



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS DE TRAUMA, RELAÇÃO COM O TEMPO DE ESPERA

Telma Catarina Alves Fernandes da Costa

Relatório Final de Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Orientadora Científica – Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Setembro de 2025

Costa, T.C.A.F. Identificação do Perfil Epidemiológico das Vítimas de Trauma, Relação com o Tempo de Espera. Relatório Final De Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2025.

Dedicatória

“Aos meus pais, pelo alicerce que sempre representaram, ao meu marido, pelo companheirismo e incentivo constante e à minha filha, inspiração maior para nunca desistir dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins, pela forma sábia, assertiva e atenciosa com que me guiou, tornando-se peça essencial no meu percurso de aprendizagem e evolução pessoal e profissional.

Aos enfermeiros Sónia Pereira, José Carlos Almeida, Andreia Alves, pela dedicação e pelo apoio constante na orientação de estágio, bem como pela generosa partilha de conhecimentos.

Aos meus colegas de percurso, pela amizade e pelo incentivo que tornaram esta caminhada mais leve e enriquecedora.

Aos meus pais e sogros, pelo apoio incansável; à minha filha e ao meu marido, pela paciência e amor que me sustentaram mesmo nos momentos de maior exigência.

A todos,

Muito obrigada!

RESUMO

A realização dos estágios no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com foco na Pessoa em Situação Crítica, constituiu um pilar essencial no desenvolvimento de competências clínicas, éticas, técnicas e científicas. A integração em contextos complexos como Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, Serviço de Urgência Polivalente e Cuidados Intensivos, permitiu a consolidação de saberes teóricos através da prática reflexiva e fundamentada na evidência. Neste âmbito, realizou-se o estudo “Identificação do Perfil Epidemiológico das Vítimas de Trauma num Serviço de Urgência de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região Norte de Portugal e Relação com o Tempo de Espera”, um contributo relevante para a prática baseada na evidência. Com este relatório pretendo, descrever o percurso formativo ao longo dos diversos contextos de estágio e desenvolver uma reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas durante esses momentos de prática. Integrámos ainda uma componente investigativa, que teve como objetivo, identificar o perfil epidemiológico da vítima de trauma num serviço de urgência de uma Unidade Local de Saúde da região Norte de Portugal e relação com o tempo de espera. Estudo transversal descritivo, baseado em 10.760 episódios registados entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2023. A recolha de dados ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2024, após autorização institucional e da Comissão de Ética. Os dados, anonimizados, foram analisados com o SPSS®, versão 28.0.

Os dados, extraídos do sistema informático SClinico©, referem-se a episódios de urgência por trauma registados numa Unidade Local de Saúde da região Norte de Portugal. Após autorização institucional e parecer favorável da Comissão de Ética. A amostra maioritariamente feminina (52,5%), com idade média de 58,43 anos ($DP \pm 26,14$), com mais de 75 anos (23,9%) e residentes no distrito de Vila Real (91,3%). O tempo médio de espera desde a triagem até ao primeiro atendimento foi de 28,2 minutos e o tempo de permanência no serviço de urgência de 298,9 minutos. Atribuída prioridade amarela a 70,4%, maioritariamente pequenos traumas (71,5%) e por queda (77,1%). Diferenças significativas nos tempos de espera em função da idade, dia da semana e causa da admissão. Estes resultados destacam a necessidade de um planeamento orientado por dados que considerem a idade, o tipo de trauma e o contexto de admissão para uma gestão mais eficiente e equitativa dos cuidados no serviço de urgência.

Os estágios foram condição *sine qua non* para desenvolver as competências previstas para o enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Os resultados obtidos do estudo de investigação indicam o predomínio de idosos em situações de pequeno trauma, o que reforça a importância de estratégias clínicas e organizacionais ajustadas a este perfil populacional.

Palavras-chave: Trauma; Serviços Médicos de Emergência; Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

Carrying out the internships as part of the Master's in Medical-Surgical Nursing, with a focus on the Person in Critical Condition, constituted an essential pillar in the development of clinical, ethical, technical, and scientific competencies. Integration into complex settings such as the Local Unit for the Program of Infection Prevention and Control and Antimicrobial Resistance, the Multipurpose Emergency Department, and Intensive Care enabled the consolidation of theoretical knowledge through reflective practice grounded in evidence. In this context, the study "Identification of the Epidemiological Profile of Trauma Victims in an Emergency Department" was conducted, contributing meaningfully to evidence-based practice.

With this report I aim to describe the training path across the various internship contexts and to develop a critical reflection on the activities carried out during those moments of practice. We also incorporated a research component, aimed at identifying the epidemiological profile of trauma victims in an emergency department of a Local Health Unit in the northern region of Portugal, and its relation to waiting time. This was a descriptive cross-sectional study based on 10,760 episodes recorded between January 1 and December 31, 2023. Data collection took place between January and February 2024 after institutional authorization and approval by the Ethics Committee. The anonymized data were analyzed using SPSS®, version 28.0.

The data, extracted from the SClínico©, computer system, refer to trauma emergency episodes recorded in a Local Health Unit in northern Portugal, following institutional authorization and favorable opinion from the Ethics Committee. The sample was predominantly female (52.5 %), with a mean age of 58.43 years ($SD \pm 26.14$), with more than 75 years old making up 23.9 %, and 91.3 % residing in the district of Vila Real. The mean waiting time from triage to first medical assessment was 28.2 minutes, while the average length of stay in the emergency department was 298.9 minutes. A yellow priority was assigned in 70.4 % of cases, predominantly minor traumas (71.5 %) and due to falls (77.1 %). There were significant differences in waiting times according to age, day of the week, and cause of admission. These results underscore the necessity of data-driven planning that considers age, type of trauma, and admission context for more efficient and equitable management of care in the emergency department.

The internships were a sine qua non condition for developing the competencies required of the specialist nurse and master's graduate in Medical-Surgical Nursing in the Critical Person Nursing Area. The results obtained from the research study indicate the predominance of elderly patients in minor trauma cases, reinforcing the importance of clinical and organizational strategies tailored to this population profile.

Keywords: Trauma; Emergency Medical Services; Medical-Surgical Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CV – cateter vesical

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Desvio-padrão

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Eletrocardiograma

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMC-EPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPSC – Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

ESSB – Escola Superior de Saúde de Bragança

et al. – e outros autores

h. – Horas

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

M/\bar{X} – Média

n.º – número

O₂ – Oxigénio

OE – Ordem dos Enfermeiros

p – Valor de significância

p. – página

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SOFA – *Sequential Organ Failure Assessment*

SPSS – *software Statistical Package for Social Sciences*®

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TISS – *Therapeutic Intervention Score System*

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSTMAD – Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação mecânica não invasiva

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	VIII
INTRODUÇÃO	13
PARTE I – RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	16
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	17
1.1. Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos	17
1.2. Serviço de Urgência	18
1.3. Serviço de Medicina Intensiva	23
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO CLÍNICO	26
2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	26
2.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	26
2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	28
2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	31
2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	33
2.2. Desenvolvimento de Competências Específicas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.....	34
2.2.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica.....	36
2.2.2 Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação	42
2.2.3. Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infeção e de Resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas	46
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS DE TRAUMA, RELAÇÃO COM O TEMPO DE ESPERA	50
RESUMO.....	51
ABSTRACT	51

RESUMEN	51
INTRODUÇÃO	53
1. ESTADO DA ARTE	54
2. MÉTODOS	54
2.1 População e amostra	55
2.2 Instrumento de recolha de dados	55
2.3. Considerações éticas e integridade da investigação	55
2.4 Análise estatística	55
3. RESULTADOS	55
4. DISCUSSÃO	58
CONCLUSÃO	61
SÍNTESE CONCLUSIVA	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
APÊNDICES	72
APÊNDICE I – Guia de Orientação dos Cuidados Pré e Pós-Cateterismo Cardíaco	73
APÊNDICE II - Kits individuais de catástrofe	75
ANEXOS	76
ANEXO I – Comprovativo Formação Pacemakers	77
ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética	79
ANEXO III – Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração	80
ANEXO IV – Pedido de autorização ao Presidente da Comissão Ética	81
ANEXO V – Pedido de autorização ao Diretor de Serviço	82
ANEXO VI – Pedido de autorização ao Enfermeiro Gestor do Serviço	83
ANEXO VII – Pedido de autorização para Realização de Estudo Científico	84
ANEXO VIII – Comprovativo da Submissão do Artigo	86

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes por sexo, idade, distrito e dia da semana do trauma	56
Tabela 2 - Distribuição dos participantes por prioridade clínica, fluxograma, agente causa do trauma, lesões, destino e carta de referenciação	57
Tabela 3 - Distribuição dos participantes por tempo de espera desde a triagem até ao primeiro atendimento médico e permanência na urgência	57
Tabela 4 - Relação entre tempo de espera desde a triagem até ao primeiro atendimento médico com o sexo, o grupo etário, o dia de admissão e causa da admissão	58
Tabela 5 - Distribuição entre o grupo etário e a causa da admissão	58

INTRODUÇÃO

Este relatório foi elaborado no contexto do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, lecionado pela Escola Superior de Saúde de Bragança (ESSB), pertencente ao Instituto Politécnico de Bragança. O presente documento corresponde ao Estágio de Natureza Profissional, culminando na redação e apresentação pública do relatório final, representando uma etapa essencial na consolidação do percurso académico e desenvolvimento profissional. Os estágios foram realizados numa Unidade Local de Saúde da região norte de Portugal, em três contextos, nomeadamente: na Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA), Serviço de Urgência Polivalente (SUP) e Serviço de Medicina Intensiva (SMI)).

Este Mestrado foi concebido para promover o aprofundamento e a consolidação de um conjunto de competências avançadas nos estudantes. Estas competências abrangem dimensões pessoais, ético-deontológicas, relacionais, metodológicas, técnico-científicas, educativas e pedagógicas. Tais dimensões são essenciais para uma prática profissional qualificada, para o desenvolvimento da investigação em enfermagem e para a promoção da segurança e qualidade dos cuidados em saúde, na área da pessoa em situação crítica.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), (OE, 2021), a atribuição do título de Enfermeiro Especialista (EE) e a conclusão do grau de Mestre estão dependentes da realização de um estágio em contexto de prática clínica, complementado por um relatório reflexivo. Este processo permite a integração dos saberes teóricos na prática, promovendo o desenvolvimento profissional através da experiência direta. O relatório de estágio constitui-se como uma ferramenta avaliativa essencial, traduzindo-se numa análise crítica e fundamentada das atividades desenvolvidas, bem como das competências adquiridas ao longo do percurso formativo (OE, 2021).

Ao EE exige-se uma postura rigorosa, analítica e sistemática, orientada para a recolha e interpretação contínua de dados, com vista à adaptação das intervenções às necessidades da pessoa e do seu contexto familiar ou cuidador. O profissional deve ser capaz de acionar, com prontidão, um conjunto de competências técnicas, científicas e relacionais, fundamentando decisões clínicas de forma autónoma e reflexiva (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho). Neste enquadramento, a Pessoa em Situação Crítica (PSC) define-se como “aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência, ou

risco iminente de falência, de uma ou mais funções vitais, dependendo de meios avançados de suporte e monitorização” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362).

Os cuidados especializados dirigidos à PSC e à sua família são, por natureza, altamente diferenciados e contínuos, dirigidos particularmente a indivíduos em situação crítica. Estes cuidados visam a manutenção das funções vitais, a prevenção de agravamentos e a minimização de incapacidades, constituindo-se como um contributo essencial para a recuperação da pessoa em contextos emergentes, excecionais ou de catástrofe (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

A descrição e reflexão crítica das atividades desenvolvidas nos estágios em epígrafe e concretizadoras da aquisição e aprimoramento de competências encontram-se na primeira parte do presente documento, denominada de componente clínica.

Importa referir que durante o processo de aquisição das competências específicas e comuns da área, diversas problemáticas emergem como relevantes para os cuidados à PSC e respetiva família. Estas temáticas revelam-se propícias à investigação, sendo fundamentais para a evolução e inovação da prática de enfermagem. Por conseguinte, emergiu o estudo do perfil epidemiológico da vítima de trauma num serviço de urgência de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte de Portugal e relação com o tempo de espera.

O trauma ocupa a terceira posição entre as causas de morte mais prevalentes a nível mundial em todas as faixas etárias, sendo uma das principais fontes de morbidade e mortalidade, especialmente entre pessoas com menos de 40 anos de idade (World Health Organisation, WHO, 2024). O trauma tem vindo a ser cada vez mais reconhecido pelos profissionais de saúde como uma epidemia contemporânea, particularmente nos países de baixo e médio rendimento. Para além de devastar as famílias afetadas, o trauma constitui um “assassino silencioso” que representa um enorme encargo para o sistema nacional de saúde (WHO, 2024). Existe também pouca evidência disponível para avaliar os desfechos de lesões traumáticas em regiões de baixo e médio rendimento, o que torna a qualidade dos cuidados de emergência e trauma pouco estudada (WHO, 2025). Além disso, ainda em conformidade com o mesmo organismo, os desfechos dos doentes após situações de trauma estão diretamente relacionados com o nível económico do país, sendo que tais países enfrentam grandes dificuldades nesse contexto (WHO, 2025). Apesar de Portugal ser um país desenvolvido, o trauma representa um importante problema de saúde pública, afetando diferentes grupos etários e causa elevados custos sociais e hospitalares. A sua

distribuição varia de acordo com a idade, o sexo e o tipo de lesão, destacando-se os traumatismos cranioencefálicos (TCE) e as fraturas proximais do fémur em idosos.

Face a esta realidade, o estudo de investigação, apresentado na segunda parte deste relatório, teve como questão de partida: *Qual o perfil epidemiológico da vítima de trauma num serviço de urgência de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região Norte de Portugal e a sua relação com o tempo de espera?* Como objetivo geral identificar o perfil epidemiológico da vítima de trauma num serviço de urgência de uma ULS da região Norte de Portugal e a relação com o tempo de espera.

O presente relatório está estruturado em duas partes principais, antecedidas por uma introdução geral. A Parte I refere-se ao Relatório de Ensino Clínico, centra-se na prática especializada em enfermagem. Nesta secção, foi adotada uma metodologia descritiva e reflexiva, permitindo apresentar uma caracterização detalhada dos contextos de estágio, designadamente a Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, o Serviço de Urgência e o Serviço de Medicina Intensiva, bem como refletir sobre o desenvolvimento das competências adquiridas. São abordadas as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas em enfermagem à PSC. A Parte II do relatório incide sobre a Prática Especializada Baseada na Evidência, centrando-se no perfil epidemiológico das vítimas de trauma num serviço de urgência e a relação com o tempo de espera. Esta secção apresenta o estudo empírico sob a forma de artigo científico, o qual foi submetido para publicação na Revista *Millenium*. A sua estrutura e formatação seguem rigorosamente as normas editoriais da revista, motivo pelo qual qualquer eventual divergência relativamente às orientações formais do Instituto Politécnico de Bragança (IPB) se justifica pela necessidade de adequação às exigências da publicação científica. O relatório termina com uma síntese conclusiva que resume os principais contributos deste percurso formativo.

**PARTE I – RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO: PRÁTICA ESPECIALIZADA
EM ENFERMAGEM**

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

A realização de estágios constitui uma etapa fundamental na formação avançada em Enfermagem, proporcionando experiências práticas que visam consolidar competências essenciais ao exercício profissional, nomeadamente na prestação de cuidados à PSC e respetiva família. Esta componente formativa permite a integração dos saberes teóricos na prática clínica, promovendo a construção da identidade profissional, o aperfeiçoamento técnico-científico e a prestação de cuidados qualificados e centrados na pessoa.

No âmbito do plano curricular do Mestrado em Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica (EEMC-EPSC), destaca-se a unidade curricular Estágio II que inclui o desenvolvimento de um Relatório Final de Estágio Profissional. Esta unidade contempla tanto a dimensão prática como a vertente investigativa, sendo o estágio organizado de modo a proporcionar contacto direto com diferentes contextos clínicos. Em conformidade com os objetivos definidos, o estágio abrange três áreas distintas de cuidados, no caso: a UL-PPCIRA, o SU e o SMI. A descrição e análise reflexiva destes contextos serão apresentadas de seguida, com enfoque crítico sobre a experiência vivenciada.

1.1. Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

A UL-PPCIRA, onde decorreu o estágio, situa-se num gabinete no 7.º piso do Hospital. Desde 2004, a segurança do doente é reconhecida como uma prioridade global, apoiada por iniciativas da Organização Mundial de Saúde (OMS). Portugal, alinhado com esta visão, criou o Plano de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), que consolida políticas de prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde e do uso racional de antimicrobianos (Despacho n.º 10901/2022, 8 de setembro de 2022). De acordo com o mesmo disposto legal, os objetivos atualizados consistem em: reduzir a incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde; promover o uso correto e responsável de antimicrobianos; diminuir a resistência adquirida a antimicrobianos. O programa passou a organizar-se em três níveis:

- Central: Direção Nacional do PPCIRA, integrada na Direção-Geral da Saúde (DGS);

- Regional: Unidades Regionais PPCIRA (UR-PPCIRA), integradas nas Administrações Regionais de Saúde;

- Local: Unidades Locais PPCIRA (UL-PPCIRA), nos ACES, hospitais, Unidades Locais de Saúde e RNCCI.

