos. <https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>

Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2019). *Critical Care Nursing – Diagnosis and Management* (9ª ed.). Elsevier.

Vaz, C., Rosário, E., Silva, I. & Nunes, L. (2011). Pareceres – reflectir o agir: Análise complexa de um caso. *Percursos*, 21, 1-43. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n21.pdf

Victorian State Trauma Committee (2017). Traumatic brain injury guideline. <https://trauma.reach.vic.gov.au/resources/trauma-victoria-guideline-pdf>

Zrelak, P., Eigsti, J., Fetzick, A. & Gebhardt, A. (2020). *Evidence-Based Review: Nursing Care of Adults with Severe Traumatic Brain Injury*. American Association of Neuroscience Nurses. http://aann.org/uploads/Publications/CPGs/AANN20_sTBI_EBR.pdf

APÊNDICE I - Consentimento informado, livre e esclarecido

Informação para o participante

Eu, Marta Elisabete Guedes Assis Melo, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal, no âmbito da unidade curricular Estágio Final, encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção profissional no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico do [REDACTED].

O projeto intitulado “Traumatismo Crânio-Encefálico: A Intervenção do Enfermeiro em Contexto de Emergência”, tem como objetivo contribuir para a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados prestados à pessoa vítima de TCE, através da construção de um protocolo de atuação com recurso à revisão da literatura.

Para o desenvolvimento deste projeto é fundamental a realização de um diagnóstico de situação adequado, pelo que solicito a sua colaboração através do preenchimento deste documento.

Este questionário encontra-se dividido em duas partes: a primeira parte destinada à caracterização sociodemográfica e académica dos enfermeiros deste serviço, e a segunda parte onde estão contempladas questões de resposta fechada de forma a perceber a opinião dos enfermeiros relativamente à pertinência da temática.

Estima-se que o seu preenchimento não ultrapasse os 5 minutos.

Os aspetos éticos inerentes a este estudo, nomeadamente a confidencialidade e o anonimato, serão respeitados. Os dados recolhidos destinam-se apenas a este trabalho, não sendo utilizados para outros fins que não os explanados. Informa-se ainda que a sua participação é voluntária, podendo recusar participar ou desistir em qualquer momento sem que isso traga qualquer prejuízo. Porém, ressalvo a importância do seu contributo para a elaboração deste projeto de intervenção.

Para qualquer esclarecimento adicional, não hesite em contactar através do e-mail 210531032@estudantes.ips.pt.

Marta Elisabete Guedes Assis Melo

Estudante nº 210531032

Declaração de consentimento do participante

Declaro ter lido e compreendido o presente documento, bem como todas as informações que me foram transmitidas verbalmente. Fui informado que, em qualquer momento, posso desistir ou recusar participar neste estudo sem qualquer prejuízo.

Desta forma, aceito participar neste estudo e autorizo a utilização dos dados que forneço de forma voluntária, confiando que os mesmos serão apenas utilizados para esta investigação e de acordo com as garantias de anonimato e confidencialidade que me são asseguradas pelo investigador.

Assinatura do participante:

Data: ____/____/____

APÊNDICE II - Questionário de caracterização sociodemográfica, profissional e acadêmica da equipa de enfermagem e apreciação da pertinência do Projeto de Intervenção Profissional

QUESTIONÁRIO

PARTE 1

CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, PROFISSIONAL E ACADÉMICA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

1. **Idade:** _____ anos

2. **Sexo:** Masculino Feminino

3. **Experiência profissional (anos)**

1-5 6-10 11-15 16-20 + de 20

4. **Experiência no Serviço de Urgência (anos)**

1-5 6-10 11-15 16-20 + de 20

5. **Título profissional**

Enfermeiro Enfermeiro especialista

Área de Especialidade (caso se aplique)

6. **Habilitações Académicas**

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

PARTE 2

APRECIÇÃO DA PERTINÊNCIA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

1. Tem alguma formação na área de trauma?

Sim Não

1.1 Se sim, há quanto tempo realizou essa formação?

Há mais de 2 anos Há menos de 2 anos

1.2 Em que contexto realizou essa formação?

Formação em serviço

Curso com entidades certificadas

Pós-graduação/ Mestrado

Outro _____

2. Sendo que, grande parte dos doentes admitidos por trauma na sala de emergência apresenta TCE, qual a importância que atribui à atualização de conhecimentos nesta área?

Muito importante

Importante

Pouco importante

Nada importante

3. Considera que seria pertinente a existência de um protocolo de atuação para a uniformização dos cuidados prestados ao doente com TCE na sala de emergência?

Muito pertinente

Pertinente

Pouco pertinente

Nada pertinente

4. Considera que a aquisição e consolidação de conhecimentos sobre a abordagem ao doente com TCE na sala de emergência, irá promover a melhoria dos cuidados prestados?

Concordo plenamente

Concordo

Discordo

Discordo totalmente

Obrigada pela sua colaboração

APÊNDICE III - Cronograma do Projeto de Intervenção Profissional

Atividades	Ano/Mês/Quinzena															
	2022								2023							
	Set.	Outubro		Novembro		Dezembro		Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		
	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2	
Reunião com enfermeiro chefe do SUMC e enfermeira orientadora																
Identificação da área de necessidade de intervenção no serviço																
Pesquisa bibliográfica																
Definição do objetivo geral e específicos																
Definição das estratégias e atividades a desenvolver																
Construção do cronograma do projeto																
Construção dos questionários a aplicar à equipa de enfermagem do SUMC																
Elaboração do consentimento informado esclarecido e livre para participação no estudo																
Elaboração da proposta de projeto de intervenção profissional																
Envio da proposta de projeto ao Centro de Formação, Investigação e Conhecimento do [REDACTED]																
Criação de um grupo de trabalho para construção do protocolo																
Aplicação do questionário aos enfermeiros do SUMC																
Recolha e tratamento dos dados colhidos através do questionário																

Realização de análise SWOT															
Revisão <i>scoping</i> sobre a temática em estudo															
Elaboração da proposta de protocolo de atuação															
Reunião com a enfermeira orientadora, enfermeiro chefe do SUMC e diretor clínico do Serviço de Medicina Intensiva 2 para apreciação do protocolo desenvolvido															
Reformulação do protocolo (se necessário)															
Preparação e divulgação da sessão de formação em serviço															
Apresentação da sessão formativa com divulgação da proposta de protocolo de atuação															
Submissão do protocolo de atuação a aprovação do Conselho de Administração															
Elaboração do Relatório de Estágio															

APÊNDICE IV - Resumo do artigo “Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Crânio-Encefálico em Sala de Emergência”

Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Crânio-encefálico em Sala de Emergência: uma Revisão Scoping

Marta Melo ¹, Adriano Pedro ²

¹ Estudante do VI Curso de Mestrado em Enfermagem em Médico.Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

² PhD, Professor Coordenador na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

RESUMO

Enquadramento: O traumatismo crânio-encefálico é uma das principais causas de mortalidade e incapacidade no mundo, acometendo pessoas de todas as faixas etárias. Estes doentes requerem uma atuação rápida e eficaz, primordial para um bom prognóstico neurológico. **Objetivo:** Identificar as intervenções de enfermagem à pessoa com traumatismo crânio-encefálico admitida na sala de emergência. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão scoping orientada pela metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*. Para a pesquisa utilizaram-se as diferentes bases de dados das plataformas EBSCOhost e b-on, no período temporal de 2018 a 2022. A seleção baseou-se na aplicação de critérios de inclusão e exclusão, resultando num total de sete artigos. **Resultados:** As principais intervenções de enfermagem identificadas nos estudos remetem para uma abordagem primária baseada no protocolo ABCDE, uma avaliação secundária, para colheita da história clínica e realização do exame físico detalhado, a implementação de medidas neuroproteção, o apoio emocional ao doente e família e a transferência para unidades diferenciadas. **Conclusão:** É pertinente desenvolverem-se mais estudos centrados nos cuidados de enfermagem e na componente humanística em contexto de emergência.

Palavras-Chave: Traumatismo crânio-encefálico; Cuidados de enfermagem; Emergência.

Abstract

Background: The traumatic brain injury is one of the main causes of mortality and incapacity in the world, affecting all age groups. A quick and effective treatment is crucial for a good neurologic prognostic. **Objective:** Identify the nursing interventions to the person with

traumatic brain injury admitted at emergency room. **Methodology:** Was performed a scoping review supported by the Joanna Briggs Institute methodology. Research was carried out in different databases of the EBSCOhost and b-on platforms, in the time period from 2018 to 2022 and 2022. The selection was based on the application of inclusion and exclusion criteria, resulting in a total of 7 articles. **Results:** The main nursing interventions identified on the studies refers to a primary approach based on the ABCDE protocol, a secondary evaluation performed to assess patient's clinical history and a detailed physical assessment, implementation of neuroprotection measures, patient and family emotional support and the patient transference to specialised units. **Conclusion:** Its relevant the development of more studies focussed on nursing care and an humanistic component in a emergency context.

Key words: Emergency; nursing care; tbi; traumatic brain injury.