As Unidades Locais assumem papel estruturante na execução do PPCIRA, com funções como supervisão de práticas de controlo de infeção, implementação do Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA), auditorias, formação e vigilância epidemiológica. Foi criado o Índice de Qualidade PPCIRA, que inclui parâmetros sobre:

- Higiene das mãos;

- Prescrição e consumo de antibióticos;

- Prevenção de infeções nosocomiais (ex. infeções cirúrgicas, urinárias, pneumonia associada a ventilação).

O plano nacional “Uma Só Saúde” (2023-2030) promove a articulação entre os setores da saúde humana, animal e ambiental, em colaboração com entidades como a Direção-Geral da Saúde, Direção-Geral de Alimentação e Veterinária, Agência Portuguesa do Ambiente e Direção-Geral da Educação (Despacho n.º 10901/2022, 8 de setembro de 2022).

1.2. Serviço de Urgência

O SU de adultos, de uma ULS da região Norte de Portugal, onde decorreu o estágio tem três unidades funcionais: o Serviço de Urgência Polivalente (SUP); o Serviço Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e Serviço de Urgência Básico (SUB) diferenciado, que assentam em cinco pilares fundamentais na abordagem do doente urgente e emergente: pré-hospitalar; triagem de prioridades; implementação das vias-verdes; sala de emergência (SE) e sala de observações com monitorização intensiva. É, ainda, apoiado por duas bases Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), sediadas na Unidade.

Conforme o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, a Rede de Serviço de Urgência incorpora os seguintes níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: SUB, SUMC e o SUP. O SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área, no qual se enquadra o SU onde decorreu o estágio. Este SU é uma unidade orgânico-funcional cuja finalidade é garantir a prestação de cuidados imediatos em situações de urgência e emergência ao longo de todo o ano. O SU tem uma VMER em gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico no SU da Unidade de Saúde.

Este SU está integrado no Departamento de Urgência/Emergência da Unidade Hospitalar e recebe doentes de todo o distrito e referenciados pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) de vários outros distritos. Os doentes dão entrada no SU vindos do exterior, por meio próprio ou acompanhados pelos meios do INEM e pelos bombeiros, referenciados dos vários centros de saúde ou de outras unidades hospitalares. É um serviço hospitalar diferente de todos os outros, pelas características dos doentes que aqui são tratados. Recebe e presta cuidados a doentes urgentes (com necessidade de avaliação e/ou intervenção em curto espaço de tempo), emergentes (quando existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção imediata) e a doentes que apresentam uma situação agudizada, mas que não requerem intervenção num curto espaço de tempo (doentes pouco urgentes, não urgentes e outros casos).

Assumiu-se como fundamental compreender a orgânica de funcionamento da equipa multidisciplinar e conhecer a estrutura física do serviço, bem como analisar as normas, os regulamentos e os protocolos existentes, um grande contributo para um correto desempenho de funções, uma melhor prestação de cuidados à PSC e estabelecimento de relações de proximidade com os vários elementos da equipa.

Deste modo, início com a referência à estrutura física do SU, que fica situado no piso menos um da Unidade de Saúde. Na entrada, o SU possui uma sala de espera, um gabinete administrativo e um gabinete de relações públicas. No seu interior existem dois postos de triagem, vários gabinetes médicos, uma sala de enfermagem, uma sala de observação de doentes, copa, sala de arrumos, sala de sujos, casas de banho, gabinete do enfermeiro gestor e gabinete do diretor clínico do serviço. Atualmente, o SU dispõe de uma área exterior, um contentor, para onde vão os doentes triados com prioridade verde

e amarela, que andem pelo próprio pé ou em cadeira de rodas, estando aberto desde as 8 horas da manhã até as 20 horas de segunda a sexta-feira.

Quanto à estrutura orgânica, o SU este é constituído por diversos elementos, com diversas funções, formando uma equipa interdisciplinar, onde todos os seus elementos interagem entre si, de forma a proporcionar cuidados de qualidade ao doente, tendo sempre presente a sua perspectiva biopsicossocial.

Esta equipa interdisciplinar é constituída por médicos, um enfermeiro gestor, um diretor clínico, 56 enfermeiros (14 especialistas e 42 generalistas), 41 assistentes operacionais, bem como pessoal administrativo e relações públicas. O Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem recomenda que a equipa de enfermagem seja constituída por 50% de enfermeiros especialistas em EMC-PSC, com formação em Suporte Avançado de Vida, assegurando a sua presença permanente nas 24 horas (Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro). Contudo, no SU em análise, apenas 10 enfermeiros possuíam esta especialidade, revelando um défice significativo face ao rácio recomendado. Esta realidade implicava que a maioria dos cuidados recaísse sobre enfermeiros generalistas, que, embora competentes, não dispõem da mesma diferenciação técnico-científica exigida para situações críticas complexas. Tal lacuna pode aumentar a vulnerabilidade dos doentes e sobrecarregar os especialistas disponíveis, comprometendo a equidade na distribuição das responsabilidades. Acresce que os restantes elementos da equipa, assistentes operacionais, administrativos e relações-públicas, têm igualmente um papel relevante no funcionamento do serviço, assegurando apoio logístico, operacional e organizacional, mas não substituem a necessidade de um corpo de enfermagem altamente diferenciado. Assim, torna-se evidente que o défice de especialistas impacta a qualidade e segurança dos cuidados, reforçando a importância de estratégias de gestão de recursos humanos que promovam a formação avançada, a valorização e a retenção destes profissionais.

O SU é gerido no sentido de assegurar a continuidade de cuidados e o bom funcionamento do serviço, garantido o trabalho por turnos, vinte e quatro horas por dia. Mensalmente, é elaborada a escala da equipa de enfermagem, bem como da restante equipa multidisciplinar.

Diariamente é elaborado um plano de trabalho. Cada enfermeiro fica responsável por uma determinada área, sendo da sua responsabilidade todos os utentes triados para essa mesma área. Essa distribuição é realizada pelo Enfermeiro Gestor no dia anterior, ou

no próprio dia no turno anterior ao turno ao qual se destina a distribuição, segundo normas previamente estabelecidas. A vantagem de os enfermeiros ficarem alocados a um setor prende-se com o conhecimento mais aprofundado desses doentes, permitindo uma prestação de cuidados aos doentes e famílias como um todo e uma melhor continuidade de cuidados.

Os turnos de trabalho são assegurados por 10 enfermeiros no turno da manhã e da tarde e sete no turno da noite, destacados da seguinte forma:

- Um enfermeiro para a triagem; três enfermeiros para a área médica, que dão apoio às especialidades de medicina, neurologia, pneumologia, nefrologia, psiquiatria, cardiologia e clínicos gerais (médicos da triagem). Na área médica existe uma sala de tratamentos, onde se realizam as mais variadas técnicas de enfermagem;
- Um enfermeiro para a sala de decisão clínica;
- Três enfermeiros para a área cirúrgica, que dão apoio à cirurgia, ortopedia e apoio na sala de decisão clínica, um elemento destinado à área cirúrgica fica também responsável pela SE;
- Dois enfermeiros para o serviço de observação (OBS).

Em relação à metodologia de trabalho utilizada, é o método de trabalho individual. Contudo, será importante mencionar que existe sempre espírito de entreajuda entre a equipa de enfermagem, permitindo, desta forma, dar resposta em tempo útil nas várias áreas do SU.

O SU rege-se por um programa informático designado SClínico®, para registos de enfermagem. Este sistema permite o registo de todas as atividades realizadas, dos cuidados prestados, registo de terapêutica, análises, entre outros.

Relativamente à triagem dos utentes no SU, é aplicado a triagem de Manchester, realizada por um enfermeiro, consoante a ordem de chegada dos utentes ao SU. É realizada uma avaliação segundo a queixa do utente, e os fluxogramas definidos pelo sistema de triagem de prioridades de Manchester, atribuindo-lhe uma cor a que corresponde um tempo alvo ideal de atendimento. A triagem de Manchester tem como objetivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva, sistematizada e contínua ao longo do tempo e permite ainda integrar vias verdes, em conformidade com o regulamentado na Norma n.º 002/2018, de 09 de janeiro (DGS, 2018).

No SU existem atualmente em funcionamento quatro vias verdes: Via Verde de Sepsis; Via Verde de AVC; Via Verde Coronária e Via Verde de Trauma (VVT). Cada uma obedece a critérios próprios de ativação e permitem que os doentes possam ser atendidos precocemente, reduzindo a morbidade e/ou mortalidade. De salientar que este serviço é uma referência em trauma na área da sua abrangência.

No que se refere à SE e segundo documento do Ministério da Saúde (2007), esta tem como objetivo disponibilizar, em tempo útil, uma abordagem sistematizada e pluridisciplinar a situações clínicas potenciais ameaçadoras da vida e com risco de comprometimento da função orgânica. O doente que dá entrada na SE deverá sair logo que esteja estabilizado. Esta deve estar localizada perto da porta de entrada do SU, junto à triagem, e deverá ser de fácil acesso para a realização de exames complementares de diagnóstico. A SE deverá ter como características principais: a capacidade de tratar no mínimo dois doentes em simultâneo, garantindo a privacidade de ambos; monitorização não invasiva e invasiva; ventilação mecânica do doente; máquina de gasometria arterial no local; stock próprio de equipamento, material e medicação próprios; dois acessos; sistema pneumático de transporte de análises clínicas e botão de alarme com aviso sonoro audível em todo o SU. Neste SU, a SE é um espaço com capacidade para quatro boxes, totalmente provido de equipamento para abordagem à PSC. É parte integrante do SU, tendo uma gestão partilhada de recursos humanos que asseguram a sua gestão técnica e organizativa. A assistência imediata aos doentes admitidos na sala é assegurada pelo médico intensivista, médico interno do SMI e pelo enfermeiro do SU em presença física 24/24 horas, mediante necessidade serão alocados outros profissionais. Os enfermeiros alocados à SE têm um perfil de competências que inclui formação em Suporte Avançado de Vida, Trauma e Sepsis.

Os cuidados aos doentes inserem-se na missão assistencial do Centro de Gestão de Emergência e Cuidados Intensivos (CGECI) do Centro Hospitalar, tendo definido os critérios de admissão à SE. Estes critérios estão descritos em protocolo próprio institucional elaborado pelo CGECI do Centro Hospitalar, no ano de 2017. A verificação de critérios de exclusão à admissão na SE é da responsabilidade do médico da SE realizada em equipa com o staff médico do SMI, sem prejuízo da inclusão de outras valências institucionais.

O conhecimento de toda esta orgânica foi extremamente importante para poder fazer uma boa integração. O cumprimento deste objetivo iniciou logo no primeiro dia de

estágio com a apresentação ao Enfermeiro Gestor e ao Enfermeiro Tutor, ao que se seguiu uma reunião informal de integração, onde se explanaram breves informações relativas à organização do serviço em questão, constituição das equipas, estrutura orgânico-funcional, metodologias de prestação de cuidados. Foi efetuada uma visita às valências do SU com apresentação à equipa multidisciplinar presente, com a qual me integrei de forma progressiva, com sucesso.

É de ressaltar que, no SU, os doentes admitidos apresentavam uma ampla variedade de situações clínicas, desde casos pouco urgentes até quadros de elevada gravidade, com risco iminente de vida. Durante o período de estágio, foi-me possível acompanhar a prestação de cuidados a doentes críticos, incluindo vítimas de trauma *major* e politraumatizados, doentes com acidente vascular cerebral (AVC) agudo, síndromes coronárias agudas, sépsis e insuficiência respiratória, muitos dos quais necessitaram de ventilação não invasiva, bem como episódios de paragem cardiorrespiratória, estados convulsivos e hipoglicemias graves, que exigiram uma atuação imediata e tecnicamente rigorosa. Uma parte significativa dos atendimentos correspondeu a pequenos traumas, sobretudo em população idosa, frequentemente resultantes de quedas da própria altura, o que reflete um perfil demográfico específico e recorrente neste tipo de serviço. Esta diversidade de quadros clínicos requereu da equipa multidisciplinar uma resposta rápida, eficiente e diferenciada, sustentada por protocolos clínicos bem definidos. Entre os mais relevantes destacam-se as Vias Verdes de AVC, Coronária, Sépsis e Trauma, que asseguram uma abordagem sistematizada, orientada por boas práticas e baseada na evidência científica, garantindo, assim, a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

1.3. Serviço de Medicina Intensiva

O estágio foi realizado no SMI de uma ULS, localizada na região Norte de Portugal. Este serviço, situado no primeiro andar, é o único do género no distrito e presta assistência a uma área geográfica com cerca de 6.600 km², abrangendo uma população de 132.389 utentes inscritos nos centros de saúde da ULS, conforme descrito no Relatório de Gestão e Contas de 2022. A ULS em causa integra três unidades hospitalares, catorze centros de saúde (compreendendo quinze Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e nove Unidades de Cuidados na Comunidade), dois Serviços de Urgência Médico-

Cirúrgica e dois Serviços de Urgência Básica. O SMI dispõe de dezoito camas, incluindo quatro de isolamento, separadas por divisórias em vidro. A estrutura do serviço é segmentada em várias áreas funcionais, incluindo armazéns, zonas de resíduos, sala de espera, entre outras, estando orientada para a prestação de cuidados intensivos com vista à antecipação, manutenção ou reversão de falências multiorgânicas.

As duas salas principais, designadas por sala laranja e sala azul, encontram-se organizadas em formato 'open space', com cortinados que asseguram a privacidade dos doentes, estando ambas ligadas a centrais de monitorização para vigilância contínua. Cada unidade de internamento está equipada com cama articulada, mesa de apoio, ventilador, monitor, sistema de gases médicos, aspiração, e áreas para registos clínicos e armazenamento de documentação. O carro de emergência com desfibrilhador encontra-se também acessível.

O SMI acolhe doentes em estado crítico e em cuidados intermédios, de acordo com as necessidades. Cada sala dispõe de espaço para armazenamento de materiais essenciais, ventiladores de reserva, equipamentos de transporte e sistemas de diálise. O serviço conta ainda com dois sistemas *Pyxis medStation*®, áreas de depósito de soros, duas copas, gabinete médico, sala da enfermeira-chefe e instalações sanitárias para os profissionais. Existe um circuito externo para eliminação de resíduos e uma área de espera para os utentes.

A equipa multidisciplinar integra médicos de várias especialidades, enfermeiros generalistas e especialistas, assistentes operacionais, fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos. A proporção entre enfermeiros e doentes é ajustada segundo o nível de cuidados necessários, sendo que, conforme a Norma n.º 743/2019, as unidades de nível III devem manter uma proporção de 1:1, com pelo menos 50% da equipa composta por enfermeiros especialistas em enfermagem Médico-Cirúrgica; para os níveis II e I, a proporção recomendada é de 1:2 e 1:3, respetivamente. No entanto, durante o estágio foi possível constatar que esta unidade não cumpre integralmente o rácio estabelecido, uma vez que a percentagem de enfermeiros especialistas não atinge o valor recomendado. Este défice pode comprometer a segurança e a qualidade dos cuidados, sobretudo em doentes críticos com elevado grau de complexidade clínica, como os observados durante o estágio, choque séptico com disfunção multiorgânica, infeções do sistema nervoso central, pancreatites graves, colecistites, perfurações de víscera oca, pneumonias e traumas resultantes de acidentes rodoviários. Embora a equipa adote protocolos rigorosos

na prevenção de infeções associadas a dispositivos invasivos, a insuficiência de especialistas aumenta a pressão sobre os profissionais disponíveis, reforçando a necessidade de investimento em recursos humanos altamente diferenciados para garantir uma resposta eficaz e sustentável.

Durante o estágio, as patologias mais frequentemente observadas incluíram choque séptico com disfunção multiorgânica, infeções do sistema nervoso central, pancreatites graves, colecistites, perfurações de víscera oca, pneumonias e traumas decorrentes de acidentes rodoviários. O serviço adota protocolos rigorosos na prevenção de infeções associadas a dispositivos invasivos, como intubações, cateteres venosos centrais e cateteres vesicais.