Resumen

Marco contextual: El traumatismo craneoencefálico es una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en el mundo, afectando a personas de todas las edades. Estos pacientes requieren una actuación rápida y eficaz, primordial para un buen pronóstico neurológico. **Objetivo:** Identificar las intervenciones realizadas por enfermería a personas con traumatismo craneoencefálico ingresadas en urgencias. **Metodología:** Fue realizada una revisión del alcance siguiendo la metodología propuesta por el Instituto Joanna Briggs. La búsqueda se ha realizado en las diferentes bases de datos de las plataformas EBSCOhost y b-on, entre 2018 y 2022. Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión, fueron seleccionados un total de siete artículos. **Resultados:** Las principales intervenciones de enfermería identificadas en el estudio nos indican una atención primaria, priorizada y con enfoque en el protocolo ABCDE, una atención secundaria direccionada a recoger datos de la historia clínica y a la realización de un examen físico detallado, la implementación de medidas neuroprotectoras, el apoyo emocional al paciente y a la familia, y el traslado del mismo a unidades diferenciadas. **Conclusión:** La escasa literatura sugiere la necesidad de desarrollar nuevos estudios centrados en los cuidados de enfermería y en la humanización de los cuidados en situaciones de emergencia.

Palabras clave: Cuidados de Enfermería; Emergencia; TCE; Traumatismo craneoencefálico.

APÊNDICE V - Proposta de protocolo de atuação na abordagem à pessoa vítima de TCE na sala de emergência

	PROTOCOLO DE ATUAÇÃO	Nº Data:	FOLHA 1/23
ASSUNTO: ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO NA SALA DE EMERGÊNCIA ████████████████████ ████████████████████		ELABORADO POR:	
		VALIDADO POR:	
		EM:	
DIVULGAÇÃO: Manual Hospitalar		APROVADO POR :	
ENTRADA EM VIGOR: Imediata		EM:	
SUBSTITUI: Sem antecedentes		A REVER EM:	

I – POLÍTICA E DEFINIÇÃO

Este protocolo aplica-se na Sala de Emergência do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico da Unidade Hospitalar ██████████.

O Traumatismo crânio-encefálico (TCE) é o resultado da aplicação de uma força física externa causadora de lesão a nível cerebral, e está entre os tipos de trauma mais comumente encontrados nos serviços de urgência (American College of Surgeons [ACS], 2018).

O TCE continua a ser um grave problema de saúde pública, sendo os acidentes rodoviários e as quedas as principais causas. A longo prazo, a maioria dos sobreviventes de TCE apresenta sequelas emocionais e comportamentais que afetam significativamente a sua vida pessoal, social e profissional (Santos & Agrela, 2019).

Em Portugal verifica-se uma diminuição das taxas de incidência e mortalidade decorrentes do TCE entre 1997 e 2014: a incidência diminuiu de 137 para 65/100 000 habitantes e a mortalidade de 17 para 10/100 000 habitantes. A taxa de incidência por faixa etária também difere, com menos casos na população jovem em 2014, contrastando com uma mortalidade muito elevada entre a população idosa. Este decréscimo significativo no número de casos pode ser explicada pela melhoria das condições de segurança rodoviária e assistência em acidentes. No entanto, a mortalidade na população idosa continua elevada, exigindo medidas preventivas mais eficazes, tendo em conta o aumento da esperança média de vida da população (Santos & Agrela, 2019).

II – OBJETIVOS

O presente protocolo tem como objetivos:

- Melhorar a segurança e a qualidade das intervenções ao doente com TCE na sala de emergência;
- Uniformizar os procedimentos na abordagem ao doente com TCE na sala de emergência;
- Implementar medidas que previnam a ocorrência de lesão cerebral secundária;
- Promover o encaminhamento adequado e atempado para unidades diferenciadas.

**ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO
CRÂNIO-ENCEFÁLICO NA SALA DE EMERGÊNCIA**

Nº
Data:

FOLHA
2/23

III – CONTEXTUALIZAÇÃO

1. Classificação dos TCE

A gravidade do TCE é clinicamente avaliada pela Escala de Coma de Glasgow (GCS) e pela duração do estado de inconsciência, sendo classificado em três categorias (Urden et al., 2019):

- **Leve:** GCS 13-15 ou perda de consciência até 15 minutos;
- **Moderado:** GCS 9-12 ou perda de consciência até 6 horas;
- **Grave:** GCS 3-8 ou perda de consciência superior a 6 horas.

2. Fisiopatologia / Fisiologia

O conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos da lesão cerebral no TCE é fundamental para a compreensão das medidas clínicas a estabelecer.

2.1. Lesão cerebral primária e secundária

A fisiopatologia da lesão cerebral pode dividir-se em duas categorias principais: lesão primária e lesão secundária.

Lesão cerebral primária - é o dano sofrido no momento do trauma como resultado da energia transferida ao crânio ou encéfalo. Podem ser leves, com pouco ou nenhum dano neurológico, ou graves, com grandes danos cerebrais e teciduais. Os mecanismos comuns incluem impacto direto, aceleração/desaceleração, lesão penetrante e ondas explosivas. As lesões primárias podem incluir:

- fraturas de crânio: fraturas lineares, fraturas por afundamento e fraturas da base do crânio;
- lesões intracerebrais: concussões, lesão axonal difusa, hematomas epidurais, hematomas subdurais, contusões e hematomas intraparenquimatosos.

A extensão e a recuperação da lesão está frequentemente relacionada com o facto de ser focalizada (limitada a uma área específica) ou difusa (generalizada em todo o cérebro) (Urden et al., 2019).

Lesão cerebral secundária – é a lesão no cérebro resultante da resposta bioquímica e celular ao trauma inicial, que pode exacerbar a lesão primária e causar danos adicionais e comprometimento na recuperação cerebral. Os **insultos secundários** são considerados os eventos que determinam o agravamento da lesão secundária, e nesta categoria incluem-se alterações locais (hipóxia, edema, isquemia, hidrocefalia, disfunções metabólicas e aumento da pressão intracraniana) e alterações sistémicas (coagulopatias, hipotensão, alterações no equilíbrio ácido-base) (Feliciano et al., 2021 & Urden et al., 2019).

**ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO
CRÂNIO-ENCEFÁLICO NA SALA DE EMERGÊNCIA**

**Nº
Data:**

**FOLHA
3/23**

2.2. Pressão intracraniana

O crânio é uma cavidade rígida e inextensível, cujo espaço intracraniano é composto pelo parênquima cerebral (80%), sangue (10%) e líquido cefalorraquidiano (10%). A PIC é a pressão exercida dentro do crânio pelo seu conteúdo. Qualquer aumento de volume de um dos componentes intracranianos, tem de ser compensado pela redução de um ou mais dos outros componentes, de tal modo que o volume total permaneça constante – *Doutrina de Monro-Kellie* (ACS, 2018).

Este processo de autorregulação cerebral é prejudicado quando o volume de um ou mais componentes aumenta para além da capacidade de compensação, verificando-se uma elevação na PIC. O aumento da PIC compromete a entrada de sangue no cérebro com redução da perfusão cerebral, podendo causar dano celular por isquemia e consequente morte encefálica. A hipertensão intracraniana (HIC) ocorre quando a PIC é superior a 20 mmHg (Urden et al., 2019).

Sinais de elevação PIC

Os sinais e sintomas de aumento da PIC incluem:

- Cefaleias;
- Diminuição do nível de consciência;
- Assimetria pupilar e resposta pupilar à luz diminuída;
- Papiledema na observação do fundo ocular;
- Vômitos;
- Postura em descorticação ou descerebração;
- Sinais de compressão do tronco cerebral – bradicardia, hipertensão arterial sistólica, alterações no padrão respiratório (triade de Cushing).

Os doentes podem apresentar um ou todos os sinais, dependendo da causa subjacente. A diminuição do estado de consciência, é o sinal mais precoce de elevação da PIC (Urden et al., 2019).

Quando ocorre um aumento significativo da PIC, o conteúdo intracerebral desloca-se de um compartimento cerebral através da abertura na base do crânio, pressionando o tronco cerebral - **herniação cerebral**. Pode ocorrer com pressões acima dos 25 mmHg. Manifesta-se por: coma, pupilas assimétricas, dilatadas e não reativas à luz; postura de descorticação ou descerebração; e "triade de Chushing" (Urden et al., 2019).

2.3. Fluxo sanguíneo cerebral (FSC)

O FSC é proporcional às necessidades metabólicas cerebrais e normalmente é de 50ml/100g de tecido encefálico/min. O encéfalo normal tem a capacidade de manutenção de um FSC constante, independentemente de grandes variações da tensão arterial – efeito designado por *autorregulação*. Uma variação da PAM de 50 a 150 mmHg não altera o FSC. Fora dos limites desta autorregulação, o FSC torna-se dependente da **pressão de perfusão cerebral (PPC)** que é definida como a diferença entre a pressão arterial média (PAM) e a PIC ($PPC = PAM - PIC$) (Urden et al., 2019).

ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO NA SALA DE EMERGÊNCIA	Nº Data:	FOLHA 4/23
---	---------------------	-----------------------

No caso de TCE grave, a autorregulação da pressão está comprometida e o cérebro não consegue compensar adequadamente as mudanças na PPC. Nesta situação, a PAM muito baixa resulta em isquemia, e por outro lado, se a PAM está muito alta, ocorre edema cerebral com elevação da PIC (ACS, 2018).