No SMI, são admitidos doentes em situação crítica e intermédia, provenientes do bloco operatório, do SU e de outras especialidades hospitalares. A tipologia de doentes observada durante o estágio refletiu a complexidade clínica deste contexto, destacando-se casos de choque séptico com disfunção multiorgânica, infeções do sistema nervoso central, pancreatites graves, colecistites complicadas, perfurações de víscera oca, pneumonias graves e situações traumáticas, nomeadamente resultantes de acidentes rodoviários. Estes doentes, frequentemente dependentes de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, requerem vigilância contínua, suporte hemodinâmico e terapêuticas avançadas, sendo a admissão no SMI orientada para a antecipação, manutenção ou reversão de falências orgânicas múltiplas, o que justifica a elevada diferenciação técnica e científica exigida à equipa de enfermagem neste contexto.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESTÁGIO CLÍNICO

Abordarei agora as competências comuns do EE e específicas do EEEMC-EPC, refletindo acerca da forma como me foi possível desenvolver as mesmas no decurso dos estágios e quais as estratégias utilizadas para tal.

2.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, da OE, o EE é reconhecido pela sua competência técnica, científica e humana na prestação de cuidados especializados em saúde. Este profissional deve dispor de um conjunto de competências transversais aplicáveis a diferentes contextos assistenciais, com verificação específica conforme estabelecido nos regulamentos de cada área de especialidade. No caso da EMC-EPSC as competências encontram-se descritas no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho.

O exercício especializado em Enfermagem visa capacitar os profissionais para responder eficaz e prontamente às necessidades da PSC e da sua família. Assim, o EE deve possuir conhecimentos sólidos, capacidades técnicas e atitudes humanizadas, aplicando raciocínio clínico, pensamento crítico, capacidade de comunicação, trabalho em equipa, e decisões éticas na prática diária, o que se traduz em cuidados de excelência e segurança. Neste âmbito, as competências do EE organizam-se em quatro grandes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento profissional (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

2.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A profissão de Enfermagem, pela sua natureza centrada na pessoa e na proteção da vida humana, está sujeita a normas éticas e legais rigorosas. Neste domínio, destaca-se a importância do exercício ético e seguro, baseado na deontologia profissional e na legislação aplicável. O Enfermeiro Especialista deve demonstrar capacidade de tomar

decisões fundamentadas e de colaborar de forma eficaz com a equipa de saúde. De acordo com o artigo 8.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), os profissionais devem manter uma conduta responsável e respeitadora dos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (OE, 2015, p. 103).

Durante os estágios foi possível observar múltiplos momentos de tomada de decisão em equipa, especialmente em contextos de emergência. Verificou-se que quando há comunicação eficaz entre os membros da equipa, as decisões são tomadas com maior segurança e fluidez. Apesar de inicialmente ter sido um desafio participar ativamente nesses momentos, a integração progressiva e o apoio da enfermeira orientadora permitiram uma participação crescente nos processos de decisão, contribuindo para o desenvolvimento de competências clínicas e de relacionamento interpessoal.

Durante a prática clínica, foi notório o empenho da equipa na valorização dos direitos dos doentes, mesmo em contextos de elevada criticidade. Foram assegurados a privacidade, a confidencialidade, a segurança da informação clínica e, sempre que possível, o respeito pela vontade expressa da pessoa, em conformidade com os princípios éticos e legais da profissão. Particular destaque foi dado ao cumprimento do direito ao acompanhamento do doente, nos termos da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, garantindo-se a presença de um acompanhante significativo, mesmo quando a pessoa não se encontrava em condições de o escolher, promovendo a humanização dos cuidados.

No âmbito da minha intervenção enquanto enfermeira em formação especializada, desenvolvi ações concretas orientadas pelos domínios de competências definidos no Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019). Em particular, no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, assegurei o cumprimento dos direitos da PSC/família, promovendo um ambiente pautado pelo respeito, empatia e proteção da dignidade humana. Ao longo do estágio, construí estratégias de resolução de problemas em parceria com esta díade, ouvindo ativamente as suas preocupações e integrando as suas preferências no plano de cuidados. A tomada de decisão clínica foi sempre fundamentada num juízo crítico sustentado pelo conhecimento científico e pela experiência adquirida, reforçada pela colaboração ativa com a equipa multidisciplinar na construção de decisões partilhadas.

Demonstrei capacidade para selecionar as respostas mais apropriadas a partir de um leque diversificado de opções, garantindo intervenções eficazes e adaptadas ao contexto específico de cada PSC/família. Toda a atuação foi orientada por princípios

deontológicos, respeitando os deveres éticos e legais da profissão, integrando igualmente elementos de enquadramento jurídico na prática de enfermagem, especialmente em situações de maior complexidade e vulnerabilidade da PSC. Promovi um exercício profissional ético no seio da equipa de enfermagem, incentivando uma cultura de responsabilidade partilhada, respeito mútuo e compromisso com os valores da profissão.

2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

No domínio da melhoria contínua da qualidade, está definido que o EE apresenta uma função dinamizadora na conceção de projetos institucionais na área da qualidade mobilizando conhecimentos e habilidades, desenvolve práticas de qualidade e avalia as mesmas, mediante os resultados obtidos. O acesso aos protocolos é feito através da plataforma digital, embora nalguns casos também esteja presente em suporte de papel, para permitir uma utilização mais rápida.

Neste âmbito, faz-se referência ao estágio na UL-PPCIRA constituiu-se, por via do Despacho n.º 10901/2022, como uma unidade orgânica da instituição. Neste contexto, desenvolvi o meu estágio colaborando nas principais áreas de atuação, nomeadamente:

- Formação e auditoria no âmbito da Estratégia Multimodal das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI);
- Vigilância Epidemiológica da Infeção do Local Cirúrgico (ILC);
- Vigilância da Infeção da Corrente Sanguínea (INS);
- Monitorização de Microrganismos Alerta e Problema.

A participação nestas atividades permitiu-me compreender de forma mais aprofundada a relevância da prevenção e controlo de infeções como eixo central da segurança do doente, particularmente em contextos críticos, onde a vulnerabilidade é maior e a exposição a procedimentos invasivos é frequente. Esta experiência reforçou a consciência de que o papel do enfermeiro especialista não se esgota na prestação direta de cuidados, mas integra também uma dimensão de vigilância, formação e auditoria, indispensável para garantir práticas seguras e baseadas na evidência. O contacto direto com os processos de monitorização e auditoria consolidou competências de análise crítica, planeamento e intervenção, evidenciando a importância do trabalho articulado entre estruturas de apoio e serviços assistenciais

Para além da possibilidade de acompanhar o processo de validação do Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos (PAPA), demonstrei elevada disponibilidade e proatividade na participação das atividades planeadas. Este envolvimento traduziu-se em contributos efetivos, nomeadamente na recolha e análise de dados sobre o consumo de antibióticos, na identificação de padrões de prescrição que necessitavam de ajustamento e na proposta de medidas corretivas em articulação com a equipa. A colaboração no relatório de atividades da UL-PPCIRA referente a 2023 permitiu integrar indicadores de vigilância e sugestões de melhoria baseadas na evidência, enquanto a participação na estruturação do Programa de Atividades para 2024 contribuiu para a definição de metas específicas na área da formação em uso racional de antimicrobianos e no reforço da monitorização epidemiológica. Desta forma, o estágio possibilitou não só um enriquecimento pessoal e profissional, mas também um contributo prático para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados

Tive ainda a oportunidade de observar a articulação dinâmica entre os elementos da UL-PPCIRA e os serviços prestadores de cuidados de saúde diretos, bem como com outras estruturas orgânicas, designadamente o Serviço de Aprovisionamento e Logística, no contexto da emissão de pareceres técnicos relativos a dispositivos médicos e respetiva validação.

Particpei em reuniões técnicas destinadas a planear a participação de alguns serviços num estudo promovido pela empresa ARION, cujo objetivo é implementar uma nova metodologia de banho, baseada na utilização de kits específicos de higiene no leito, concebidos para reduzir o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde e otimizar o tempo de intervenção da equipa de enfermagem. Este projeto, de carácter inovador, pretende avaliar os benefícios clínicos e organizacionais desta prática face aos métodos convencionais, incidindo na segurança do doente, na padronização de procedimentos e na eficiência da utilização de recursos. A minha participação consistiu no acompanhamento das reuniões preparatórias, na análise crítica das condições necessárias para a aplicação do estudo e na discussão de potenciais implicações para a prática de enfermagem, nomeadamente no que se refere à adequação de materiais, à formação das equipas e ao impacto na carga de trabalho

Neste estágio revelei capacidade de contextualizar todo o processo de aprendizagem clínica no meu serviço, refletindo de forma crítica sobre as implicações das

práticas observadas e consolidando, assim, as minhas competências enquanto futura EEEMC-EPSC.

Durante os estágios realizados no SU e no SMI, evidenciou-se que o controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constitui um pilar essencial na prestação de cuidados especializados. Ao longo da prática clínica, adotei medidas de prevenção rigorosas, nomeadamente a higienização adequada das mãos, a utilização criteriosa de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e a administração de profilaxia antimicrobiana de acordo com protocolos estabelecidos.

A promoção de um ambiente terapêutico seguro é, de facto, uma das dimensões fundamentais das competências atribuídas ao enfermeiro especialista. Nesse sentido, o acompanhamento de doentes em situação crítica, particularmente aqueles com instabilidade hemodinâmica, requer um cuidado permanente, atento e presencial, assegurando intervenções rápidas e eficazes.

A formação em serviço constitui um elemento fulcral no desenvolvimento profissional contínuo da equipa de enfermagem. Este processo formativo, por um lado, promove o aprofundamento e consolidação dos conhecimentos dos profissionais relativamente a temáticas específicas; por outro, favorece a disseminação e partilha desses saberes com os restantes elementos da equipa, fomentando uma aprendizagem coletiva. Trata-se, assim, de uma estratégia essencial para garantir a atualização científica e técnica, permitindo que os profissionais se mantenham em consonância com as práticas baseadas na evidência mais recente e com os avanços científicos relevantes para a sua área de atuação.

Neste enquadramento, o papel do enfermeiro especialista revela-se determinante, uma vez que lhe compete impulsionar este tipo de dinâmicas formativas, potenciando as capacidades individuais de cada profissional e fortalecendo, simultaneamente, a coesão e a qualidade do desempenho da equipa. A intervenção nesta área assume, portanto, uma dupla dimensão: a valorização do saber individual e a promoção da partilha interpares, aspetos que, em conjunto, se traduzem em ganhos significativos para a prática clínica e para a segurança da pessoa em situação crítica.

Com base nesta perspetiva, desenvolvi diversas iniciativas de formação em serviço, adaptadas aos diferentes contextos de prática clínica. No SU, promovi uma formação centrada na temática dos *pacemakers* (Anexo I), uma vez que, pela observação

da prática, identifiquei dúvidas frequentes na equipa relativamente à monitorização e resposta imediata a complicações destes dispositivos, situação com impacto direto na segurança do doente. No SMI, elaborei um guia de orientação clínica relativo aos cuidados pré e pós-cateterismo cardíaco (Apêndice I), fundamentado na constatação de heterogeneidade de práticas entre profissionais e na necessidade de uniformizar procedimentos de vigilância e intervenção junto do doente crítico submetido a este exame. Ambas as formações tiveram, assim, como propósito colmatar lacunas observadas, reforçar a segurança clínica e promover cuidados baseados na evidência.

No decorrer do estágio, desenvolvi diversas ações centradas na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, em conformidade com os domínios e unidades de competência descritos no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019). Demonstrei um conhecimento sólido e atualizado, integrei diretivas e referenciais na área da qualidade, com aplicação na prática diária. Sempre que possível, partilhei experiências consideradas bem-sucedidas com a equipa, contribuindo para a disseminação de boas práticas e promovendo a incorporação desses conhecimentos na prestação de cuidados. Tive igualmente a oportunidade de colaborar com projetos institucionais orientados para a qualidade, nomeadamente participando na definição de metas para a melhoria contínua dos cuidados e na análise e planeamento estratégico dos mesmos. Desenvolvi práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, avaliei práticas clínicas com base em evidência científica, normas e indicadores apropriados. Por fim, desempenhei um papel ativo na supervisão de processos de melhoria e incentivei a normalização de práticas e a adoção de soluções eficazes e baseadas na evidência, contribuindo para uma cultura de excelência e de compromisso com a qualidade no seio da equipa de enfermagem.

2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

Para o bom funcionamento de qualquer unidade de saúde, é essencial uma gestão eficaz dos cuidados prestados. O EE, com base na sua formação avançada e experiência profissional, desenvolve competências neste domínio através da capacidade de articular a equipa multidisciplinar, otimizar a resposta assistencial e adaptar-se às exigências específicas de cada contexto clínico. O seu papel é fundamental na liderança e na gestão

eficiente dos recursos humanos e materiais, assegurando, em todas as circunstâncias, a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Durante os estágios realizados foi possível observar de forma direta a atuação dos profissionais com responsabilidades de gestão, nomeadamente através da realização de um turno matinal acompanhado pelo Enfermeiro Coordenador. Este momento foi particularmente oportuno, pois já havia conhecimento prévio do funcionamento global das unidades e das dinâmicas entre os profissionais. No SU, o Enfermeiro Coordenador desempenha diversas funções de gestão operacional, entre as quais se destacam: a reposição e controlo da medicação (incluindo medicamentos sujeitos a justificação clínica e estupefacientes), a supervisão da disponibilidade de material e equipamentos, o acompanhamento das transferências de doentes e a mediação de situações de conflito. Em termos de gestão de recursos humanos, compete-lhe elaborar a escala semanal da equipa de enfermagem e assistentes operacionais, bem como redistribuir os profissionais consoante as necessidades de cada área. Esta redistribuição assenta em critérios previamente definidos, que incluem o número e a gravidade dos doentes internados em cada setor, a complexidade técnica das intervenções previstas, a experiência e diferenciação dos profissionais disponíveis e ainda as contingências do serviço em cada turno. Assim, a distribuição procura equilibrar a carga de trabalho, garantir a presença de profissionais com competências específicas nas áreas mais críticas e assegurar a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

No SMI, embora a organização e a gestão apresentem especificidades próprias, também foi possível compreender a importância da liderança clínica na manutenção de um ambiente terapêutico seguro, coordenado e eficiente, sobretudo num contexto onde a criticidade dos doentes exige vigilância permanente e tomada de decisões ágeis.

Importa reconhecer que a gestão dos cuidados de enfermagem constitui um elemento central na organização e qualidade dos serviços de saúde. É através de uma gestão eficiente que se assegura a otimização dos recursos disponíveis e a aplicação das melhores práticas assistenciais, promovendo a segurança e o bem-estar da PSC. Para além disso, a gestão dos cuidados influencia positivamente a experiência da PSC, refletindo-se na melhoria da qualidade global dos cuidados prestados. Assim, torna-se indispensável que o EE esteja devidamente capacitado para responder de forma eficaz aos desafios inerentes a esta função.

Ao longo do estágio, desenvolvi competências no Domínio da Gestão dos Cuidados, assumindo um papel ativo na otimização do processo de tomada de decisão e na supervisão de tarefas delegadas. Disponibilizei assessoria à equipa de enfermagem, colaborei nas decisões clínicas e promovi melhor informação para a tomada de decisão, reconhecendo situações que exigiam referência a outros profissionais de saúde. Observei a adaptação do estilo de liderança do Enfermeiro Gestor às necessidades do contexto e da equipa, para promoção da eficiência na utilização de recursos e a organização do trabalho com base em políticas institucionais. De igual modo, tive a oportunidade de observar um ambiente de coordenação e motivação da equipa, uma vez que eram reconhecidos os papéis de cada elemento, o que se traduzia num ambiente de trabalho positivo. A liderança foi ajustada à maturidade de cada elemento da equipa, com respetiva promoção de uma resposta coesa, eficaz e centrada na qualidade dos cuidados.

2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A aprendizagem contínua ao longo da carreira é essencial para o crescimento e atualização dos conhecimentos e competências dos enfermeiros, sendo um pilar fundamental do desenvolvimento profissional (Mlambo et al., 2021). Neste domínio, o EE assume um papel estratégico, tanto no seu próprio progresso como no incentivo ao desenvolvimento das suas equipas. A capacidade de promover o autoconhecimento e a assertividade revela-se crucial, uma vez que permite ao profissional reconhecer-se enquanto pessoa e enquanto agente ativo no contexto assistencial. Esta autorreflexão contribui para uma maior adaptabilidade às condições do ambiente de trabalho e fortalece a sua resiliência face aos desafios.

Antes do início dos estágios, houve um período de introspeção e preparação pessoal. O facto de retomar a experiência de estágio após vários anos, num serviço desconhecido e com uma equipa nova, gerou um natural sentimento de apreensão. Compreender e aceitar o papel de estudante em formação foi um passo determinante para uma integração bem-sucedida.

A gestão emocional em contextos como o SU revela-se particularmente exigente, dada a complexidade e imprevisibilidade das situações, muitas vezes marcadas por episódios de sofrimento agudo, alterações súbitas do estado de saúde, ou mesmo morte. Reconhecer os próprios limites e recursos pessoais torna-se, por isso, imprescindível para

o EE. Como referem Hossain e Clatty (2021), o autocuidado não deve ser interpretado como um ato de egoísmo, mas sim como uma prática de inteligência emocional, essencial para preservar o equilíbrio do profissional. Os efeitos do stresse, sendo cumulativos, podem comprometer a capacidade de cuidar, caso não sejam devidamente geridos.

Ao longo da prática em Enfermagem, tornou-se cada vez mais evidente a importância de permanecer informado e atualizado, num contexto de rápida evolução científica e tecnológica. Este compromisso contínuo com a aprendizagem visa assegurar uma prática profissional cada vez mais especializada, segura e de elevada qualidade. Como tal, desenvolvi uma prática profissional sustentada no autoconhecimento e na assertividade, reconhecendo que a consciência de mim própria, enquanto pessoa e enfermeira, é essencial para estabelecer relações terapêuticas eficazes e colaborativas com os utentes e com a equipa multidisciplinar. Ao identificar os meus recursos, limites e emoções, consegui gerir melhor o impacto da minha atuação no contexto clínico, adaptando-me às exigências do ambiente organizacional e atuando com eficácia mesmo sob pressão. Desenvolvi igualmente estratégias para prevenir e resolver situações de potencial conflito, sempre promovendo a comunicação empática e a cooperação.

A minha prática foi orientada por uma abordagem baseada na evidência científica, assumindo um papel ativo na promoção da aprendizagem em contexto de trabalho. Colaborei na identificação de necessidades formativas, partilhei conhecimento com os colegas e incentivei a incorporação de novas evidências na prática clínica, com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados. Participei em momentos de análise crítica da prática e mostrei iniciativa na utilização de fontes científicas e tecnológicas, contribuindo para a formulação de padrões de qualidade e procedimentos especializados ajustados ao contexto de cuidados. Esta postura permitiu consolidar a minha aprendizagem e estimular o desenvolvimento da equipa e fortalecer o compromisso com a excelência na enfermagem.

2.2 Desenvolvimento de Competências Específicas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

No exercício diário da prática profissional, procura-se que a prestação de cuidados seja sustentada nas recomendações mais atuais da evidência científica. Paralelamente,

privilegia-se uma abordagem holística ao cuidar, valorizando a dimensão relacional e a proximidade com a PSC e respetiva família. Neste contexto, a adoção de uma postura crítico-reflexiva revela-se essencial, permitindo uma prática clínica de excelência, sensível às particularidades de cada situação e promotora do bem-estar global da pessoa e dos seus entes queridos.

Contudo, refletir de forma sistemática durante o quotidiano profissional nem sempre é tarefa simples, sendo crucial contrariar a tendência para automatismos e rotinas. No que se refere especificamente à área da PSC, a OE, (2018), define os cuidados de enfermagem como uma intervenção altamente especializada, prestada de modo contínuo à pessoa cuja integridade vital se encontra em risco iminente. Estes cuidados visam dar resposta às funções comprometidas, garantindo a preservação das funções básicas de vida, prevenindo complicações e minimizando incapacidades, com vista à recuperação funcional.

Neste âmbito, as competências específicas do EEEMC-PSC, de acordo com o regulamento da OE (2018), incluem:

- A prestação de cuidados à pessoa e respetiva rede de apoio em contextos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- A liderança e operacionalização de respostas em cenários de emergência, exceção e catástrofe, desde a fase de planeamento até à execução;
- A maximização das estratégias de prevenção, controlo de infeções e contenção da resistência a antimicrobianos, ajustadas à complexidade da condição clínica e à urgência da intervenção.

As experiências vividas nos estágios contribuíram significativamente para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, tanto no acolhimento como na prestação de cuidados à PSC e à sua família. Este percurso formativo foi determinante no fortalecimento do raciocínio clínico, na definição de prioridades e na capacidade de resposta ajustada a contextos exigentes, promovendo um cuidado de enfermagem integral, centrado na pessoa e sustentado em práticas baseadas na evidência.

2.2.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

A PSC caracteriza-se por apresentar risco iminente de falência de uma ou mais funções vitais, colocando em causa a sua sobrevivência e exigindo, por isso, cuidados altamente especializados. Estes cuidados implicam vigilância contínua, monitorização rigorosa e intervenções terapêuticas avançadas, com o objetivo de manter a estabilidade das funções vitais, prevenir complicações e promover, sempre que possível, a recuperação total da pessoa (OE, 2018).

Durante o estágio realizado no SU, foi possível prestar cuidados nas diversas áreas da unidade, com especial enfoque na sala de emergência. Este espaço está dotado de recursos para a abordagem inicial de doentes em estado crítico, permitindo a avaliação rápida e a implementação de medidas terapêuticas por uma equipa multidisciplinar, com o objetivo de corrigir desequilíbrios fisiológicos e garantir suporte vital (Ordem dos Médicos, 2009).

Foram vivenciadas situações clínicas complexas, como paragens cardiorrespiratórias (PCR), acidentes vasculares cerebrais (AVC), alterações agudas do estado de consciência devido a hipoglicemia, e insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação não invasiva (VNI), entre outras. Nestes contextos, foi fundamental mobilizar os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos, bem como recorrer a investigação complementar para aprofundar a compreensão de determinadas situações clínicas.

A procura contínua por qualificação e atualização revela-se essencial para elevar a qualidade dos cuidados prestados e reforçar a credibilidade profissional, tanto a nível individual como institucional (Souza et al., 2016). A dinâmica da equipa nas situações de maior complexidade demonstrou-se coesa e eficiente, promovendo um ambiente de trabalho colaborativo que facilitou a integração progressiva na prática clínica.

Embora a prestação de cuidados ao doente crítico já fizesse parte da prática profissional em contexto de cardiologia, a experiência proporcionada pelo estágio permitiu uma abordagem mais crítica e reflexiva, valorizando a análise dos cuidados prestados sob uma perspetiva mais aprofundada e orientada para a melhoria contínua.

A prática clínica em ambientes de cuidados intensivos requer a adoção de um modelo assistencial integrado, tecnicamente fundamentado, dinâmico e centrado no doente. Este tipo de cuidado implica não apenas a utilização de tecnologia avançada, mas também a aplicação de um vasto leque de competências clínicas e interpessoais. Como referem Azoulay et al. (2017), o contexto dos cuidados intensivos apresenta um elevado grau de complexidade, exigindo dos profissionais de saúde capacidades robustas de decisão, resiliência emocional, comunicação eficaz com os familiares e rapidez na resposta a deteriorações clínicas súbitas. Neste cenário, o papel do enfermeiro revela-se crucial para assegurar a qualidade, segurança e humanização dos cuidados. Ribeiro et al. (2020) destacam que os enfermeiros em contexto de cuidados intensivos devem dispor de competências técnicas e relacionais alargadas, que lhes permitam atuar com eficácia perante situações de elevada exigência clínica e emocional.

No primeiro dia do estágio no SMI foi promovida uma reunião de acolhimento com a Enfermeira Gestora, que permitiu conhecer a estrutura organizacional do serviço, as equipas envolvidas e a área de intervenção da unidade. Foram ainda apresentados os modelos de conceptualização de cuidados adotados, que se articulam em diferentes dimensões: um modelo centrado na pessoa e na família, que orienta a prática global da equipa; o método de trabalho individual, em que cada enfermeiro assume a responsabilidade direta pelos doentes que lhe são atribuídos, assegurando a continuidade e personalização dos cuidados; e a utilização de instrumentos de quantificação da carga de trabalho, como o *Therapeutic Intervention Score System* (TISS), que apoia a gestão de recursos humanos e a adequação dos rácios enfermeiro/doente (1:2 no turno diurno e até 1:3 no turno noturno). Para além destes referenciais, a prática clínica é ainda sustentada em protocolos normalizados de atuação (como as vias verdes e os algoritmos de resposta em emergência), que reforçam a segurança e a homogeneidade dos cuidados prestados. Esta articulação de modelos traduz-se numa resposta mais eficaz às necessidades complexas da pessoa em situação crítica e da sua família, promovendo cuidados diferenciados, seguros e humanizados.

A maioria dos utentes internados apresentava falência respiratória, necessitando de ventilação invasiva, com admissões provenientes do Bloco Operatório, Serviço de Urgência e outras especialidades como Pneumologia ou Neurocirurgia. Após uma visita guiada às instalações, foi possível conhecer a equipa multidisciplinar, a organização física do espaço e os sistemas de armazenamento. O modelo de cuidados centrado na PSC e na

família está estruturado em turnos, com uma relação enfermeiro/doente de 1:2 durante o dia e de até 1:3 no turno da noite. Esta organização permite assegurar uma vigilância contínua e individualizada, fundamental em doentes críticos de elevada complexidade, potenciando a segurança, a deteção precoce de alterações e a implementação célere de intervenções terapêuticas. Contudo, a experiência em estágio evidenciou que, em momentos de maior sobrecarga assistencial, a proporção de 1:3 pode constituir um desafio, exigindo do enfermeiro elevada capacidade de priorização, gestão do tempo e tomada de decisão. A integração neste modelo reforçou a importância do papel do enfermeiro especialista na articulação entre a prestação de cuidados diretos e a coordenação da equipa, evidenciando que rácios mais favoráveis não só melhoram os resultados em saúde, como contribuem para a humanização dos cuidados e para a satisfação da família, que se sente incluída e valorizada no processo de cuidar. As normas e protocolos internos, disponibilizados em manual próprio, facilitam a integração de novos profissionais e promovem a uniformização das práticas.

A unidade utiliza o sistema TISS (*Therapeutic Intervention Score System*) para quantificar a carga de trabalho relacionada com cuidados diretos prestados durante 24 horas. Este sistema contempla categorias como suporte respiratório, cardiovascular, neurológico e intervenções específicas. No entanto, não contabiliza aspetos como o tempo dedicado à família ou o acréscimo de trabalho com doentes em isolamento (Lucchini et al., 2019).

A integração ativa nas atividades assistenciais foi acompanhada por momentos de reflexão com a enfermeira tutora e por investigação autónoma, orientada pelos protocolos institucionais do serviço. Entre estes, destacaram-se os protocolos de prevenção de infeções associadas a dispositivos invasivos (intubação, cateter venoso central e cateter vesical), o protocolo de ventilação mecânica e desmame, as orientações para o controlo da dor e sedação, bem como os protocolos de avaliação clínica através de escalas padronizadas. As tarefas realizadas abrangeram desde cuidados respiratórios (uso de TOT/TQT, aspiração e higiene oral) até monitorização clínica sistematizada com recurso a escalas como Glasgow, RASS, BIS, Morse e Braden, o que permitiu consolidar competências técnicas e aprofundar a prática baseada na evidência.

Do ponto de vista técnico, participei em procedimentos como punções venosas, colheitas, gestão de CVC, nutrição enteral e parentérica, administração intravenosa e cuidados cirúrgicos. A colaboração estendeu-se a momentos críticos como intubações,

extubações, algalias e sessões de diálise. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2020), os serviços de saúde devem garantir cuidados baseados na evidência, que sejam seguros, eficazes, centrados no doente e acessíveis. A existência de normas atualizadas e partilhadas entre os profissionais é um elemento essencial para alcançar resultados positivos e equitativos na prestação de cuidados intensivos.

Relativamente à SE, importa referir que nem todos os enfermeiros do SU prestam cuidados neste espaço, uma vez que é exigida formação específica e certificação em Suporte Avançado de Vida, conforme estabelecido no Despacho n.º 10319/2014. A prestação de cuidados à PSC pode decorrer de episódios súbitos e imprevisíveis, exigindo uma resposta imediata, eficaz e coordenada (OE, 2018). Neste sentido, a admissão do doente na SE constitui uma etapa essencial para a sua estabilização clínica, dada a possibilidade de mobilização de meios humanos diferenciados, equipamentos tecnologicamente avançados e materiais específicos, associados à aplicação de algoritmos de atuação normalizados. Entre estes destacam-se o ABCDE na abordagem inicial à vítima, o algoritmo de Suporte Avançado de Vida (SAV) em contexto de paragem cardiorrespiratória, bem como os algoritmos de Via Verde Coronária e Via Verde AVC. Estes protocolos, baseados em evidência científica atualizada, sustentaram a minha intervenção prática, permitindo uma resposta célere, estruturada e eficaz às necessidades imediatas da pessoa em situação crítica. Os cuidados específicos e emergentes prestados não são padronizados, pelo que o profissional tem de atuar com prontidão, pelo que é referido que o EEEMC-EPSC é detentor de competências para responder à prática na sala de emergência, uma vez que o doente se encontra em estado crítico (OE, 2018).

Ao longo do estágio, as oportunidades de intervenção na SE foram fundamentais para a minha aproximação à prestação de cuidados à PSC. Estas oportunidades foram potenciadas pelo envolvimento ativo do Enfermeiro Tutor, que me integrou em episódios clínicos de elevada complexidade e gravidade. Tive, assim, a possibilidade de acompanhar e participar na abordagem inicial a vítimas de trauma *major*, em situações de instabilidade hemodinâmica, paragem cardiorrespiratória e emergência neurológica, o que constituiu um cenário privilegiado de aprendizagem e desenvolvimento profissional. As intervenções realizadas foram sustentadas no Modelo de Enfermagem Centrado na Pessoa de McCormack e McCance, articulado com o modelo de Resposta às Necessidades Humanas Básicas, desenvolvido pela enfermeira e professora brasileira Wanda de Aguiar Horta (1926-1981). Baseando-se na teoria das necessidades humanas

de Abraham Maslow, Horta (1979) integrou os princípios do processo de enfermagem com uma abordagem humanista e holística, propondo que o cuidar deve responder às necessidades fisiológicas, psicológicas, socioculturais e espirituais da pessoa. Neste modelo, a atuação do enfermeiro deve ser guiada por uma compreensão integral do ser humano, o que implica avaliar, planejar e intervir considerando a totalidade da pessoa cuidada. As necessidades são classificadas em categorias básicas, e a assistência de enfermagem deve promover a sua satisfação de forma a garantir o bem-estar, a autonomia e a dignidade da pessoa. Assim, durante a minha prática clínica, este modelo orientou a prestação de cuidados, especialmente na avaliação das condições de saúde, na identificação de necessidades não atendidas e na definição de intervenções que fossem ao encontro das especificidades de cada PSC. A sua aplicação permitiu-me uma abordagem sistemática e individualizada, tornando o cuidado mais eficaz, seguro e humanizado.

Durante estas intervenções, enfrentei desafios relevantes, como a necessidade de tomar decisões rápidas em contextos de elevada pressão e a dificuldade inicial em integrar-me com fluidez numa equipa já consolidada. Para ultrapassar estas dificuldades, adotei estratégias proativas, como a preparação teórica prévia, a observação ativa de colegas experientes, a solicitação de *feedback* e a autorreflexão contínua após cada episódio clínico. Esta abordagem permitiu-me ganhar confiança, sentido crítico e capacidade de resposta, consolidando competências essenciais para a prática especializada em enfermagem.

A abordagem ao doente crítico no serviço de urgência foi baseada na metodologia ABCDE, já padronizada, uma avaliação transversal para avaliação da vítima (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020). Esta metodologia em que me orientei para abordar a PSC, sobretudo em contexto de emergência, permitiu uma melhor organização de pensamento, definição de prioridades e instituição de medidas específicas e dirigidas às necessidades do doente.

Um outro aspeto, importante a mencionar, presente na enfermagem avançada à PSC, diz respeito à demonstração de conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas e gestão de medidas farmacológicas de controlo e boa gestão da dor, por ser uma prioridade no atendimento para uma prestação de qualidade, além de constituir uma competência do EEEMC-EPSC (OE, 2018).

A avaliação e gestão da dor é uma responsabilidade fundamental dos enfermeiros, exigindo uma abordagem que considere as manifestações clínicas, as dimensões

subjetivas da dor, bem como o tratamento e a gestão de todo o processo terapêutico. No contexto do SU, tive oportunidade de intervir diretamente nesta área, utilizando escalas de avaliação protocoladas, como a Escala Numérica e a Escala de Faces, assegurando uma avaliação sistemática da dor em diferentes contextos clínicos. Desenvolvi intervenções específicas como a monitorização da dor em doentes com fraturas e traumatismos cranioencefálicos, a implementação de medidas farmacológicas prescritas e a aplicação de estratégias não farmacológicas, incluindo o posicionamento adequado, técnicas de relaxamento e outras medidas de conforto. Após a administração terapêutica, procedi a reavaliações regulares, garantindo a eficácia das intervenções e a atualização rigorosa dos registos de enfermagem. Estas práticas estão em conformidade com o Regulamento n.º 429/2018, que define como competência do enfermeiro especialista a avaliação e gestão da dor na pessoa em situação crítica, assegurando uma abordagem holística, sistematizada e centrada na segurança e no conforto da pessoa cuidada.