Também os gases arteriais exercem um efeito significativo sobre o FSC. Os vasos sanguíneos cerebrais contraem ou dilatam em resposta a alterações na pressão parcial de oxigênio (PaO_2) ou na pressão parcial de dióxido de carbono (PaCO_2) no sangue (ACS, 2018). A hipóxia e hipercapnia levam à vasodilatação cerebral, com aumento do volume sanguíneo cerebral, enquanto hipocapnia leva à vasoconstrição cerebral e uma redução em volume sanguíneo cerebral (Urden et al., 2019).

O valor recomendado da PPC para a manutenção de um adequado fluxo sanguíneo cerebral é de 70-90mmHg (ACS, 2018).

IV - ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO

A - Quem executa

- O médico da sala de emergência;
- O enfermeiro da sala de emergência.

B - Horário

- De acordo com a orientação do protocolo;
- Segundo prescrição médica.

C - Considerações Gerais

1. Critérios de admissão na sala de emergência

- $\text{GCS} \leq 13$ em qualquer momento desde a lesão;
- $\text{GCS} < 15$ duas horas após o trauma;
- Presença de fratura exposta ou deformidade do crânio;
- Qualquer sinal de fratura da base do crânio (hemotímpano, equimose peri-orbitária (olhos de guaxinim), equimose retroauricular (sinal de Battle), rinorraquia, otorraquia);
- Convulsão pós-traumática;
- Déficit neurológico focal;
- Mais de um episódio de vômito;
- Mecanismo de lesão significativo (atropelamento de peão ou ciclista, ejeção do veículo, queda de uma altura superior a 1 metro ou 5 escadas);

ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO NA SALA DE EMERGÊNCIA

Nº
Data:

FOLHA
5/23

- Doentes com os seguintes fatores de risco que tenham tido algum período de perda de consciência ou amnésia:
 - Idade \geq 65 anos;
 - Tratamento com anticoagulantes.

(NICE, 2019)

2. Abordagem do doente com TCE

O principal objetivo no tratamento do TCE é evitar danos secundários num cérebro já lesionado, através da prevenção da hipóxia, manutenção da normocapnia, prevenção da hipotensão, controlo da PIC e intervenção neurocirúrgica o mais precocemente possível, caso exista indicação.

Deve-se presumir que os doentes com TCE apresentam fratura da coluna cervical e devem ser tomadas todas as precauções apropriadas para imobilização da coluna, até que a lesão possa ser excluída (Victorian State Trauma Committee [VSTC], 2017).

A gestão do doente com TCE na sala de emergência implica:

- **Abordagem inicial** - baseada no protocolo do *Advanced Trauma Life Support (ATLS)* – metodologia ABCDE, tem como princípio a correção das condições com risco de vida através de uma sequência de etapas.
- **Medidas de neuroprotecção** - direcionadas à prevenção e tratamento dos fatores que causam lesão cerebral secundária.
- **Abordagem secundária** - para realização de um exame objetivo mais detalhado, realização da história clínica e implementação de intervenções não emergentes.
- **Referenciação** e preparação para transferência para uma unidade diferenciada.

Parâmetros alvo na prevenção de lesões secundárias

SpO2	> 90%
PaO2	60-100 mmHg
PaCO2	35-45 mmHg
pH	7,35 – 7,45
PAM	80-90 mmHg
PAS	> 100 mmHg (entre 50-69 anos) e > 110 mmHg (entre 15-49 anos e \geq 70 anos)
Hemoglobina	\geq 7 g/dl
Plaquetas	\geq 75.000 mm ³
INR	\leq 1,4

ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO NA SALA DE EMERGÊNCIA	Nº Data:	FOLHA 6/23
---	-----------------	-------------------

Sódio	135-145 mEq/dl
Glicemia	80-180 mg/dl
Temperatura	36-37,5°C

V – EXECUÇÃO

ABORDAGEM PRIMÁRIA

A abordagem primária ao doente com TCE, segue os princípios gerais do atendimento de qualquer vítima de trauma. Através da metodologia ABCDE, que visa avaliar de forma sequencial ou simultaneamente se existem elementos suficientes, a via aérea (*Airway*), a respiração (*Breathing*), a circulação (*Circulation*), o estado neurológico (*Disability*) e expor a pessoa para identificação de lesões ou deformidades significativas (*Exposure*), devem ser identificadas e resolvidas as situações que colocam em risco imediato a vida do doente.

Especificidades na abordagem ABCDE do doente com TCE

	Intervenções	Objetivos
A- Via aérea	Se o doente não tiver colar cervical, proceder à estabilização manual com posterior colocação do colar;	➤ Proteger a coluna cervical.
	Remover corpos estranhos presentes na cavidade oral;	➤ Permeabilizar a via aérea;
	Aspirar orofaringe na presença de secreções, sangue ou vômito;	➤ Evitar hipercapnia por hipoventilação.
	Aplicar manobras para permeabilização da via aérea - sub-luxação da mandíbula;	➤ Evitar obstrução por queda da língua;
	Inserir tubo orofaríngeo; Atenção: dispositivos nasais estão contraindicados até exclusão de fratura base do crânio.	➤ Impedir a criação de falsos trajetos através da lâmina cribiforme do etmóide.
	Antecipar a necessidade de entubação orotraqueal se GCS ≤ 8.	➤ Proteger a via aérea; ➤ Prevenir o risco de aspiração por perda de reflexos laríngeos.

ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO NA SALA DE EMERGÊNCIA		Nº Data:	FOLHA 7/23
B - Respiração	<u>Doente não entubado:</u> Administrar oxigénio suplementar de forma titulada;	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Prevenir a hipóxia; ➢ Manter valores de SpO₂ > 90%. 	
	Realizar entubação endotraqueal nas seguintes situações: - presença de hipoxemia e/ou SpO ₂ < 90%, apesar da oxigenoterapia suplementar; - presença de hipoventilação; - hiperventilação espontânea causando PaCO ₂ < 25 mmHg;	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Garantir oxigenação adequada (PaO₂ > 60 mmHg); ➢ Assegurar a normocapnia (PaCO₂ 35-45 mmHg). 	
	<u>Doente entubado:</u> Ventilar o doente com oxigénio a 100% até se obter gasometria arterial e ajustar FiO ₂ consoante os resultados; Colocar capnografia.	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Otimizar oxigenação; ➢ Prevenir hipóxia; ➢ Prevenir hipo/hipercapnia. 	
C - Circulação	Pesquisar fontes potenciais de hemorragia oculta decorrentes de trauma concomitante (Uma lesão intracraniana fechada nunca é causa de choque hipovolémico);	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Identificar e tratar causa de hipovolémia/hipotensão. 	
	Administrar fluidoterapia com soluções isotónicas; Administrar vasopressores se hipotensão refratária à fluidoterapia.	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Manter PAM 80-90 mmHg ou PAS > 110 mmHg; ➢ Preservar a perfusão cerebral. 	
D - Disfunção neurológica	Avaliar o nível de consciência através da escala de coma de Glasgow;	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Classificar gravidade do TCE; 	
	Avaliar as pupilas: tamanho, simetria e reatividade à luz;	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Identificar a presença de lesão neurológica focal; 	
	Avaliar a força muscular e simetria motora;	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Identificar sinais de herniação cerebral. 	
	Pesquisar a presença de álcool, drogas e intoxicações;	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Excluir fatores de confusão que possam alterar o exame neurológico. 	
E - Exposição	Avaliar glicemia capilar		
	Administrar antipiréticos ou promover medidas de arrefecimento se temperatura superior a 37,5°C;	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Evitar hipertermia; ➢ Prevenir elevação da PIC; ➢ Promover normotermia (36-37,5°C). 	
	Tapar o doente com manta e ajustar a temperatura da sala;	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Minimizar a perda de calor corporal; 	
	Utilizar aquecimento externo.	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Evitar hipotermia; ➢ Promover normotermia. 	

**ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO
CRÂNIO-ENCEFÁLICO NA SALA DE EMERGÊNCIA**

Nº
Data:

FOLHA
8/23

MEDIDAS DE NEUROPROTEÇÃO

O principal objetivo terapêutico no tratamento do doente com TCE é essencialmente evitar insultos cerebrais secundários (particularmente a hipoperfusão cerebral, hipóxia, hipovolémia). Também a hipertensão intracraniana (HIC) é um dos mecanismos mais comuns de lesão secundária. No entanto, objetivar clinicamente ou avaliar diretamente o valor da PIC não é possível na sala de emergência. Deste modo, o despiste atempado de sinais e sintomas de HIC, as estratégias não invasivas que podem ajudar no controlo da PIC e a manutenção dos parâmetros vitais, são fundamentais para garantir uma eficaz perfusão cerebral.

1. Medidas gerais no controlo da PIC

- Elevação da cabeceira 30°- 45° (se não houver contra-indicação pela presença de outras lesões) – facilita o retorno venoso, constatando-se uma descida na PIC de 1 mmHg por cada 10° de elevação;
- Alinhamento tronco-cefálico - melhora o retorno venoso do cérebro diminuindo a PIC;
- Alívio ou, logo que possível, remoção do colar cervical – este dispositivo impede o retorno venoso, aumentando a PIC em média 4,4 mmHg;
- Tratamento da hipertermia – aumenta o FSC, provoca vasodilatação e aumento da PIC;
- Tratamento da hipotermia – aumenta a solubilidade do CO₂ com consequente hipocapnia, e diminui o FSC com consequente aumento da mortalidade;
- Controlo da dor e da agitação, através da administração de analgesia e sedação – estas condições provocam aumento das catecolaminas e aumento da PIC;
- Evitar aspiração endotraqueal prolongada, ou se necessário, deve ser realizada de forma cautelosa e em curtos espaços de tempo – este procedimento estimula a tosse, incitando aumento das catecolaminas e aumento da PIC.