A passagem de turno realizada pelos enfermeiros é uma prática que, por norma, decorre junto a cada doente, o que facilita a identificação do nome e do estado clínico em que o doente se encontra naquele momento. No entanto, a informação apesar de restrita, de forma a ser de fácil reter, era partilhada, e por muito respeito e cuidado que se tivesse, havia sempre a possibilidade do doente do outro lado da cortina ouvir parte da informação. De uma forma geral, as informações mais comprometedoras e invasivas eram posteriormente partilhadas na sala de enfermagem, por forma a cumprir o sigilo profissional e o respeito pela privacidade do doente. Segundo Ferreira et al. (2010), os doentes referem que, quanto à passagem de turno de enfermagem na sua presença, apesar de cumprir o seu direito à informação, enumeram algumas limitações como o incumprimento da confidencialidade ou a despersonalização. Assistir à passagem de turno para o doente, torna-se repetitiva e pouco interessante, pelo uso de linguagem técnica e científica. Esta prática comum no SU é facilitadora da observação das pessoas, permitindo uma discussão partilhada e organização para o turno seguinte. Neste contexto, tive a oportunidade de estar presente na passagem de turno de um doente de neurologia que entrou por convulsões e em fibrilação ventricular e teve de ir para SE, onde foi desfibrilhado com sucesso. De forma a manter os padrões de qualidade, de excelência e de segurança, no processo de transição de cuidados, a transmissão de informação do doente é realizada de acordo com a metodologia ISBAR (I-Identify; S-Situation; B-Background; A-Assessment; R- Recommendation). Este é um dos instrumentos mais

difundido para garantir uma comunicação clara e precisa entre os profissionais de saúde na passagem de Turno (Burgess et al., 2020).

A transição de cuidados em enfermagem tem como finalidade a manutenção de cuidados ao doente, promovendo a sua continuidade ao transferir a responsabilidade de um profissional para o outro e compartilhar dados. O principal objetivo desta transferência é passar informações relevantes e precisas sobre a situação do doente, tratamentos instituídos, cuidados de saúde necessários, avaliação e evolução clínica assim como o planeamento, antecipando riscos ou mudanças imprevistas nas condições clínicas dos doentes e desta forma minimizando os perigos (Yuen et al., 2023). A DGS, na sua Norma nº 001/2017, fundamenta o uso desta metodologia pela importância que a qualidade na transição dos cuidados de saúde representa na segurança do doente com vista à diminuição de eventos adversos e de mortalidade associada. Assim, configura que “a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR” (Sónia et al., 2022, s.p.).

2.2.2 Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação

As situações de catástrofe e emergências com múltiplas vítimas são, por natureza, inesperadas e podem originar uma procura súbita e massiva por cuidados de saúde. Estas circunstâncias exigem a atuação de profissionais com formação especializada e experiência consolidada na área, capazes de intervir com eficácia (Godinho, 2018). A constante preparação nesta área revela-se essencial, devendo os profissionais adquirir competências específicas em planeamento, implementação de planos de emergência e prática clínica em cenários simulados ou reais, para garantir uma resposta qualificada e ajustada à gravidade da situação.

A experiência vivida durante o estágio no SU permitiu um contacto direto com o plano de catástrofe da instituição hospitalar. Este contacto possibilitou compreender a estrutura do plano, bem como o seu funcionamento em contexto prático. Da análise crítica realizada e dos diálogos estabelecidos com o enfermeiro orientador e outros elementos da equipa, emergiu a perceção de que a divulgação e discussão do plano deveriam ser mais

amplas, de forma a promover maior segurança e preparação entre os profissionais para atuar eficazmente caso venha a ser ativado.

Segundo Lynn et al. (2019), é pertinente distinguir os conceitos de catástrofe e emergência multivítima. As catástrofes correspondem a eventos de origem natural ou humana, com impacto significativo sobre infraestruturas, perda de vidas humanas e alterações duradouras ao nível ambiental. Já as emergências com múltiplas vítimas referem-se a situações em que a procura por cuidados excede temporariamente a capacidade de resposta dos meios disponíveis, levando à escassez de recursos humanos, materiais e logísticos nos SU. Neste contexto, o EE desempenha um papel crucial na organização e resposta a este tipo de situações. Assim, enquanto futuro EE, espera-se assumir essa responsabilidade com competência, integrando as equipas de emergência com uma atuação baseada em conhecimentos técnicos e éticos, promovendo cuidados de excelência mesmo em cenários de elevada exigência.

O EEEMC-EPSC desempenha um papel preponderante nesta esfera de ação, na medida em que, pelos seus conhecimentos, habilidades e competências adquiridas, participa ativamente na conceção dos planos de catástrofe ou emergência, bem como no planeamento da resposta e na colaboração da coordenação da equipa de enfermagem em articulação com os restantes profissionais no caso de uma situação dessa natureza. Nesta linha de raciocínio, por forma a alcançar as competências específicas neste domínio, foi fundamental consultar e discutir o plano de emergência de modo a poder estar preparada para qualquer acontecimento, vigente no SU e no SMI, tendo em conta que no SMI ainda está em elaboração o plano, sendo o grupo de trabalho constituído pelos enfermeiros especialistas em Médico-Cirúrgica do serviço.

O conhecimento aprofundado dos contextos em que ocorrem situações de catástrofe e emergência revela-se fundamental para o planeamento e implementação de respostas adequadas às vítimas. A imprevisibilidade destas ocorrências, pela sua natureza súbita e disruptiva, justifica que, durante o período de estágio clínico, não tenha sido possível experienciar diretamente nenhum episódio desta magnitude. Contudo, esta ausência de prática real não invalida a necessidade de domínio conceptual e procedimental sobre os planos de resposta vigentes.

No SU encontra-se instituído um Plano de Emergência Externa, elaborado e permanentemente atualizado pela Comissão de Catástrofe. Esta comissão assume um papel estruturante, sendo responsável pelo planeamento, revisão periódica, execução e

avaliação crítica do plano. A sua função central é assegurar que a unidade de saúde está preparada para responder de forma célere e articulada a situações de exceção, envolvendo não apenas os serviços internos, mas também entidades externas, como forças de segurança, proteção civil e bombeiros voluntários. Esta articulação interinstitucional é indispensável para garantir a eficácia e a eficiência da resposta, tal como sublinham as recomendações internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) e do Conselho da União Europeia (2013), no âmbito da gestão integrada do risco e da segurança civil.

Durante a experiência em contexto de SU, participei, em colaboração com o enfermeiro orientador, na preparação de kits individuais de catástrofe (Apêndice II), concebidos para facilitar a identificação das vítimas, o registo de cuidados prestados, a colheita de análises e a realização de exames complementares. Estes kits constituem um recurso essencial para a padronização de procedimentos e para a redução do tempo de resposta em cenários críticos, garantindo maior eficiência e rastreabilidade no processo de triagem e assistência.

A análise do Plano de Catástrofe do SU evidenciou a existência de um algoritmo de decisão estruturado, alinhado com modelos de triagem internacionalmente reconhecidos, como o START (*Simple Triage and Rapid Treatment*) e a Triagem de Manchester adaptada a contextos de exceção. Este algoritmo organiza a evacuação das vítimas, define critérios de reestruturação dos serviços e estabelece a redistribuição de recursos humanos pelas áreas de intervenção, diferenciadas por cores, o que permite uma rápida priorização dos cuidados:

- **Área verde:** destinada a vítimas que não requerem tratamento imediato e que mantêm capacidade de deambulação autónoma.
- **Área amarela:** reservada para vítimas que necessitam de tratamento urgente, mas que apresentam parâmetros vitais estáveis após intervenção inicial (respiração eficaz após abertura da via aérea, frequência respiratória entre 10 e 29 ciclos/minuto, frequência cardíaca <120 bpm e enchimento capilar ≤ 2 segundos).
- **Área vermelha:** dirigida a vítimas em estado crítico, com sinais de instabilidade (frequência respiratória <10 ou >29 ciclos/minuto, frequência cardíaca >120 bpm ou enchimento capilar >2 segundos), que requerem intervenção imediata e prioritária.

- **Área preta:** corresponde a vítimas sem ventilação eficaz após abertura da via aérea, sendo classificadas como não viáveis em termos clínicos.

Este sistema de categorização, que se inspira nas normas do *Advanced Trauma Life Support* (ATLS, 2018) e nas orientações da DGS (Norma n.º 022/2012) para resposta hospitalar a situações críticas, visa garantir a equidade e a justiça distributiva na utilização dos recursos, particularmente em contextos de rutura, onde a procura excede a capacidade instalada.

Em síntese, embora não tenha sido possível vivenciar, durante o estágio, um cenário real de catástrofe, a análise crítica dos planos de emergência existentes, bem como a participação na sua operacionalização parcial, permitiram reconhecer a importância de estratégias bem definidas, estruturadas e coordenadas entre instituições.

Neste contexto, destacou-se igualmente a relevância de compreender o papel do enfermeiro especialista na garantia da eficiência dos cuidados de enfermagem, assegurando simultaneamente a preservação de vestígios que possam constituir indícios de prática criminal, conforme estipulado no Regulamento n.º 429/2018.

Assim, em situações de admissão de vítimas de agressão física ou acidentes com suspeita de etiologia criminal, foi cumprido o protocolo de forma rigorosa, nomeadamente através da não remoção de vestígios materiais (roupa, objetos, fluidos), do respeito pelas orientações de encaminhamento, e do registo preciso em suporte clínico. Foram também adotados cuidados específicos na colheita de sangue para determinação da taxa de alcoolemia, respeitando o protocolo institucional, garantindo a rastreabilidade do procedimento e a validade legal dos resultados.

No que respeita às situações de emergência vivenciadas durante o estágio, participei ativamente em episódios de paragem cardiorrespiratória, acidente vascular cerebral e sépsis, intervindo na monitorização clínica, aplicação da metodologia ABCDE, administração da terapêutica prescrita e apoio à equipa na ativação dos algoritmos de SAV e das Vias Verdes (AVC, Sépsis, Coronária).

Estas experiências consolidaram competências essenciais na resposta a situações de emergência e exceção, evidenciando a importância do enfermeiro especialista na coordenação célere, sistemática e segura dos cuidados, em conformidade com as orientações do Regulamento n.º 429/2018.

2.2.3. Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infecção e de Resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas

A resistência aos antimicrobianos (RAM) representa uma séria ameaça à saúde pública global, estando associada ao aumento da morbidade e mortalidade, bem como a custos económicos significativos derivados da utilização intensiva dos serviços de saúde. As infeções causadas por bactérias multirresistentes têm repercussões negativas tanto nos desfechos clínicos como nos custos hospitalares. A pandemia de COVID-19 contribuiu ainda mais para este problema, devido ao uso indiscriminado de antibióticos, intensificando a resistência bacteriana e resultando em consequências mais graves para os doentes (Majumder et al., 2020).

A gestão adequada dos antimicrobianos (EMA) constitui uma abordagem estratégica dentro dos sistemas de saúde, visando a utilização racional destes medicamentos, a sua preservação e a proteção da saúde pública. Esta estratégia inclui ações de monitorização, avaliação e formação contínua. A abordagem 'Uma Só Saúde', de carácter holístico e multissetorial, é também fundamental para enfrentar o agravamento da RAM. O desenvolvimento de políticas sustentadas por evidência científica, protocolos de vacinação, formação profissional e campanhas de sensibilização são pilares fundamentais desta abordagem (Majumder et al., 2020).

A RAM acarreta encargos consideráveis para o sistema de saúde, afetando não só os doentes, mas também as suas famílias. Nesse sentido, é essencial que o EE atue de forma proativa na prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos, sobretudo em contextos clínicos críticos. Durante os estágios, foi possível aprofundar conhecimentos sobre as IACS, através do contacto com UL-PPCIRA, cujo objetivo é reduzir a incidência destas infeções, definidas pela DGS como aquelas adquiridas em contexto de cuidados de saúde e que também podem afetar os profissionais (DGS, 2007).

A prevenção das IACS exige a colaboração de toda a equipa de saúde, implicando o cumprimento rigoroso de práticas como a correta higiene das mãos e a utilização adequada dos EPI. Compete ao EE promover a adoção de práticas seguras, intervir na sua

correção quando necessário e sensibilizar os colegas para a importância da higienização de superfícies e espaços partilhados.

Durante os estágios, observaram-se dificuldades práticas relatadas pelos profissionais, relacionadas com o excesso de trabalho, a disposição física dos doentes no serviço e o acesso limitado a recursos como a solução antisséptica de base alcoólica (SABA). Estas barreiras podem comprometer a eficácia das práticas de controlo de infeção.

O doente crítico encontra-se especialmente vulnerável às IACS, dada a frequência e urgência com que são realizadas intervenções invasivas. As atividades desenvolvidas nos estágios assentaram no cumprimento rigoroso das medidas preventivas, sendo essencial reconhecer que as IACS representam eventos adversos potencialmente evitáveis, associados a elevados níveis de morbilidade e mortalidade (Norma n.º 004/2013, 2022). A resistência antimicrobiana tem vindo a agravar o impacto das IACS, surgindo como um dos maiores desafios para a saúde global. A mitigação destes riscos exige uma abordagem integrada que combine práticas eficazes de prevenção, controlo de infeções e gestão de risco clínico (Costa et al., 2021).

Durante o estágio, considerando o elevado risco de IACS, decorrente da condição aguda ou crónica das pessoas, da complexidade dos procedimentos médicos e cirúrgicos, e da exposição aos ambientes clínicos, assumi uma postura ativa na prevenção, intervenção e controlo da infeção, bem como da resistência a antimicrobianos. Esta atuação foi guiada por uma reflexão crítica à luz da evidência científica mais atual e em consonância com os instrumentos reguladores da profissão, nomeadamente o Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros.

No desenvolvimento das competências previstas, colaborei de forma ativa na implementação e monitorização do plano institucional de prevenção e controlo de infeções, respeitando as diretrizes locais, regionais e nacionais. Avaliei as necessidades específicas da unidade onde estive inserido, identificando vulnerabilidades nos circuitos operacionais, nas práticas de higiene e nas rotinas de desinfeção. Com base na melhor evidência científica disponível, participei na atualização contínua das estratégias de prevenção, promovendo uma abordagem proativa. Divulguei as medidas entre os membros da equipa multidisciplinar, facilitando a compreensão e adesão aos protocolos instituídos. Promovi a participação informada da pessoa cuidada, da sua família e cuidadores, respeitando os seus contextos individuais e incentivei práticas seguras.

O PPCIRA está em consonância com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, cujo propósito é reforçar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde em todo o sistema nacional. Este plano organiza-se em torno de cinco pilares fundamentais que sustentam 14 objetivos estratégicos. O quinto pilar, intitulado “Práticas seguras em ambientes seguros”, destaca a importância do contexto e das condições físicas e organizacionais onde os cuidados são prestados, fatores determinantes para a segurança e eficácia desses mesmos cuidados. A sua relevância está diretamente relacionada com os resultados em saúde, com impacto significativo na qualidade e segurança assistencial. Inserido neste pilar, o Objetivo Estratégico 5.3 visa especificamente a redução das IACS e da RAM, conforme estabelecido pela DGS (2022a).

Durante o estágio no SMI, prestei assistência a doentes ventilados, o que exigiu particular atenção à prevenção de infeções relacionadas com a intubação. Por conseguinte, adotei medidas rigorosas para prevenir infeções associadas a dispositivos invasivos, como cateteres venosos centrais (CVC) e cateteres vesicais em PSC algaliados. Para reduzir o risco de infeção, revelou-se essencial a adesão aos feixes de intervenção preconizados pelas normas da DGS (2022b; 2022c; 2022d). No SMI, todos os feixes encontravam-se devidamente implementados e a sua aplicação era seguida com rigor por toda a equipa.

Este percurso de aprendizagem pode ser interpretado à luz do Modelo das Transições de Meleis (2010), dado que os contextos de infeção representam frequentemente momentos de transição crítica para a pessoa cuidada, ou seja, transições de saúde-doença, de hospital para casa, ou da autonomia para a dependência. Enquanto enfermeira especialista em formação, o meu papel centrou-se em facilitar uma transição segura e informada, reduzindo os riscos e promover a adaptação da PSC e da sua rede de apoio ao novo estado de saúde. A intervenção focada, educativa e integradora permitiu que a PSC participasse ativamente na gestão da sua condição, alinhando-se com os pressupostos deste modelo teórico.

Em suma, os estágios realizados foram orientados pelos princípios da Teoria das Transições de Meleis (2010), a qual fornece uma base conceptual sólida para a prática de enfermagem, sobretudo em contextos de cuidados intensivos e complexos. Esta abordagem teórica permite compreender e apoiar os processos de adaptação vivenciados pelas pessoas em situação crítica e pelas suas famílias, ajudando-as a lidar com as

mudanças impostas pelo estado de saúde. Meleis (2010) enfatiza que as transições correspondem a períodos marcados por alterações significativas na saúde, no contexto de vida, nos papéis sociais ou nas dinâmicas relacionais. Estas transições podem assumir diferentes formas, clínicas, desenvolvimentais, situacionais ou organizacionais, e requerem uma resposta sensível e ajustada por parte da equipa de enfermagem.

Neste enquadramento, o enfermeiro assume o papel de facilitador do processo de transição, sendo responsável por promover uma adaptação positiva e reduzir os riscos associados à mudança (Meleis, 2010). Nos estágios centrados na prestação de cuidados PSC/família, este modelo revelou-se particularmente pertinente, uma vez que a vivência entre a saúde e a doença configura uma transição exigente, influenciada por múltiplos fatores que podem tanto favorecer como comprometer esse processo.

**PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PERFIL
EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS DE TRAUMA, RELAÇÃO COM O
TEMPO DE ESPERA**

RESUMO

Introdução: O trauma constitui um problema de saúde pública, com elevado impacto na morbimortalidade e pressão sobre os serviços de urgência.

Objetivo: Identificar o perfil epidemiológico da vítima de trauma num serviço de urgência de uma Unidade Local de Saúde da região Norte de Portugal e relação com o tempo de espera.

Métodos: Estudo transversal descritivo, baseado em 10.760 episódios registados entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2023. A recolha de dados ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2024, após autorização institucional e da Comissão de Ética. Os dados, anonimizados, foram analisados com o SPSS®, versão 28.0.

Resultados: A amostra maioritariamente feminina (52,5%), com idade média de 58,43 anos (DP±26,14), com mais de 75 anos (23,9%) e residentes no distrito de Vila Real (91,3%). O tempo médio de espera desde a triagem até ao primeiro atendimento foi de 28,2 minutos e o tempo de permanência no serviço de urgência de 298,9 minutos. Atribuída prioridade amarela a 70,4%, maioritariamente pequenos traumas (71,5%) e por queda (77,1%). Diferenças significativas nos tempos de espera em função da idade, dia da semana e causa da admissão.

Conclusão: Estes resultados destacam a necessidade de um planeamento orientado por dados que considerem a idade, o tipo de trauma e o contexto de admissão para uma gestão mais eficiente e equitativa dos cuidados no serviço de urgência.

Palavras-chave: Trauma; Serviços Médicos de Emergência; Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

Introduction: Trauma represents a significant public health issue, with a high impact on morbimortality and considerable pressure on emergency services.

Objective: To identify the epidemiological profile of trauma victims attending the emergency department of a Local Health Unit in the Northern region of Portugal, and to examine its relationship with waiting times.

Methods: A descriptive cross-sectional study based on 10,760 recorded episodes between January 1 and December 31, 2023. Data collection took place between January and February 2024, following institutional and Ethics Committee approval. Anonymized data were analyzed using SPSS® version 28.0.

Results: The sample was predominantly female (52.5%), with a mean age of 58.43 years (SD±26.14); 23.9% were over 75 years old, and 91.3% resided in the Vila Real district. The average waiting time from triage to first medical assessment was 28.2 minutes, and the average length of stay in the emergency department was 298.9 minutes. A yellow triage priority was assigned in 70.4% of cases, with the majority involving minor trauma (71.5%), primarily due to falls (77.1%). Statistically significant differences in waiting times were observed based on age, day of the week, and cause of admission.

Conclusion: These findings underscore the need for data-driven planning that considers age, type of trauma, and admission context, aiming for more efficient and equitable management of emergency care.

Keywords: Trauma; Emergency Medical Services; Medical-Surgical Nursing.

RESUMEN

Introducción: El trauma constituye un problema de salud pública, con un elevado impacto en la morbimortalidad y una considerable presión sobre los servicios de urgencias.

Objetivo: Identificar el perfil epidemiológico de las víctimas de trauma en el servicio de urgencias de una Unidad Local de Salud de la región Norte de Portugal y su relación con el tiempo de espera.

Métodos: Estudio transversal descriptivo, basado en 10.760 episodios registrados entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2023. La recolección de datos se realizó entre enero y febrero de 2024, tras la autorización institucional y del Comité de Ética. Los datos, anonimizados, fueron analizados con SPSS®, versión 28.0.

Resultados: La muestra fue mayoritariamente femenina (52,5%), con una edad media de 58,43 años (DE±26,14); el 23,9% tenía más de 75 años y el 91,3% residía en el distrito de Vila Real. El tiempo medio de espera desde el triaje hasta la primera atención fue de 28,2 minutos, y el tiempo de permanencia en urgencias de 298,9 minutos. Se asignó prioridad amarilla en el 70,4% de los casos, siendo mayoritariamente traumas leves (71,5%), principalmente por caídas (77,1%). Se observaron diferencias significativas en los tiempos de espera en función de la edad, el día de la semana y la causa de admisión.

Conclusión: Estos resultados destacan la necesidad de una planificación basada en datos que tenga en cuenta la edad, el tipo de trauma y el contexto de admisión, con el fin de lograr una gestión más eficiente y equitativa de la atención en los servicios de urgencias.

Palabras clave: Trauma; Servicios Médicos de Urgencia; Enfermería Médico-Quirúrgica.

INTRODUÇÃO

Trauma define-se como um evento nocivo resultante da libertação de formas específicas de energia ou de barreiras físicas provocadas por ação externa ao organismo causando lesões caracterizadas por transformações estruturais ou desequilíbrios fisiológicos (Dumovich & Singh, 2022). É uma lesão tecidual que ocorre de forma mais ou menos súbita devido a violência ou acidente e é responsável por iniciar o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e as respostas imunológicas e metabólicas responsáveis pelo restabelecimento da homeostasia. Embora existam vários mecanismos diferentes de lesão, o traumatismo pode ser classificado em três grupos: penetrante, contundente e de desaceleração (Salvo et al., 2024).

Existe uma sobreposição significativa nas causas, nos resultados e na resposta do corpo aos diferentes tipos de lesões. No entanto, um tema comum é a ativação do sistema nervoso autónomo do corpo. Também é importante notar que cada pessoa responde de forma diferente ao trauma e que as condições médicas crónicas subjacentes podem alterar as respostas fisiológicas normais. Existe uma outra entidade, a coagulopatia induzida por trauma, que se apresenta na pessoa com trauma (Grootjans et al., 2017).

O trauma *major* define-se como um incidente nocivo que ocorre quando há libertação de formas específicas de energia física ou quando existem barreiras ao fluxo normal de energia (National Association of Emergency Medical Technicians, 2023). As pessoas que sofrem um trauma major são consideradas pessoas em situação crítica, tendo em conta que, em decorrência da disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica (Rito et al., 2024).

Mais recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (*World Health Organization*, 2021) reafirmou que o trauma é uma das principais causas de morte na população ativa em todo o mundo. Segundo a mesma entidade, registam-se anualmente cerca de 4,4 milhões de óbitos devido a lesões não intencionais ou relacionadas com a violência, sendo que um terço destes óbitos resulta de acidentes rodoviários. Entre as pessoas com idades entre os 5 e os 29 anos, três das cinco principais causas de morte estão associadas a lesões. O trauma representa a oitava principal causa de morte a nível global e é a principal causa entre crianças e adultos jovens (Halvachizadeh et al., 2025). Os homens apresentam o dobro do risco de morte por lesões em relação às mulheres, sendo as lesões traumáticas responsáveis por cerca de 75% das mortes por ferimentos (Halvachizadeh et al., 2025).

Na Europa, em 2020, segundo um relatório do Eurostat, (2020), *Accidents and injuries statistics*, morreram 153.500 pessoas por acidentes, correspondendo a 3% de todos os óbitos. Entre os europeus com menos de 40 anos, o trauma é a principal causa de morte e de *disability-adjusted life year* (DALY). As lesões têm um impacto particular na população ativa, sendo a segunda principal causa de óbito, a seguir aos cancros do trato respiratório. A taxa de mortalidade por acidentes rodoviários diminuiu de 7% para 4,9% entre 2011 e 2020, mas permanece elevada entre os jovens de 15 a 19 anos. A taxa de hospitalizações por lesões varia amplamente entre os países europeus, de 614 a 2389 por 100.000 habitantes. Entre as causas principais de trauma estão os acidentes de trânsito, a violência interpessoal, as lesões autoprovocadas, as quedas e queimaduras. As consequências das lesões incluem Anos de Vida Perdidos (YLL) e Anos Vividos com Incapacidade (YLD), sendo os traumatismos cranioencefálicos, lesões medulares e amputações dos membros superiores as que mais contribuem para o YLD (Eurostat, 2020).

Neste contexto, é essencial identificar os grupos populacionais mais vulneráveis aos traumas, para que possam ser desenvolvidas estratégias de prevenção, de atendimento e encaminhamento eficaz na resposta a um trauma. Para tanto, é de fundamental importância o desenvolvimento de estudos de investigação e a divulgação dos resultados obtidos sobre essa temática. Assim, o presente estudo tem como questão de investigação: *Qual o perfil epidemiológico da vítima de trauma num serviço de urgência de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte de Portugal e relação com o tempo de espera?* Como objetivo geral: Identificar o perfil epidemiológico da vítima de trauma num Serviço de Urgência de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região Norte de Portugal e relação com o tempo de espera. Neste contexto, foram definidos objetivos específicos nomeadamente: caracterizar a amostra de estudo em termos sociodemográficos; identificar os diferentes tipos de trauma, bem como as respetivas causas; identificar os tempos de resposta; e, por fim, descrever a relação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e o tempo de espera desde a triagem até ao primeiro atendimento médico.

1. ESTADO DA ARTE

O trauma continua a ser a principal causa de mortalidade e de DALYs, particularmente entre a população europeia abaixo dos 40 anos. A melhoria dos cuidados no domínio do trauma nos países europeus segue frequentemente iniciativas nacionais, o que conduz a uma evolução desigual dos cuidados de trauma na Europa (Halvachizadeh et al., 2025). Uma vez que os sistemas avançados melhoram as taxas de sobrevivência e aumentam a qualidade de vida, a sua implementação e maturação em cada país europeu é de importância crucial (Halvachizadeh et al., 2025). Os mesmos autores referem que um consenso à escala europeia sobre os cuidados no trauma poderia facilitar a comunicação internacional e promover melhorias proporcionais nos sistemas nacionais de trauma (Halvachizadeh et al., 2025).

Evidências nacionais e internacionais demonstram a relevância do trauma como um problema de saúde pública, exigindo abordagens diferenciadas nos SU e emergência. Em Portugal, Trigo et al. (2022) analisaram a gravidade do trauma em vítimas de acidentes de viação atendidas num SU hospitalar da região centro, identificando fatores como o sexo masculino, uso de bicicleta e certas lesões específicas como indicadores de maior risco. Também em contexto nacional, Raposo et al. (2023) caracterizaram o perfil de vítimas de traumatismo cranioencefálico (TCE) numa unidade de saúde do Norte, destacando a predominância de indivíduos com 65 ou mais anos e a frequência de quedas da própria altura como principal causa. O estudo de Rito et al. (2024) avaliou os tempos de resposta e as intervenções do INEM em casos de trauma major, concluindo que, apesar de o tempo de transporte estar geralmente dentro dos parâmetros recomendados, existem falhas significativas nos registos e no cumprimento dos tempos ideais de estabilização. A nível internacional, Bressan et al. (2024), no Brasil, estudaram o perfil epidemiológico das vítimas de trauma atendidas num SU, salientando a prevalência de homens jovens, com maior incidência de acidentes de trânsito e lesões torácicas. Estes estudos reforçam a importância do desenvolvimento de estratégias preventivas e de cuidados diferenciados, especialmente no contexto da enfermagem Médico-Cirúrgica.

Pelo evidenciado, os traumas constituem um grande problema de saúde pública no mundo e Portugal não é exceção, resultando em várias consequências sociais e económicas para as populações, sendo responsáveis por elevados gastos em saúde e têm forte impacto na morbimortalidade da população, causando lesões e sequelas permanentes (Bressan et al., 2021). Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 11ª Revisão (CID-11), mais concretamente no capítulo 23, alusivo às causas externas de morbidade ou mortalidade, a OMS em 2021, define uma “lesão” como uma consequência de exposição aguda a agentes físicos, como a energia mecânica, o calor, a eletricidade, os produtos químicos ou a radiação ionizante, que interagem com o corpo em níveis superiores ao limiar da tolerância humana. Em determinadas situações, como o afogamento ou lesão por frio, a lesão resulta da perda súbita de agentes essenciais, como o oxigénio ou o calor. A OMS, (2021), salienta ainda que, para fins analíticos e com vista à identificação de oportunidades de intervenção, é fundamental categorizar as lesões de acordo com a sua intencionalidade e o agente causador. As categorias comumente utilizadas incluem: lesões não intencionais (acidentais), intencionais, que se subdividem em interpessoais (por exemplo, agressão e homicídio), autoprovocadas (como abuso de substâncias, automutilação ou suicídio), intervenção legal (ações policiais ou de agentes da lei), guerra e distúrbios civis (como tumultos) e intenção indeterminada. Esta tipificação possibilita uma compreensão mais rigorosa da origem das lesões e contribui para a criação de estratégias preventivas eficazes e políticas públicas orientadas para a redução da morbimortalidade por causas externas. Por conseguinte, as lesões são definidas como resultantes de exposições agudas a agentes físicos que excedem o limiar de tolerância humana, podendo ser categorizadas como intencionais ou não intencionais (OMS, 2021).

Não obstante a elevada mortalidade, a morbidade consequente dos eventos de trauma, causadores de incapacidade permanente e de limitações de longa duração, os processos de reabilitação prolongados e/ou problemas emocionais e psicológicos diminuem significativamente a qualidade de vida das pessoas (Mota, 2017). Estima-se que, a nível mundial, o trauma seja responsável por 18% dos casos incapacidade por doença (*American College of Surgeons. Advanced trauma life support*, 2018). Em Portugal, este problema detém a mesma importância, com particular prevalência nos homens (69%) em idade ativa (71%) (Rito et al., 2024).

2. MÉTODOS

Este estudo insere-se numa abordagem metodológica transversal, descritiva e retrospectiva, adequando-se ao objetivo do estudo. No presente estudo, as variáveis foram organizadas 1. Variáveis sociodemográficas: incluem a idade, o sexo e o distrito de residência dos utentes, permitindo caracterizar o perfil populacional da amostra; 2. Variáveis de contexto: englobam o dia da semana em que ocorreu a

admissão no SU e o tempo de espera desde a triagem até à primeira avaliação médica, fornecendo informações sobre o contexto temporal e organizacional do atendimento; 3. Variáveis clínicas: causa de admissão, o discriminador de Manchester, a prioridade clínica atribuída, o motivo de entrada no SU, o destino após a alta e o agente causal do trauma, tipo de trauma, que foi categorizado em quatro grupos distintos: Grande trauma, Pequeno trauma, Doença e Outros.

2.1 População e amostra

A população de referência deste estudo foi composta por todas as pessoas vítimas de trauma que deram entrada no SU de uma unidade hospitalar de uma ULS da região Norte de Portugal durante o ano de 2023. A amostra foi coincidente com a população, sendo constituída pelas 10.760 vítimas de trauma atendidas no SU da referida unidade hospitalar entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2023.

2.2 Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados consistiu numa grelha de registo de informação clínica e administrativa para onde foi transposta a seguinte informação: idade, o sexo e o distrito de residência dos utentes, dia da semana em que ocorreu a admissão no SU e o tempo de espera desde a triagem até à primeira avaliação médica, o fluxograma de triagem de Manchester, o discriminador de Manchester, a prioridade clínica atribuída, o motivo de entrada no SU, o destino após a alta e o agente causal do trauma e tipo de trauma. A recolha de dados decorreu entre os meses de janeiro e fevereiro de 2024, após autorização do Conselho de Administração da ULS *locus* de estudo e parecer favorável da respetiva Comissão de Ética. Os dados constavam dos registos no sistema informático SClínico®, relativos aos episódios de trauma admitidos no SU no período de estudo. Estes foram fornecidos à investigadora de forma anonimizada e, posteriormente, transpostos para uma base de dados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 28.0, através do número de codificação e, depois, analisados.