(Dixon et al., 2020 & Rakhit et al., 2020)

2. EOT, ventilação e sedoanalgesia

Indicações para EOT

- GCS ≤ 8;
- Incapacidade de manter a via aérea permeável;
- Risco de aspiração por perda de reflexos laríngeos;
- Ventilação e oxigenação inadequadas:
 - Hipóxia – PaO₂ < 70 mmHg em ar ambiente ou PaO₂ < 100mmHg com aporte adicional de oxigénio;
 - Hipercapnia – PaCO₂ > 45 mmHg;
- Necessidade de hiperventilação para redução da PIC;

**ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO
CRÂNIO-ENCEFÁLICO NA SALA DE EMERGÊNCIA**

Nº
Data:

FOLHA
9/23

- Hiperventilação espontânea causando $\text{PaCO}_2 < 25$ mmHg;
- Convulsões contínuas ou recorrentes;
- Desenvolvimento de complicações, por exemplo, edema pulmonar neurogénico, hipertermia.

(ETCO, 2018)

Especificidades na EOT do doente com TCE

- A hipóxia pré-existente, hipertensão intracraniana, o estômago cheio e lesões coexistentes, como trauma da coluna vertebral e lesões maxilofaciais podem estar presentes, o que dificulta a gestão das vias aéreas nestes doentes;
- A realização de pré-oxigenação é obrigatória (se possível, oxigenar 5 minutos com FiO_2 100%);
- A hiperóxia parece não ter efeito negativo na mortalidade podendo-se permitir algum grau de hiperóxia;
- São preferidas drogas anestésicas que permitam um rápido controlo da via aérea evitando o aumento da PIC e mantendo a estabilidade hemodinâmica;

(ETCO, 2018)

Esquema sedoanalgésico:

Analgesia

Fentanilo 0,5-1,5 mcg/kg bólus ev (diminui as catecolaminas);

Agentes indutores

Cetamina 1,0-2,0 mg/kg bólus ev (induz o aumento da perfusão cerebral, sem alterações na PIC);

Etomidato 0,2-0,25 mg/kg bólus ev (reduz a PIC, no entanto causa náuseas/vómitos e movimentos clónicos que aumentam a PIC);

Propofol 0,5-1,5 mg/kg bólus ev (tem função neuroprotetora com redução da PIC, no entanto pode causar hipotensão);

Bloqueio neuromuscular

Rocurónio 0,6-1,2 mg/kg bólus ev

- Durante a laringoscopia, o colar cervical deve ser aberto e a estabilização cervical assegurada manualmente;
- Uma adequada sedoanalgesia pós-entubação é essencial pela sua resposta simpatomimética. Nesta fase as drogas de perfusão preferencialmente utilizadas são:
 - **Fentanilo** 0,05-0,1 mcg/kg/minuto;
 - **Propofol** 0,5-3 mcg/kg/minuto (tem um efeito de ação curto e possibilita a avaliação neurológica quando necessário, no entanto deve ser feito um controlo apertado do perfil tensional);
 - **Cetamina** 1-3 mg/kg/hora.

**ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO
CRÂNIO-ENCEFÁLICO NA SALA DE EMERGÊNCIA**

**Nº
Data:**

**FOLHA
10/23**

Considerações na ventilação:

PaCO₂

O aumento da PaCO₂ conduz à vasodilatação cerebral, aumento do FSC e aumento da PIC. Por sua vez, a diminuição do PaCO₂ conduz à vasoconstrição cerebral, redução do FSC, culminando numa isquemia cerebral secundária - **Manter a Normocapnia.**

A diminuição da PaO₂ e a acidemia conduzem a uma vasodilatação cerebral e consequente aumento da PIC. Deverão ser corrigidas.

(Urden et al., 2019 & Rakhit et al., 2020)

Hiperventilação

A Hiperventilação para uma PaCO₂ de 30mmHg está recomendada em caso de herniação ou em HIC refratária a outras medidas. Não se vê benefício na hiperventilação profilática ou se não existirem sinais de elevação da PIC.

Está **contraindicada** nas primeiras 24h uma vez que o FSC já se encontra diminuído.

(BTF, 2016 & VSTC, 2017)

PEEP

A PEEP acima dos 15 cmH₂O conduz ao aumento da pressão intratorácica, diminuição do retorno venoso cerebral e consequente aumento da PIC. Manter PEEP ligeira a moderada (5-8 cmH₂O). Aumentar se necessidade de melhorar oxigenação – ARDS, trauma ou patologia pulmonar.

(Rakhit et al., 2020)

3. Tratamento da hipotensão

- Para melhor controlo do perfil tensional, considerar a colocação de cateter arterial;
- Devem ser administrados soros isotónicos como o cloreto de sódio 0,9% ou lactato de ringer de forma controlada, de modo a privilegiar a **normovolémia** e evitar a elevação da PIC por sobrecarga de volume;
- Soros hipotónicos, soros glicosados e albumina estão **contraindicados**;
- Se hipotensão refratária à fluidoterapia, considerar administração de vasopressores:
Perfusão de **noradrenalina** 2-10 mcg/minuto ou,
Perfusão de **dopamina** 2-20 mcg/kg/minuto.

(ACS, 2018 & Rakhit et al., 2020)

4. Tratamento da hipertensão arterial

No caso de hipertensão arterial, está contraindicado o uso de nifedipina e nitratos, pelo seu efeito vasodilatador cerebral. A droga de eleição é o *labetalol* 10-20 mg bólus ev (Urden et al., 2019).

ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO NA SALA DE EMERGÊNCIA	Nº Data:	FOLHA 11/23
---	---------------------	------------------------

5. Considerações relativas à Hemoglobina (Hb)

Alguns estudos recomendam a administração de Unidades de concentrado de eritrócitos (UCE) quando Hb < 9,0g/dL e outros < 7,0g/dL. Não há diferenças na mortalidade nem impacto reduzido na evolução neurológica entre estes 2 limites. No entanto, assume-se Hb < 7,0g/dL como critério para hemotransfusão, pois foi o valor que relevou um risco mais reduzido de piores resultados neurológicos. A destacar que o TCE por si só não conduz a quedas significativas de Hb.

Dose: Administrar UCE até Hb alvo de >7,0g/dL

(Menon & Ercole, 2017)

5. Considerações relativas à coagulação

Coagulopatia induzida pelo TCE

É um risco comum e reconhecido como clinicamente desfavorável. Está relacionada com a destruição da barreira hemato-encefálica no local da lesão com consequente edema cerebral e com os estados de hipercoagulabilidade e hiperfibrinolíticos sistêmicos induzidos pelo TCE (Zhang et al., 2018).

- Deve ser tratada de imediato com benefícios clínicos;
- A administração precoce de plasma diminui a necessidade de administração de UCE, fluidoterapia e diminuição da mortalidade aos 30 dias;

Indicação: Plasma fresco congelado 15-20mL/kg.

Doses adicionais apenas se hemorragia persistente e sob orientação dos valores de PT e APTT.

(Zhang et al., 2018)

Coagulopatia induzida por fármacos

A coagulopatia também está presente em TCE como lesão única, mas intimamente ligado aos doentes medicados com algum tipo de terapêutica anti-trombótica, seja anti-plaquetários, antagonistas da vitamina K ou anticoagulantes orais, o que tem implicações óbvias em caso de hemorragia. Nesta situação, deve-se proceder à reversão imediata com o agente específico e a ressuscitação com volume deve ser restrita de forma a prevenir o aumento da PIC (Rakhit et al., 2020).

Anti-trombótico oral	Agente reversível
Antagonistas da vitamina K (varfarina)	<ul style="list-style-type: none"> - Vitamina K 2-10 mg - Complexo protrombínico (Octaplex 15UI/kg) - Na ausência do complexo, administrar 15-20mL/kg de plasma fresco congelado (PFC)

ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO NA SALA DE EMERGÊNCIA	Nº Data:	FOLHA 12/23
---	---------------------	------------------------

Inibidor da trombina (dabigatran)	- Idarucizumab 5gr (2 ampolas de 2,5gr/50 ml)
Inibidor do factor Xa (apixabano, edoxabano, rivaroxabano)	- Complexo protrombínico (Octaplex 15UI/kg) - Na ausência do complexo, administrar 15-20mL/kg de PFC

(Rakhit et al., 2020 & VSTC, 2017)

Plaquetas

Indicações: Considerar em doentes mais idosos e sob anti-plaquetários (aspirina, clopidogrel, ticagrelor) pois apresentam maior risco de HIC e maior mortalidade, mesmo em TCE menor.

Dose: administrar 1 pool de plaquetas se plaquetas <100.000.

(Rakhit et al., 2020)

Ácido tranexâmico

Indicações: Apesar dos estudos demonstrarem maior efetividade nos TCE leves a moderados até às 3h após o trauma, dado nenhum estudo ter revelado efeitos deletérios, o baixo custo do fármaco e poucos efeitos secundários, continua a ser prática a sua utilização nos TCE sintomáticos ou com evidência de lesão imagiológica.