2.3. Considerações éticas e integridade da investigação

A ética na investigação científica orientou todo o desenvolvimento deste estudo. Por envolver dados clínicos de seres humanos, o projeto foi submetido à apreciação do Presidente do Conselho de Administração da instituição e obteve parecer favorável da respetiva Comissão de Ética, em conformidade com os princípios de beneficência, justiça e autonomia. Os dados foram fornecidos pelo Diretor do SU, após anonimização e codificação com um número único, impedindo qualquer identificação pessoal. A investigadora comprometeu-se a respeitar o sigilo profissional e os princípios de confidencialidade, comprometendo-se a utilizar os dados exclusivamente para fins estatísticos. Todos os procedimentos adotados obedeceram à legislação nacional e europeia em matéria de proteção de dados pessoais, nomeadamente a Lei n.º 58/2019 e o Regulamento (UE) 2016/679. Os dados serão eliminados 12 meses após a defesa pública do trabalho.

2.4 Análise estatística

A análise quantitativa foi realizada com recurso ao *software Statistics IBM SPSS® 28*, para a criação da base de dados e tratamento estatístico. Utilizou-se a estatística descritiva para determinar as frequências absolutas e relativas para todas as variáveis, a média e o desvio padrão para as variáveis de nível de mensuração rácio. Para a descrever a relação entre variáveis, recorreu-se ao Teste de *Kruskal-Wallis* e ao Teste U de *Mann-Whitney*, ambos testes estatísticos não paramétricos. O Teste de *Kruskal-Wallis* foi utilizado para comparar três ou mais grupos independentes, sendo particularmente apropriado em situações em que as variáveis não seguem uma distribuição normal; o Teste U de *Mann-Whitney* foi aplicado na comparação de dois grupos independentes. A escolha destas abordagens baseou-se nas características dos dados obtidos, nomeadamente a sua natureza ordinal e a ausência de homogeneidade das variâncias. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

3. RESULTADOS

A amostra é maioritariamente do sexo feminino (52,5%), com mais de 75 anos (23,9%), recaindo a média nos 58,43; DP±26,14 anos, provenientes do distrito de Vila Real 91,3% com uma distribuição mais ou

menos homogênea ao longo da semana, registrando-se uma ligeira diminuição ao sábado (13,6%) e ao domingo (13,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos participantes por sexo, idade, distrito e dia da semana do trauma

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	5647	52,5
Masculino	5113	47,5
Grupo etário		
≥18 anos	1124	10,4
19-35 anos	1165	10,8
36-55 anos	1804	16,8
56-75 anos	3123	29,0
>75 anos	3544	32,9
M=58,43; DP±26,14 anos		
Distrito de residência		
Vila Real	9820	91,3
Outro	201	1,8
Dia da semana		
Domingo	1448	13,5
Segunda-Feira	1676	15,6
Terça-Feira	1616	15,0
Quarta-Feira	1485	13,8
Quinta-Feira	1492	13,9
Sexta-Feira	1575	14,6
Sábado	1468	13,6

M- Média; DP – desvio padrão; n – frequência absoluta; % - frequência relativa

A prioridade clínica atribuída na triagem, a maioria dos episódios foi classificada como de prioridade amarela (70,4%), indicando situações urgentes, mas não emergentes, seguidas das prioridades verde (15,9%) e laranja (n=1.424; 13,2%). As prioridades azul e vermelha foram atribuídas em percentagens residuais. Relativamente ao fluxograma de triagem, destaca-se o pequeno trauma, responsável por 71,5% dos episódios (n=7696), seguido do grande trauma (28,5%). Quanto ao agente causal do trauma, a queda constituiu a principal causa (77,1%), sendo seguida, embora com valores muito inferiores, pela agressão (10,7%) e pelo corpo estranho (10,2%). O traumatismo cranioencefálico (TCE) foi a lesão mais prevalente (57,0%), secundado pelo grande traumatismo (19,2%) e pela lesão toraco-abdominal (18,6%). A maioria dos utentes teve alta para o domicílio ou seguimento externo (88,1%). Os internamentos hospitalares representaram 7,6% dos casos e as transferências para outras unidades hospitalares ocorreram em 2,3% dos episódios. A maioria dos episódios não foi precedida de carta de referência (96,1%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos participantes por prioridade clínica, fluxograma, agente causa do trauma, lesões, destino e carta de referência

Variáveis	n	%
Prioridade clínica		
Amarela	7577	70,4
Azul	17	0,2
Laranja	1424	13,2
Verde	1715	15,9
Vermelha	27	0,3
Causa de admissão		
Grande trauma	3064	28,5
Pequeno trauma	7696	71,5
Agente causal do trauma		
Agressão	542	10,7
Queda	3891	77,1
Autoagressão	67	1,3
Exposição a químicos	35	0,7
Corpo estranho	514	10,2
Lesões/Consequências do trauma		
Grande traumatismo	1098	19,2
Lesão toraco-abdominal	1060	18,6
Queimaduras profundas e superficiais	295	5,2
Traumatismo cranioencefálico	3258	57,0
Destino		
Alta para o domicílio/seguimento externo	9503	88,1
Internamento hospitalar	815	7,6
Transferência para outro hospital	246	2,3
Saída voluntária/contra parecer	190	1,7
Óbito	8	0,0
Outros	3	0,0
Carta de referência		
Não	10339	96,1
Sim	421	3,9

n – frequência absoluta; % - frequência relativa

No que se refere ao tempo de espera desde a triagem até ao primeiro atendimento médico, observa-se uma média de 28,2 minutos (DP±46,4), com valores que variam entre 0,0 e 1453,2 minutos. Relativamente ao tempo de permanência total no SU, a média registada foi de 298,9 minutos (aproximadamente 5 horas), com um desvio padrão de ±348,9 minutos. O tempo mínimo observado foi de 10,8 minutos, enquanto o máximo atingiu os 3352,2 minutos, evidenciando casos de longa permanência, potencialmente relacionados com a complexidade clínica, necessidade de observação prolongada ou constrangimentos nos fluxos de encaminhamento (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos participantes por tempo de espera desde a triagem até ao primeiro atendimento médico e permanência na urgência

Variável	n	Mín.	Máx.	M	DP
Tempo de espera desde a triagem até ao primeiro atendimento médico (min)	10760	0,0	1453,2	28,2	46,4
Tempo permanência no SU (min)	10760	10,8	3352,2	298,9	348,9

N – Frequência absoluta; min – mínimo; Max – Máximo; M – Média; DP – Desvio padrão; min - minutos

Quando observamos a relação entre o tempo de espera desde a triagem até ao primeiro atendimento médico, verificamos que a idade, o dia da semana e a causa de admissão tem uma relação, estatisticamente significativa, ou seja, os participantes com mais ou 18 anos e mais de 75 anos, o dia da semana segunda feira e as doenças, apresentam maior ordem de médias de tempos de espera. Também o sexo masculino apresenta maior ordem das médias entre tempo de espera desde a triagem até ao primeiro atendimento médico, sem significância estatística.

Tabela 4 - Relação entre tempo de espera desde a triagem até ao primeiro atendimento médico com o sexo, o grupo etário, o dia de admissão e causa da admissão

Tempo de espera desde a triagem até ao primeiro atendimento médico	Sexo		*OM	**p
	Feminino		5330,51	0,112
	Masculino		5425,76	
	Grupo etário		OM	p
	≥18 anos		5416,83	0,033
	19-35 anos		5160,82	
	36-55 anos		5303,12	
	56-75 anos		5385,73	
	>75 anos		5475,97	
	Dia de admissão no SU		OM	p
Domingo		4930,70	0,000	
Segunda-Feira		5606,36		
Terça-Feira		5088,23		
Quarta-Feira		5650,85		
Quinta-Feira		5456,73		
Sexta-Feira		5633,68		
Sábado		5265,46		
Causa da admissão		OM	p	
Grande trauma		4390,01	0,000	
Pequeno trauma		5630,10		

Legenda: *OM = Ordenação Média; **p =valor de significância

A análise da relação entre os grupos etários e a causa de admissão revelou diferenças, estatisticamente significativas ($\chi^2=1017,1$; $p<0,001$). Os resultados evidenciam que o grande trauma apresenta maior prevalência nos grupos etários dos 36-55 anos e 56-75 anos, sendo estas as faixas etárias onde esta causa de admissão foi mais prevalente. Por sua vez, o pequeno trauma mostrou-se mais frequente no grupo etário >75 anos, representando a principal causa de admissão nesta faixa etária. Estes resultados reforçam a influência da idade no perfil da causa de admissão, mostrando que as faixas etárias estão significativamente associadas ao tipo de trauma (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição entre o grupo etário e a causa da admissão

Variáveis	Grande trauma		Pequeno trauma		* χ^2	**p
	n	%	n	%		
Grupo etário					1017,1	0,001
≥18 anos	119	4,9	736	11,9		
19-35 anos	511	20,8	488	7,9		
36-55 anos	739	30,1	761	12,3		
56-75 anos	744	30,3	1757	28,5		
>75 anos	339	13,8	2421	39,3		
Total	3064	100,0	7696	100,0		

Legenda: χ^2 - Qui-quadrado; **p =valor de significância

4. DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica da amostra do presente estudo revela uma prevalência de mulheres idosas, residentes maioritariamente no distrito de Vila Real. Este perfil contrasta com o descrito por Forbinake et al. (2020), num estudo realizado nos Camarões, onde a maioria das vítimas de trauma por queimadura eram homens com uma média de idade bastante inferior. Esta discrepância poderá ser justificada por diferenças contextuais e culturais, bem como pelas particularidades do tipo de trauma analisado, uma vez que, no nosso estudo, o trauma predominante foi a queda, significativamente associada à população idosa e às mulheres. Para além disso, importa considerar que, em mulheres com

mais de 65 anos, ocorrem alterações endócrinas marcadas pela diminuição dos níveis de estrogénio, o que contribui significativamente para a perda de densidade mineral óssea e aumento da fragilidade esquelética (Mou et al., 2025; Gomes & Vale, 2025). Estas alterações hormonais, em conjunto com a sarcopenia associada à idade, potenciam o risco de quedas e fraturas (Nunes et al., 2023; Stokes et al., 2025). Assim, o perfil predominante de mulheres idosas vítimas de trauma por queda poderá estar intimamente relacionado com o declínio hormonal e as alterações fisiológicas características do envelhecimento feminino e mesmo aos sedentarismos. Os dados do estudo de Trigo et al. (2022), referentes a um centro hospitalar da região Centro de Portugal, reforçam a relevância de analisar o tipo e a gravidade dos traumas no contexto do SU. Embora o foco tenha sido o trauma por acidente rodoviário, os autores também reportam uma prevalência masculina e identificam variáveis associadas à maior gravidade do trauma, como o tipo de lesão e o meio de transporte. Estes dados contrastam com os do presente estudo, onde os traumas menos complexos, como os pequenos traumas e as quedas, foram os mais frequentes, e a maioria dos utentes teve como destino após a alta do SU para o domicílio. Esta diferença pode justificar-se pelo estudo de Trigo que analisou os acidentes rodoviários, e estes, são efetivamente são mais frequentes entre os homens e com maior gravidade, provocando grandes traumas (Trigo et al., 2022; Mou et al., 2025; Gomes & Vale, 2025). Raposo et al. (2023), num estudo desenvolvido numa ULS da região Norte, geograficamente próximo ao contexto do presente estudo, também verificaram um predomínio de utentes do sexo masculino entre as vítimas de traumatismo cranioencefálico, com uma média etária superior, o que, embora ligeiramente divergente, se aproxima da faixa etária identificada no nosso estudo. A presença elevada de traumatismo cranioencefálico no nosso fluxograma clínico confirma a sua relevância como motivo de procura do SU nesta região. Bressan et al. (2024), no seu estudo referente à realidade brasileira, registam igualmente uma prevalência do sexo masculino, particularmente vítimas de acidente de trânsito, sendo o tórax a região mais atingida. Os autores destacam que este tipo de estudos pode contribuir significativamente para o desenvolvimento de estratégias de prevenção do trauma, com especial ênfase na intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC). A atuação deste profissional é fundamental desde o contexto pré-hospitalar, passando pelo SU, até aos cuidados intensivos, intervindo junto de pessoas em estado crítico, frequentemente com disfunção de múltiplos órgãos ou sistemas, o que exige uma abordagem diferenciada e altamente especializada. Tendo em conta a elevada taxa de mortalidade por causas externas, consideradas um grave problema de saúde pública, torna-se essencial uma atuação precoce e eficaz para minimizar consequências potencialmente irreversíveis e prevenir sequelas duradouras.

O trauma representa uma das principais causas de morte e DALYs na população ativa, especialmente entre os mais jovens. Segundo a OMS, (2021), cerca de 4,4 milhões de mortes anuais devem-se a lesões não intencionais ou relacionadas com violência, sendo que um terço está associado a acidentes rodoviários. Halvachizadeh et al. (2025) reforçam este cenário, salientando que o trauma é a principal causa de morte em crianças, adolescentes e adultos jovens, bem como a oitava causa de morte global entre todas as faixas etárias. Os dados do presente estudo estão parcialmente em conformidade com esta realidade. Embora o nosso foco tenha incidido sobre episódios de urgência por trauma num contexto hospitalar português, predominam os traumas de menor gravidade, com destaque para as quedas acidentais, particularmente em idosos, o que reflete um perfil demográfico distinto daquele evidenciado no estudo de Halvachizadeh et al. (2025), mais centrado em jovens adultos e em causas como acidentes rodoviários. Esta diferença pode ser atribuída às particularidades do contexto local, onde o envelhecimento populacional assume especial relevo, influenciando diretamente os mecanismos e tipos de trauma observados. Todavia, corroboram os resultados do estudo de Baik et al. (2024). A maioria dos casos do presente estudo foi classificada com prioridade amarela na triagem, o que, tal como descrito por Baik et al. (2024) e por Halvachizadeh et al. (2025), pode refletir a elevada incidência de lesões não fatais mas que exigem avaliação médica célere. Os nossos dados revelam que a maior parte dos utentes teve alta para o domicílio ou seguimento externo, apontando para um predomínio de situações clínicas controláveis, sem necessidade de internamento prolongado. Isto contrasta com os dados europeus apresentados por Halvachizadeh et al. (2025), onde a média de internamento por lesões em 2021 foi de 7 dias, sugerindo que, noutros contextos, as lesões tendem a ter maior gravidade ou a requerer maior vigilância clínica. No que respeita às causas de admissão, o nosso estudo mostrou um predomínio marcado de lesões neurológicas, como o TCE, compatível com as quedas em idosos. Baik et al. (2024) e Halvachizadeh et al. (2025) destacam igualmente as fraturas de maior complexidade, como as do fémur, sublinhando que o tempo de internamento associado a estas lesões tem vindo a diminuir na Europa, o que pode indicar uma melhoria nos cuidados clínicos e na reabilitação. Outro ponto de destaque é a via de acesso ao SU, ou seja,

no presente estudo, a grande maioria dos episódios não foi precedida de carta de referência, o que pode sugerir, à semelhança do que se observa noutros países europeus, uma elevada procura direta dos SU, possivelmente por ausência de resposta atempada nos cuidados primários, um fenómeno já apontado como determinante para a sobrelotação hospitalar (Baik et al., 2024; Halvachizadeh et al., 2025). Por fim, Halvachizadeh et al. (2025) assinalam diferenças marcadas entre sexo, com os homens a apresentarem um risco duas vezes superior de morte por trauma, o que não se refletiu de forma significativa nos nossos dados. No entanto, a prevalência de TCE em homens idosos na nossa amostra pode, de forma indireta, sustentar esse risco aumentado associado ao sexo masculino. Os resultados do presente estudo refletem uma realidade local com especificidades importantes, como o predomínio de traumas em idosos e de gravidade moderada, mas inserem-se num panorama mais amplo de preocupações globais com o impacto do trauma na saúde pública, conforme descrito por Baik et al. (2024) e Halvachizadeh et al. (2025). Estes dados reforçam a importância de estratégias preventivas, nomeadamente no domicílio e na comunidade, bem como da atuação especializada e precoce do EEEMC-PSC, particularmente no contexto dos SU.

A análise dos tempos de espera e de permanência no SU no presente estudo revelou uma média de 28,2 minutos desde a triagem até ao primeiro atendimento médico e uma média total de permanência de 298,9 minutos. Estes valores demonstram uma ampla variação nos tempos de resposta, particularmente em contextos de elevada afluência ou complexidade clínica. Estes resultados são comparáveis aos encontrados por Al Nhdi et al. (2021), que identificaram um tempo médio total de permanência no SU considerado aceitável segundo os padrões internacionais como o *National Emergency Access Target*. Embora a média do presente estudo seja superior, ambas as investigações revelam que uma percentagem significativa dos episódios de trauma ultrapassa o limiar das 4 horas de permanência. Esta diferença pode ser explicada através de fatores contextuais, como a carga de trabalho nos SU por sobrelotação, a complexidade dos casos ou a disponibilidade de recursos humanos e materiais.