Dose: Bólus de 1 gr ev em 10 minutos, seguido de perfusão de 1 gr em 8 horas.

(Roberts et al., 2019)

6. Termorregulação

- A prevenção de extremos térmicos é o objetivo na gestão inicial do TCE;
- Um aumento na temperatura central é comum nos primeiros dias após a lesão, o que pode aumentar a probabilidade de lesão cerebral secundária devido à elevação da PIC e aumento na produção de dióxido de carbono;
- A hipotermia conduz ao agravamento da coagulopatia induzida pelo trauma;
- **Promover normotermia (36°-37,5°C).**

(VSTC, 2017)

7. Profilaxia das convulsões

- Convulsões prolongadas aumentam a PIC e podem causar lesão cerebral secundária (ACS, 2018);
- A maioria ocorre nas primeiras 48h em 15% dos TCE graves com trauma penetrante;
- As convulsões podem ser: imediatas (<24h), precoces (< 7 dias desde a lesão) e tardias (>7 dias desde a lesão);
- Os anti-comiciais previnem as convulsões precoces, mas não reduzem a incidência das convulsões tardias;

ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO NA SALA DE EMERGÊNCIA	Nº Data:	FOLHA 13/23
---	---------------------	------------------------

- Não existe consenso quanto aos critérios para profilaxia, no entanto, sabe-se que deverá ser realizada no TCE grave. Assim, e juntando a diversa literatura, decidiu-se incluir pelo menos 1 dos seguintes fatores de risco:
 - GCS \leq 10;
 - Fratura craniana linear ou com afundamento;
 - Traumatismo penetrante, hematoma subdural, epidural ou intracerebral;
 - Contusão cortical;
 - Convulsão nas primeiras 24h após o trauma;
 - Etilismo crónico.
- Está recomendado a administração de fenitoína ou levetiracetam, no entanto este último não necessita de monitorização de níveis séricos, não interfere com a recuperação cognitiva, tem menos efeitos secundários e é mais barato.

Tratamento:

Convulsão aguda deverá ser tratada com benzodiazepinas (diazepam ou midazolam);

Profilaxia – levetiracetam 1000mg ev 2x dia durante 7 dias.

(BTF, 2016; Parmontree et al., 2019 & Rojas & Birrer 2017)

8. Terapêutica hiperosmolar

- A administração de agentes osmóticos deve ser garantida na presença de sinais de hipertensão intracraniana, sendo normalmente usados o manitol e o cloreto de sódio hipertónico;
- O principal mecanismo destes agentes é a criação de um gradiente osmótico que retira o excesso de fluidos do parênquima cerebral, reduzindo a PIC.

Manitol – É um potente diurético osmótico, usado para reduzir a elevação da PIC.

Contraindicado em doentes com TAS < 90 mmHg.

Administração: Manitol 20%, 0,25 a 1 g/kg numa infusão rápida de 5 minutos.

Cloreto de sódio hipertónico 3% – Mantém o volume intravascular, sendo o agente preferível em doentes com hipotensão. A sua administração requer vigilância apertada em doentes com hiponatremia prévia.

Administração: NaCl 3% 150-250 ml ev durante 10 minutos.

(Rekhit et al., 2020 & VSTC, 2017)

ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO NA SALA DE EMERGÊNCIA	Nº Data:	FOLHA 14/23
---	---------------------	------------------------

ABORDAGEM SECUNDÁRIA

A abordagem secundária é realizada após identificação e estabilização das funções vitais do paciente, e implica as seguintes intervenções:

Realizar exame físico detalhado da 'cabeça aos pés'	<ul style="list-style-type: none"> - Palpação do couro cabeludo para identificação de contusões, lacerações, fraturas, feridas e hematomas; - Inspeção, palpação, percussão e auscultação, sempre que possível e indicado, dos diferentes segmentos corporais.
Solicitar exames de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de TC crânio sem contraste (na admissão; repetição se descida de > 2 pontos na GCS; repetição às 24 e 72h); - Realização de radiografia ou TC cervical e radiografia torácica.
Colher a história clínica	<p>Utilização do acrónimo AMPLE</p> <p>A – Alergias</p> <p>M – Medicação habitual (especial atenção para os anticoagulantes devido ao risco acrescido de hemorragia, ou medicação que possa afetar o nível de consciência)</p> <p>P – Doenças prévias</p> <p>L – Última refeição (importante no caso de ser necessária EOT)</p> <p>E – Eventos que levaram ao trauma (auxilia na compreensão das circunstâncias da lesão e na avaliação de qualquer área que seja suscetível de ter recebido impacto).</p>
Gerir a dor	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorização da dor através da escala numérica ou escala BPS no caso de EOT (Anexo 1); - Administração de analgesia prescrita; - Promoção de medidas não farmacológicas.
Avaliar o estado neurológico do paciente com regularidade	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da consciência usando a GCS; - Exame pupilar (Anexo 2);

ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO NA SALA DE EMERGÊNCIA	Nº Data:	FOLHA 15/23
---	---------------------	------------------------

<i>Inserir sonda nasogástrica</i>	- Vigilância de sinais/sintomas: vômitos, alterações visuais, cefaleias, confusão, alterações na fala, alteração na força ou sensibilidade dos membros. - Prevenção do risco de vômito e aspiração; - Se suspeita de fratura de base do crânio, colocar sonda orogástrica.
<i>Inserir sonda vesical</i>	- Monitorização do débito urinário (indicador sensível da volémia do paciente e da função renal).
<i>Informar e prestar apoio à família</i>	- Promoção da presença da família junto ao doente, quando possível; - Comunicação direta, clara, informando sobre o estado de saúde do doente e procedimentos a realizar.

(VSTC, 2017)

REFERENCIAÇÃO E TRANSFERÊNCIA

Referenciação para neurocirurgia

Sinais indicativos de HIC

Achados imagiológicos e clínicos:

- Critérios major:
 - DLM > 5mm
 - Massa > 25cm³
 - Cisternas apagadas/ausentes
- critérios minor:
 - GCS ≤ 4
 - assimetria pupilar
 - alteração reatividade pupilar
 - cisternas presentes e DLM < 5mm e/ou massa < 25cm³

Presença de 1 critério major ou 2 ou mais critérios minor - probabilidade de PIC>22.

Défices neurológicos

- Deterioração do estado neurológico (queda de dois pontos na GCS);
- Convulsões;
- Persistência de cefaleia, vômitos, confusão ou outro distúrbio neurológico;

ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO NA SALA DE EMERGÊNCIA	Nº Data:	FOLHA 16/23
---	---------------------	------------------------

- (GCS 9–13) > de 2 horas após a admissão;
- GCS < 9 pós-ressuscitação.

Fratura do crânio

- Fratura craniana associada a confusão, diminuição do estado de consciência, convulsão, sinais neurológicos focais (anisocória, alteração na reatividade pupilar, pupilas dilatadas, hemiparésia) ou quaisquer outros sinais e sintomas neurológicos;
- Fratura aberta do crânio;
- Fratura com afundamento;
- Suspeita de fratura de base do crânio (equimose peri-orbitária [olhos de guaxinim], equimose retroauricular [sinal de Battle], rinorraquia, otorraquia e disfunção dos nervos cranianos VII e VIII [paralisia facial e perda auditiva]).

Achados anormais na tomografia computadorizada

- Hematoma intracraniano;
- Edema cerebral;
- Pneumoencéfalo;
- Deslocamento da linha média.

Situação de doentes medicados com anticoagulantes, que apresentam TCE, também deve ser discutida com neurocirurgia, devido ao aumento da suscetibilidade para hemorragia.

(VSTC, 2017)

Contacto com o hospital de referência

Informações a transmitir ao neurocirurgião:

- Nome e função da pessoa que está a fazer o contacto;
- Nome, idade e sexo do doente;
- História médica e medicação relevante;
- Mecanismo de lesão e há quanto tempo ocorreu;
- Descrição do estado neurológico do doente após o evento;
- Qualquer alteração do estado neurológico durante a transferência para o hospital;
- Avaliação inicial (ABCDE);
- Sinais de lesão neurológica ou episódios de convulsões;
- Tratamento administrado e resposta;
- Presença de outras lesões;
- Resultados de exames realizados.

ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO NA SALA DE EMERGÊNCIA	Nº Data:	FOLHA 17/23
---	---------------------	------------------------

Transferência

- Realizar registo dos cuidados prestados na plataforma Alert®;
- Reunir o processo clínico;
- Avaliar necessidade de enviar CD com exames imagiológicos, consoante hospital de referência;
- Promover o transporte seguro do paciente (consultar norma de transporte de doente crítico da SPCI. Disponível em <https://www.spci.pt/media/documentos/15827280365e567b9411425.pdf>)
- Transmitir a informação relevante à equipa de transporte segundo a metodologia ISBAR.

Doentes sem critérios de transferência para unidade de neurocirurgia

Dependendo do nível de cuidados exigidos e vigilâncias necessárias, o doente deverá ser transferido para um dos seguintes serviços intra-hospitalares:

- Área de decisão clínica, a cargo da especialidade;
- Unidade de cuidados intermédios (UIDA);
- Unidade de cuidados intensivos polivalente II.

VI – MONITORIZAÇÃO

- Proceder aos registos na plataforma Alert®, dos procedimentos e intervenções realizados, bem como das alterações e intercorrências que possam surgir;
- A monitorização da implementação do presente protocolo será realizada trimestralmente, a ajustar de acordo com as necessidades. Para o efeito será utilizada a grelha de observação em apêndice 1;
- A taxa de conformidade será obtida de acordo com a fórmula:

$$\text{Taxa de conformidade (\%)} = \frac{\text{Total de respostas Sim}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100.$$

**ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO
CRÂNIO-ENCEFÁLICO NA SALA DE EMERGÊNCIA**

**Nº
Data:**

**FOLHA
18/23**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American College of Surgeons (2018). *ATLS: Advanced Trauma Life Support*. 10th ed. Chicago

Brain Trauma Foundation (BTF) (2016). *Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury*. 4th ed. Disponível em <https://braintrauma.org/guidelines/guidelines-for-the-management-of-severe-tbi-4th-ed/>

Dixon, J., Comstock, G., Whitfield, J., Richards, D., Burkholder, T., Leifer, N., Mould-Millman N. & Hynes, E. (2020). Emergency department management of traumatic brain injuries: A resource tiered review. *African Journal of Emergency Medicine*, 10(3), 159-166. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2020.05.006>

European Trauma Course Organisation (2018). *European Trauma Course – The team approach*. 4th ed.

Feliciano, D., Mattox, K. & Moore, E. (2021). *Trauma*. 9th ed. McGraw Hill de Saúde

Menon, D. & Ercole, A. (2017). Critical care management of traumatic brain injury. In Aminoff, M., Boller, F. & Swaab, D. (3rd series) *Handbook of Clinical Neurology, Critical Care Neurology, Part I*, volume 140, 239-273. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63600-3.00014-3>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2019). Head injury: assessment and early management. Clinical guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg176>

Parmontree, P., Tunthanathip, T., Doungngem, T., Rojpitulstit, M., Kulviwat, W. & Ratanalert, S. (2019). Predictive Risk Factors for Early Seizures in Traumatic Brain Injury. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 10(4), 582–587. doi:10.1055/s-0039-170079

Parry, A. (2020). Systematic assessment of traumatic brain injury. *Nursing Standard*, 36 (1), 76-82. doi: 10.7748/ns.2020.e11551

Rakhit, S., Nordness, M., Lombardo, S., Cook, M. Smith, L. & Patel, M. (2020). Management and Challenges of Severe Traumatic Brain Injury. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 42 (01), 127-144. DOI: [10.1055/s-0040-1716493](https://doi.org/10.1055/s-0040-1716493)

Roberts, I., Shakur-Still, H., Aeron-Thomas, A., Belli, A., Brenner, A., Chaudary, M., Chaudhri, R., Jamaluddin, S., Frimley, L., Javaid, K., Jooma, R., Kayani, A., Leech, C., Mahmood, K., Mansukhani, R., Md Noor, J., Mejia-Mantilla, J., Moss, P., Pott, J., ... Vallecilla, L. (2019). Effects of tranexamic acid on death, disability, vascular occlusive events and other morbidities in patients with acute traumatic brain injury (CRASH-3): a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet*, 394, 1713–1723.

ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO NA SALA DE EMERGÊNCIA	Nº Data:	FOLHA 19/23
---	---------------------	------------------------

Rojas, K. & Birrer, K. (2017). Seizure prophylaxis in patients with traumatic brain injury (tbi) – surgical critical care evidence-based medicine guidelines committee.

<http://www.surgicalcriticalcare.net/Guidelines/Seizure%20prophylaxis%20in%20TBI%202017.pdf>

Santos, M. & Agrela, N. (2019): Traumatic brain injury in Portugal: progress in incidence and mortality. *Brain Injury*, 1-4. DOI: 10.1080/02699052.2019.1658227

Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2019). *Critical Care Nursing – Diagnosis and Management*. 9th ed. Elsevier.

Victorian State Trauma Committee (VSTC) (2017). Traumatic brain injury guideline.

<https://trauma.reach.vic.gov.au/resources/trauma-victoria-guideline-pdf>

Zhang, J., Zhang, F. & Dong, J. (2018). Coagulopathy induced by traumatic brain injury:

systemic manifestation of a localized injury. *Blood*, 131(18), 2001-2006. <https://doi.org/10.1182/blood-2017-11-784108>

APÊNDICE 1 - GRELHA DE OBSERVAÇÃO

GRELHA DE OBSERVAÇÃO	
Protocolo: Abordagem à pessoa vítima de traumatismo crânio-encefálico na sala de emergência	
[Redacted]	Audidores:
Serviço de Urgência	Data:

Intervenções	Sim	Não	N/A	Notas
1. Utilização de equipamento de proteção individual adequado				
2. Abordagem inicial segundo a metodologia ABCDE				
2.1. Gestão da via aérea com estabilização cervical				
2.2. Avaliação da ventilação e padrão respiratório				
2.2.1. Prevenção da hipóxia através da administração de oxigénio				
2.2.2. EOT de acordo com as indicações				
2.2.3. Medidas para assegurar normocapnia				
2.3. Avaliação do status cardíaco e circulatório				
2.3.1. Identificação de causas potenciais de hemorragia (na presença de hipotensão/hipovolémia)				
2.3.2. Tratamento da hipotensão				
2.4. Avaliação da disfunção neurológica				
2.4.1. Escala de coma de Glasgow				
2.4.2. Avaliação da glicemia capilar				
2.4.3. Avaliação pupilar				
2.4.4. Avaliação da força e simetria motora				
2.5. Manutenção da normotermia				
3. Implementação de medidas de prevenção do aumento da pressão intracraniana				
4. Realização de profilaxia de convulsões				
5. Se sinais de hipertensão intracraniana				
5.1. Realização de hiperventilação transitória				
5.2. Administração de agentes osmóticos				
6. Realização do exame físico da cabeça aos pés				
7. Pedido de exames complementares de diagnóstico				
8. Colheita da história clínica segundo o acrónimo AMPLE				
9. Monitorização e gestão da dor através de medidas farmacológicas / não farmacológicas				
10. Apoio e informação à família				
11. Referenciação para unidade de neurocirurgia se clínica de HIC ou achados anormais na TC				
12. Realização do registo das intervenções realizadas na plataforma Alert				

Legenda: N/A – Não aplicável

ANEXO 1 – Escala de avaliação da dor BPS

Indicador	Item	Pontuação
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída = sobrancelhas franzidas	2
	Completamente contraída = pálpebras fechadas	3
	Esgar facial	4
Movimento dos membros superiores	Sem movimento	1
	Parcialmente fletidos	2
	Muito fletidos com flexão dos dedos	3
	Retraído, resistência aos cuidados	4
Adaptação ao ventilador	Tolera a ventilação	1
	Tosse, mas tolera a ventilação a maior parte do tempo	2
	Luta contra o ventilador, mas a ventilação ainda é possível algumas vezes	3
	Incapaz de controlar a ventilação	4
Total		

Pontuação total: entre 3 (sem dor) e 12 pontos (dor máxima)

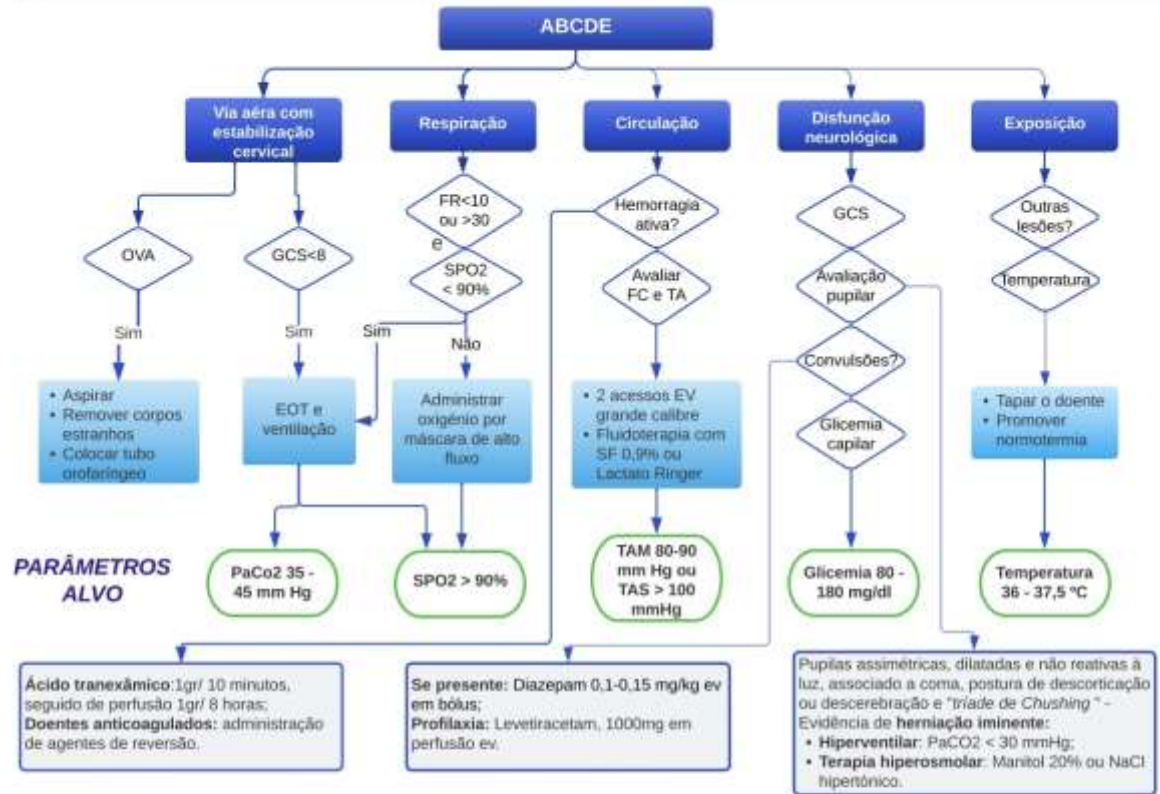
ANEXO 2 – Avaliação pupilar

Resposta pupilar	Interpretação
Pupilas com o mesmo tamanho e reativas à luz	Resposta normal
Uma pupila dilatada e não reativa à luz	Sugestivo de compressão do terceiro par craniano após herniação cerebral (devido ao aumento da PIC). Potencial lesão ocular ou orbital.
Dilatação pupilar bilateral sem reatividade à luz	Sugestivo de lesão no tronco cerebral superior. Também pode ser causa de drogas como a atropina ou barbitúricos.
Tamanho pupilar normal, sem reatividade à luz	Sugestivo de lesão do mesencéfalo.
Pupilas ovais	Sugestivo de fase inicial de herniação e compressão do tronco cerebral.

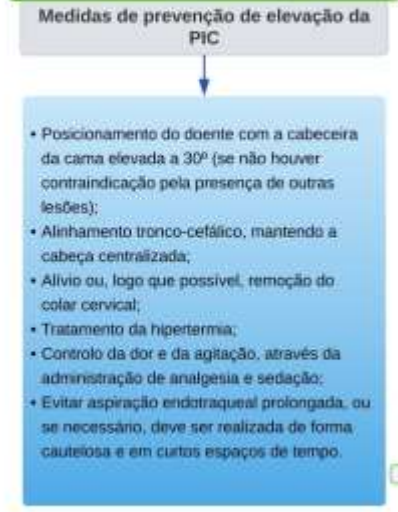
Adaptado de Parry, A. (2020)

ABORDAGEM AO DOENTE COM TCE NA SALA DE EMERGÊNCIA

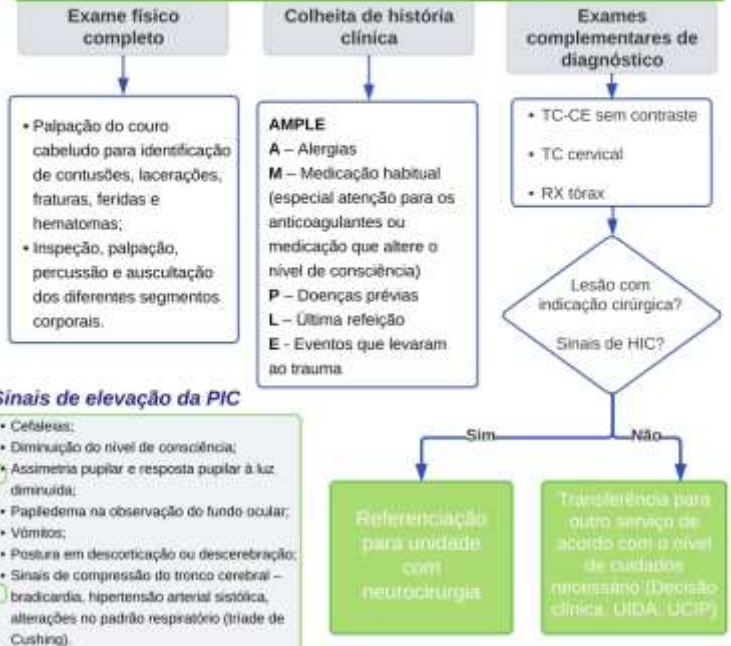
ABORDAGEM PRIMÁRIA



NEUROPROTEÇÃO



ABORDAGEM SECUNDÁRIA



**ANEXO I – Comprovativo de aprovação do Projeto de Intervenção Profissional pelo
Centro de Formação, Investigação e Conhecimento da unidade hospitalar**

De: **Unidade de Apoio Investigação** - [REDACTED]
Date: seg., 21 de nov. de 2022 às 10:35
Subject: Aprovação projeto de investigação
To: marta melo [REDACTED]

Exma. investigadora,

Venho por este meio comunicar a aprovação do projeto "**Traumatismo crânio-encefálico: a intervenção do enfermeiro em contexto de emergência**".

Deverá enviar uma cópia referente ao trabalho de investigação apresentado, assim como, todas as publicações e apresentações realizadas no âmbito deste trabalho de investigação. Qualquer questão não hesite em contactar-me.

Com os melhores cumprimentos,

[REDACTED]
Unidade de Apoio à Investigação do
[REDACTED]
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação.
[REDACTED]



ANEXO II – Certificado de participação no 2º Congresso Internacional “O Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade”



ANEXO III – Certificado de participação na formação profissional “Governança Clínica e Segurança do Doente”

UNIVERSIDADE DE ALGARVE
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, S.P.S.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Rua da Escola Médica 8120-101 Faro

Entidade acreditada pelo ACSS
Processo de Acreditação 22712/2020 e
Decreto Normativo de 13/11/2020



Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que MARTA ELISABETE GUEDES ASSIS MELO, titular do número de identificação 11958136-1ZW1, frequentou o curso de formação profissional GOVERNACAO CLINICA/SEGURANCA DOENTE, ministrado na Unidade Hospitalar de Faro, que decorreu entre 23-11-2022 e 23-11-2022, com a duração de 07h00.

Faro, 23 de novembro de 2022

Francisco M. D. Serra
Diretor
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

ACSS
Rua da Escola Médica, 8120-101, Faro
8120-101 Faro
centrohospitalar@chua Algarve.mis.gov.pt
8120-101 Faro
ofc.donp@chua Algarve.mis.gov.pt

000044_0102_02_0007_0017

Entidade Reguladora



ANEXO IV – Certificado de participação no Workshop “Revisão Sistemática da Literatura”



ANEXO V – Certificado de participação no “2º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica”



ANEXO VI – Certificado de participação no Webinar da Ordem dos Enfermeiros “A Supervisão Clínica como Estratégia para o desenvolvimento Profissional”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARTA ELISABETE GUEDES ASSIS MELO

membro nº **44738** desta Ordem, esteve presente no Webinar dinamizado pela Secção Regional da Madeira da Ordem dos Enfermeiros: **"Webinar - «A Supervisão Clínica como Estratégia para o Desenvolvimento Profissional»**", realizado no dia **13 de Julho de 2022**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma online Cisco Webex.**

Webinar através do Webex, 13 de Maio de 2022

Presidente do Conselho Directivo Regional

Nuno Miguel Sê Neves

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO VII – Certificado de participação no Webinar da Ordem dos Enfermeiros
“Investigação em Enfermagem”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARTA ELISABETE GUEDES ASSIS MELO

membro nº **44738** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar – Investigação em Enfermagem**", realizado no(s) dia(s) **no dia 20 de Outubro de 2022**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 20 de Outubro de 2022

Presidente do Conselho Directivo Regional

Sérgio Branco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO VIII – Certificado de participação na formação “Estratégias de comunicação com a pessoa em situação crítica e a família”

UNIVERSIDADE DE ALGARVE
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, S.P.S.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Rua 8 de Maio nº 5127-45007
Instituição certificada pelo ACRE
Processo de Acreditação 1271220008 e
Declaração Ministerial de 18/12/2009



Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que MARTA ELISABETE GUEDES ASSIS MELO, Enfermeiro (EPE), frequentou a Formação em Serviço ESTRATEGIAS DE COMUNICACAO COM A PESSOA EM SITUACAO CRITICA E A FAMILIA, na qualidade de participante, realizada a 19-10-2022 na Unidade Hospitalar de Portimão / Lagos, com a duração de 01h00.

Portimão, 19 de outubro de 2022

Francisco M. D. Serra
Director
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

1000
Rua 8 de Maio, 5127-4500, Faro
2000-7400
centrohospitalar@chua Algarve.pt
2000-7400
ofc.don@chua Algarve.pt

000000_0000_0000_0000

Entidade Reguladora



ANEXO IX - Certificado de participação no “1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra”

Certificado



Certifica-se que Marta Elisabete Guedes Assis Melo, com o cartão de cidadão nº 11958136, participou como **Congressista** no **1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)**, que se realizou no Centro de Congressos do CHUC, nos dias 19 e 20 maio 2022.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de **0,6** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP).

Coimbra, 26 maio 2022


Márcio Carvalho
Presidente da Comissão Organizadora


Áurea Andrade
Enfermeira Diretora do CHUC

1º CONGRESSO DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DESAFIO EMERGENTE

Centro de Congressos do CHUC
19 e 20 maio 2022

Organização:  **TERTÚLIA EMERGENTE**
ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS

 **CHUC**
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

ANEXO X - Certificado de apresentação do póster intitulado “Bioterrorismo: Uma ameaça real. Estamos preparados?” no 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra



Certificado



Certifica-se que a **Comunicação Livre em formato de e-Poster**, intitulado **BIOTERRORISMO: UMA AMEAÇA REAL. ESTAMOS PREPARADOS?**, apresentada por Daniel Guerreiro Cordeiro, cujos autores são Daniel Guerreiro Cordeiro, Ana Isabel Clemente Correia, Marta Elisabete Guedes Assis Melo, Ricardo Jorge Duarte Serrão, Mariana Carolino Pereira, integrou o **Programa de Comunicações Livres** no **1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)**, que se realizou no Centro de Congressos do CHUC, nos dias 19 e 20 maio 2022.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de **0,6 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP)**.
Coimbra, 23 maio 2022

Márcio Carvalho
Márcio Carvalho
Presidente da Comissão Organizadora

Áurea Andrade
Áurea Andrade
Enfermeira Diretora do CHUC

Rui Gonçalves
Rui Gonçalves
Presidente da Comissão Científica

1º CONGRESSO DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DESAFIO EMERGENTE

Centro de Congressos do CHUC
19 e 20 maio 2022

Organização:  **TERTÚLIA EMERGENTE**
ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS

 **CHUC**
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

ANEXO XI - Certificado do curso “Advanced Life Support”



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Marta MELO

19/10/1981

Obteve a qualificação de ERC
Advanced Life Support (ALS)
Operacional
No Setúbal, Portugal

Ana Catarina PEREIRA MESTRE DA CONCEIÇÃO
diretor de curso



Data do último curso: 21/05/2022

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.
Para verificar a validade deste certificado, aceda <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-638-260558

ANEXO XII - Certificado do curso “International Trauma Life Support”



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Marta Elisabete Guedes Assis Melo, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date
6/5/2022

course site
IP Setúbal, Setubal, INTL (International)

course director
Dr. Ana Ferreira, MD MD

course coordinator
Luís Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).
Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21-ITLS-P2-4202 CEH Type: Advanced

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to <https://www.capce.org/Cert/CertificateTroubleIndex>

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITL90026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and learning acts.

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS 349453-48576
International
Trauma Life Support

Marta Elisabete Guedes Assis Melo, RN

has successfully completed the cognitive skills
evaluation in accordance with the standards of
International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date **6/5/2022** Expiration Date **06/2025**

Course Number **48576**

Course Location **IP Setúbal, Setubal, INTL (International)**

ANEXO XIII - Certificado de participação no curso de formação profissional “Vias Verdes - AVC”

UNIVERSIDADE DE ALGARVE
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, S.P.S.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Rua da Escola Médica 6400-010 Faro

Entidade acreditada pelo ACSS
Processo de Acreditação 22712/2020 e
Decreto Normativo de 13/12/2020



Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que MARTA ELISABETE GUEDES ASSIS MELO, titular do número de identificação 11958136-1ZW1, frequentou o curso de formação profissional VIAS VERDES - AVC, ministrado na Unidade Hospitalar de Portimão / Lagos, que decorreu entre 27-10-2022 e 27-10-2022, com a duração de 03h00.

Portimão, 27 de outubro de 2022

Francisco M. D. Serra
Diretor
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

ACSS
Rua da Escola Médica, 6400-010, Faro
2201-7410
centrohospitalar@chua Algarve.mis.gov.pt
2201-7410 ext. 200
ofc.don@chua Algarve.mis.gov.pt

000044_010_02_0007_0017

Entidade Reguladora



ANEXO XIV - Certificado de participação no curso de formação profissional “Vias Verdes - Coronária”

UNIVERSIDADE DE ALGARVE
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, S.P.S.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Rua da Escola Médica 6400-018 Faro

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Acreditação 22712/2020 e
Decreto Normativo n.º 13/12/2020



Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que MARTA ELISABETE GUEDES ASSIS MELO, titular do número de identificação 11958136-1ZW1, frequentou o curso de formação profissional VIAS VERDES - CORONARIA, ministrado na Unidade Hospitalar de Portimão / Lagos, que decorreu entre 27-10-2022 e 27-10-2022, com a duração de 02h00.

Portimão, 27 de outubro de 2022

Francisco M. D. Serra
Diretor
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

ACSS
Rua da Escola Médica, 6400-018, Faro
2201-7410
central@acss.gov.pt | info@acss.gov.pt
www.acss.gov.pt

000044_0102_02_0007_0017

Entidade Reguladora



ANEXO XV - Certificado de participação no curso de formação profissional “Vias Verdes – Sepsis”

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, S.P.S.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Rua da Escola Médica 8120-101 Faro

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Acreditação 22712/2020 e
Decreto Normativo de 13/11/2020



Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que MARTA ELISABETE GUEDES ASSIS MELO, titular do número de identificação 11958136-1ZW1, frequentou o curso de formação profissional VIAS VERDES - SEPSIS, ministrado na Unidade Hospitalar de Portimão / Lagos, que decorreu entre 27-10-2022 e 27-10-2022, com a duração de 02h00.

Portimão, 27 de outubro de 2022

Francisco M. D. Serra
Diretor
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

ACSS
Rua da Escola Médica, 8120-101, Faro
8120-101 Faro
centrohospitalar@chua Algarve.mis.gov.pt
8120-101 Faro
ofc.don@chua Algarve.mis.gov.pt

000044_0102_02_0001_0017

Entidade Reguladora



ANEXO XVI - Certificado de participação no curso de formação profissional “Vias Verdes – Trauma”

UNIVERSIDADE DE ALGARVE
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, S.P.S.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Rua da Escola Médica 6400-101 Faro

Entidade acreditada pelo ACSS
Processo de Acreditação 22712/2020 e
Decreto Normativo de 13/11/2020



Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que MARTA ELISABETE GUEDES ASSIS MELO, titular do número de identificação 11958136-1ZW1, frequentou o curso de formação profissional VIAS VERDES - TRAUMA, ministrado na Unidade Hospitalar de Portimão / Lagos, que decorreu entre 10-11-2022 e 10-11-2022, com a duração de 07h00.

Portimão, 10 de novembro de 2022

Francisco M. D. Serra
Diretor
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

ACSS
Rua da Escola Médica, 6400-101, Faro
8001-7410
centrohospitalar@chua Algarve.mis.gov.pt
8001-7410-80
ofc.don@chua Algarve.mis.gov.pt

000044_0102_01_0001_0017

Entidade Reguladora



ANEXO XVII - Certificado de participação no curso de formação profissional “Transporte inter-hospitalar do doente crítico”

INSTITUTO DE SAUDE
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, S.P.S.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Rua da Saúde nº 102-104-106
Entidade acreditada pelo ACSS
Processo de Acreditação 22712/2020 e
Decreto Normativo nº 131/2020



Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que MARTA ELISABETE GUEDES ASSIS MELO, titular do número de identificação 11958136-1ZW1, frequentou o curso de formação profissional TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRITICO, ministrado na Unidade Hospitalar de Portimão / Lagos, que decorreu entre 27-09-2022 e 27-09-2022, com a duração de 07h00.

Portimão, 27 de setembro de 2022

Francisco M. D. Serôa
Director
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

ACSS
Rua da Saúde, 102-104, 106
4050-101
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, S.P.S.
Rua da Saúde
ofc.deensino@chua-algarve.pt

000044_0102_01_0001_0017

Entidade Reguladora



ANEXO XVIII – Certificado de participação no curso de formação profissional “Controlo de infeção para enfermeiros

UNIVERSIDADE DE ALGARVE
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, S.P.S.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Rua da Escola Médica, 6400-101 Faro

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Acreditação 22712/2008 e
Decreto Normativo de 13/11/2008



Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que MARTA ELISABETE GUEDES ASSIS MELO, titular do número de identificação 11958136-1ZW1, frequentou o curso de formação profissional CONTROLO INFECAO PARA ENFERMEIROS - UH PTM, ministrado na Unidade Hospitalar de Portimão / Lagos, que decorreu entre 28-09-2022 e 28-09-2022, com a duração de 07h00.

Portimão, 28 de setembro de 2022

Francisco M. D. Serra
Diretor
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

ACSS
Rua da Escola Médica, 6400-101, Faro
2201-7410
centrohospitalar@chulgarve.his.ulg.pt
2201-7410100
ofc.don@chulgarve.his.ulg.pt

000044_0102_01_0001_0017

Entidade Reguladora



ANEXO XIX – Certificado de participação no Webinar da Ordem dos Enfermeiros
"Enfermagem às Quintas: Prevenção da Infecção Relacionada com Cateteres Vasculares"



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARTA ELISABETE GUEDES ASSIS MELO

membro nº **44738** desta Ordem, participou no(a) **"Enfermagem às Quintas: Prevenção da Infecção Relacionada com Cateteres Vasculares"**, realizado no dia **17 de Novembro de 2022**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 17 de Novembro de 2022

O Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte

João Paulo Marques de Carvalho

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

ANEXO XX – Certificado de participação no Webinar da Ordem dos Enfermeiros
"Enfermagem às Quintas: Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Infecção do Local
Cirúrgico"



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARTA ELISABETE GUEDES ASSIS MELO

membro nº **44738** desta Ordem, participou no(a) **"Enfermagem às Quintas: Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico"**, realizado **no dia 3 de Novembro de 2022**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 3 de Novembro de 2022

O Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte

João Paulo Marques de Carvalho

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.