O presente estudo evidenciou diferenças estatisticamente significativas no tempo de espera desde a triagem até ao primeiro atendimento médico em função da causa da admissão. No entanto, os tempos prolongados nas admissões por doença levantam questões sobre a eficiência do encaminhamento e eventuais constrangimentos estruturais. A análise dos dados revelou que o tempo de espera foi significativamente influenciado pela idade, dia da semana e causa da admissão. A ausência de diferenças estatisticamente significativas entre o sexo sugere uma equidade de atendimento neste parâmetro específico. Face a esta realidade, pode dizer-se que a presença do EEEMC-PSC é fundamental, contribuindo para a agilização da tomada de decisão e na articulação entre os diferentes serviços. A sua presença na equipa multidisciplinar é crucial para melhorar a experiência do utente e a segurança dos cuidados prestados (OE, 2018). Ao compararem-se os resultados obtidos com os estudos analisados, verificou-se que as características da amostra e dos episódios traumáticos são muito influenciadas pelo tipo de trauma, contexto geográfico e pelo perfil das unidades de saúde. A convergência e a divergência entre os dados sublinham a importância de se ajustar as práticas clínicas à realidade local e de se investir mais na vigilância epidemiológica do trauma como forma de orientar a gestão dos cuidados no contexto de SU. A sobrelotação do SU pode, de acordo com Savioli et al. (2022), determinar um aumento do risco e da taxa de eventos adversos, mesmo graves, de morbilidade e de mortalidade, bem como um aumento do tempo de espera para os utentes receberem cuidados adequados à sua situação clínica. A análise do perfil epidemiológico dos doentes que dão entrada no SU por trauma constitui uma ferramenta essencial para o EEEMC-PSC na sua prática junto do doente em situação crítica. Ao conhecer os perfis dos utentes, como as idades mais afetadas, tipos de trauma predominantes ou condições clínicas associadas, este profissional de saúde consegue antecipar necessidades e adequar intervenções de forma célere e eficaz. A título exemplificativo, no caso de um utente politraumatizado, o EEEMC-PSC procede à avaliação da vítima (abordagem ABCDE), coordena a equipa na estabilização hemodinâmica e prepara o utente para exames e eventual cirurgia. Outro exemplo significativo de atuação do EEEMC-PSC é em casos de idosos com fratura do colo do fémur, adaptando os cuidados à sua fragilidade, previne o delírio e otimiza a gestão da dor. A dor é um dos problemas mais frequentes em situações de urgência. Assim, em todas as ocorrências é necessária a correta avaliação e registo da dor, com as escalas preconizadas (Rababa et al., 2023). A gestão da dor engloba avaliação e intervenção abrangentes, centradas no doente. As perceções dos doentes sobre a avaliação e gestão da dor tornaram-se critérios importantes e medidas de resultado relevantes para a prestação de cuidados de qualidade (Lvovschi et al., 2024). O EEEMC-PSC detém conhecimentos e competências que lhe permitem tomar decisões fundamentadas, promover, deste modo, a prestação de cuidados especializados à PSC/família. Estes profissionais possuem uma visão holística da pessoa, focando as respostas humanas, o que implica uma enorme responsabilidade e capacidade de adaptação a cada situação concreta. Em conformidade com o Regulamento n.º 429/2018,

de 16 de julho de 2018 (OE, 2018), bem como com o Regulamento n.º 743/2019, Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, torna-se imperativo assegurar condições de prática que garantam as competências científica, técnica e humana, assim como a dotação adequada de recursos humanos, para que esses cuidados sejam prestados de forma segura, de qualidade e equitativa. Neste pressuposto, reforça-se que é incumbido ao EEEMC-PSC questionar e refletir sobre as práticas quotidianas, promover, estimular e impulsionar processos de mudança, sempre em prol de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Mais do que um mero objetivo, a qualidade pode ser considerada uma atitude positiva e de progresso (Vasilopoulos, 2024). E este profissional de saúde deve adaptar-se à liderança e à gestão de recursos, às situações e ao contexto, validar a garantia da qualidade dos cuidados que presta (OE, 2018). Por conseguinte, este estudo facultava uma base de dados valiosa que possibilita fundamentar práticas baseadas na evidência, promover a tomada de decisão e reforçar o papel autónomo e diferenciador do enfermeiro especialista na abordagem integrada e humanizada do doente crítico com trauma.

A análise da associação entre os grupos etários e a causa de admissão evidenciou diferenças estatisticamente significativas, confirmando que a idade é um fator determinante no tipo de trauma registado. Os resultados mostram que o grande trauma ocorre predominantemente nos grupos etários 36-55 anos e 56-75 anos, faixas que correspondem a fases da vida associadas a maior atividade profissional e exposição a riscos ocupacionais e de mobilidade, justificando, assim, a elevada prevalência deste tipo de admissão. Por outro lado, o pequeno trauma apresentou maior frequência no grupo etário >75 anos, assumindo-se como a principal causa de admissão entre os idosos. Como já referido, esta evidência pode estar relacionada com as fragilidades próprias do envelhecimento, como a perda da força muscular, as alterações do equilíbrio e uma maior predisposição para as quedas, que se refletem num risco acrescido para este tipo de trauma. O estudo de Yang et al. (2023), uma revisão sistemática e meta-análise que incluiu quase 1,1 milhões de participantes com 65 anos ou mais, demonstrou que a fragilidade constitui um fator de risco significativo para quedas nos idosos, aumentando a probabilidade deste evento em comparação com os não frágeis. O risco relativo combinado indicou uma associação robusta entre a fragilidade e as quedas, sendo ainda mais elevado quando avaliado pelo score do *International Academy on Nutrition and Aging* (FRAIL). Os autores verificaram que o risco é maior em homens frágeis e que diferenças geográficas e socioeconómicas também influenciam a relação entre fragilidade e risco de quedas. Os nossos resultados corroboram estas conclusões. No presente estudo, observou-se que o pequeno trauma foi mais frequente nos indivíduos com mais de 75 anos, constituindo a principal causa de admissão nesta faixa etária. Assim, a relação entre fragilidade e risco de quedas identificada por Yang et al. (2023) encontra correspondência direta nos nossos dados, onde os idosos mais velhos (>75 anos) representam o grupo com maior incidência de traumas associados a quedas, o que sublinha a importância de implementar estratégias de rastreio e prevenção da fragilidade em pessoas idosas, de modo a reduzir o impacto do pequeno trauma e a promover intervenções dirigidas à prevenção de trauma.

Apesar de ter sido inicialmente planeado um estudo abrangente para explorar a relação entre o tipo de episódio (variável dependente: grande trauma, pequeno trauma, doença, outros) e um vasto conjunto de variáveis independentes, incluindo variáveis sociodemográficas (idade, sexo, distrito de residência), variáveis de contexto (data de admissão, hora de admissão, dia da semana, meio de transporte, hora da triagem e hora da primeira avaliação médica), e variáveis clínicas (fluxograma de triagem Manchester, discriminador de Manchester, prioridade clínica, área clínica, especialidade médica, motivo de entrada no SU, destino após alta do SU, realização de manobras de reanimação, realização de exames complementares de diagnóstico, antecedentes pessoais de trauma, parâmetros clínicos à entrada e à saída, terapêutica administrada e agente causal do trauma), constatou-se a inexistência ou incompletude dos registos para muitas destas variáveis. Consequentemente, o estudo ficou limitado a um subconjunto de dados disponíveis, grande trauma, pequeno trauma, doença, outros, idade, sexo, distrito de residência, dia da semana e tempo de espera desde a triagem até à primeira avaliação médica, fluxograma de triagem Manchester, discriminador de Manchester, prioridade clínica, motivo de entrada no SU, destino após alta do SU e agente causal do trauma. Esta limitação restringiu o alcance das análises possíveis e realça a importância de um registo sistemático e completo de dados clínicos e administrativos para estudos futuros.

CONCLUSÃO

A presente investigação permitiu uma análise do perfil epidemiológico das vítimas de trauma atendidas no SU de uma ULS da região Norte de Portugal, no ano de 2023. A caracterização sociodemográfica revelou

um predomínio de utentes do sexo feminino, de idade mais avançada, refletindo a vulnerabilidade desta população a eventos traumáticos como quedas. O tipo de trauma mais prevalente foi o pequeno trauma, com destaque para a queda e o traumatismo cranioencefálico, confirmando a necessidade de intervenções preventivas e estratégias de gestão específicas para esta realidade. A análise dos tempos de espera e permanência no SU evidenciou uma variação significativa, com um tempo médio de espera de 28,2 minutos e uma média total de permanência de aproximadamente 5 horas. Embora a maioria dos utentes tenha tido alta para o domicílio, os episódios que resultaram em internamento ou transferência destacam a necessidade de articulação eficiente entre os diferentes níveis de cuidados. As diferenças estatisticamente significativas no tempo de espera, influenciadas pela idade, causa da admissão e dia da semana, reforçam a importância de um planeamento clínico e organizacional que garanta a eficiência e a equidade dos cuidados prestados. Os resultados obtidos neste estudo, ao serem comparados com investigações nacionais e internacionais, evidenciam a necessidade de adaptação das práticas clínicas às especificidades do contexto local e de reforço da vigilância epidemiológica como ferramenta essencial para a gestão e a prevenção do trauma. Assim, a revalorização do papel do EEMC-PSC no SU, aliado a uma reflexão contínua e a processos de mudança inovadores, é essencial para consolidar uma prática centrada na qualidade, na segurança e na excelência dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS

- Al Nhdi, N., Al Asmari, H., & Al Thobaity, A. (2021). Investigating indicators of waiting time and length of stay in emergency departments. *Open Access Emergency Medicine*, *13*, 311–318. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S316366>
- American College of Surgeons. (2018). *Advanced trauma life support (ATLS)* (10th ed.). American College of Surgeons.
- Baik, D., Yi, N., Han, O., et al. (2024). Trauma nursing competency in the emergency department: a concept analysis. *BMJ Open*, *14*, e079259. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079259>
- Bressan, F., Benetti, E. R. R., Eichner, D. R., Weide, G. B., Winter, B. L., Arboit, J., Leite, M. T., & Franco, G. P. (2024). Atendimentos de vítimas de trauma em urgência e emergência hospitalar: caracterização clínica e diagnósticos de enfermagem. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, *17*(8), e10042. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.8-543>
- Dumovich, J., & Singh, P. (2022). Physiology, trauma. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538478/>
- Eurostat. (2020). *Accidents and injuries statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Accidents_and_injuries_statistics
- Yang, Z. C., Lin, H., Jiang, G. H., Chu, Y. H., Gao, J. H., Tong, Z. J., & Wang, Z. H. (2023). Frailty is a risk factor for falls in the older adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, *27*(6), 487–495. <https://doi.org/10.1007/s12603-023-1935-8>
- Forbinake, N. A., Ohandza, C. S., Fai, K. N., Agbor, V. N., Asonglefac, B. K., Aroke, D., & Beyiha, G. (2020). Mortality analysis of burns in a developing country: A Cameroonian experience. *BMC Public Health*, *20*(1), 1269. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09372-3>
- Gomes, B., & Vale, N. (2025). Impact of Endocrine Therapy on Osteoporosis Risk in Women with Breast Cancer Across Different Hormonal Stages: A Review. *Current Oncology*, *32*(6), 305. <https://doi.org/10.3390/curroncol32060305>
- Grootjans, S., Vanden Berghe, T., & Vandenabeele, P. (2017). Initiation and execution mechanisms of necroptosis: an overview. *Cell Death and Differentiation*, *24*(7), 1184–1195. <https://doi.org/10.1038/cdd.2017.65>
- Halvachizadeh, S., Mariani, D., & Pfeifer, R. (2025). Impact of trauma on society. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, *51*, 155. <https://doi.org/10.1007/s00068-025-02824-8>
- Lvovschi, V. E., Carrouel, F., Hermann, K., Lapostolle, F., Joly, L. M., & Tavalacci, M. P. (2024). Severe pain management in the emergency department: Patient pathway as a new factor associated with IV morphine prescription. *Frontiers in Public Health*, *12*, 1352833. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1352833>
- Mota, A. C. (2017). *Transição para a vida laboral após traumatismo cranioencefálico* [Relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20998/1/Relat%c3%b3rio%20de%20est%c3%a1gio%20final.pdf>

- Mou, H., Zhang, J., Guo, Y., Xu, L., & Luo, X. (2025). Effects of key physiological parameters on cardiovascular disease and osteoporosis risk in perimenopausal and postmenopausal women. *Scientific Reports*, *15*, 2814. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-86613-8>
- National Association of Emergency Medical Technicians. (2023). *PHTLS: Prehospital trauma life support* (10th ed.). Jones & Bartlett Publishers.
- Nunes, E., Machado, M., Sousa, M., & Oliveira, P. (2023). Steroid hormone levels and bone mineral density in postmenopausal women. *Scientific Reports*, *13*, 6723. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-32100-x>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018 – Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Diário da República, 2.ª série, n.º 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019 - Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Rababa, M., Al-Sabbah, S., & Abu Zahra, T. (2023). Importance of pain assessment, documentation, and education among nurses caring for critically ill patients: A cross-sectional study. *Electronic Journal of General Medicine*, *20*(5), em510. <https://doi.org/10.29333/ejgm/13292>
- Rito, S., Ferreira, R. O. J., Marques, N., Frutuoso, A., & Baptista, R. (2024). *Acta Médica Portuguesa*, *37*(7–8), 526–534. <https://doi.org/10.20344/amp.20983>
- Salvo, N., Charles, A. M., & Mohr, A. M. (2024). The intersection of trauma and immunity: Immune dysfunction following hemorrhage. *Biomedicines*, *12*(12), 2889. <https://doi.org/10.3390/biomedicines12122889>
- Savioli, G., Ceresa, I. F., Gri, N., Bavestrello Piccini, G., Longhitano, Y., Zanza, C., Piccioni, A., Esposito, C., Ricevuti, G., & Bressan, M. A. (2022). Emergency department overcrowding: Understanding the factors to find corresponding solutions. *Journal of Personalized Medicine*, *12*(2), 279. <https://doi.org/10.3390/jpm12020279>
- Stokes, G., Herath, M., Samad, N., Trinh, A., & Milat, F. (2025). Bone health—Across a woman's lifespan. *Clinical Endocrinology*, *102*(4), 389–402. <https://doi.org/10.1111/cen.15203>
- Trigo, I., Coelho, M. A. de A., & Ribeiro, O. de P. (2022). Índice de gravidade de trauma em pessoas vítimas de acidente de viação admitidos no serviço de urgência trauma. *Servir*, *2*(02), e25997. <https://doi.org/10.48492/servir0202.25997>
- Vasilopoulos, G. (2024). Quality in contemporary surgical nursing. *Clinical Practice*, *14*(4), 1214–1215. <https://doi.org/10.3390/clinpract14040096>
- World Health Organization. (2021). *Injuries and violence*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>

SÍNTESE CONCLUSIVA

A realização dos estágios no âmbito do Mestrado em EMC-PSC constituiu um pilar fundamental para o desenvolvimento de competências clínicas, éticas, técnicas e científicas. A integração em contextos complexos como a UL-PPCIRA, o SU e o SMI permitiu a consolidação de saberes teóricos através da prática reflexiva e fundamentada na evidência.

Estes momentos formativos representaram mais do que um mero cumprimento curricular, ou seja, foram vivências profundamente transformadoras que exigiram autorreflexão, resiliência, pensamento crítico e empatia. O contacto direto com pessoas em situações de grande vulnerabilidade e família reforçou um compromisso ético mais enraizado e uma maior consciência da responsabilidade que recai sobre o Enfermeiro Especialista.

A valorização da segurança do doente, a humanização dos cuidados, a gestão eficaz dos recursos e o controlo de infeções foram linhas orientadoras da prática, demonstrando o impacto direto da atuação do EE na qualidade e nos resultados em saúde. As experiências vivenciadas reafirmam a importância da formação avançada em Enfermagem para o reforço da qualidade dos cuidados prestados, o empoderamento deste profissional de saúde e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Cuidar da PSC e família é mais do que aplicar protocolos; é estar presente com intenção, escuta e competência. A prática refletida ao longo deste percurso reafirma a enfermagem como uma ciência humana, exigente e profundamente significativa, onde cada gesto técnico carrega consigo uma escolha ética e um ato de compromisso com a dignidade humana.

Por fim, a realização do estudo *“Perfil Epidemiológico das Vítimas de Trauma, Relação com o Tempo de Espera”* constituiu um contributo relevante para a prática baseada na evidência, ao oferecer uma análise sistematizada e contextualizada dos dados clínicos, sociodemográficos e organizacionais associados a este fenómeno. Este estudo reforça a importância da vigilância epidemiológica como ferramenta essencial na tomada de decisão clínica e na otimização dos recursos de saúde. A divulgação dos seus resultados, através da publicação em artigo científico numa revista indexada, pretende valorizar a produção de conhecimento na área da Enfermagem e potenciar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados às populações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al Nhdi, N., Al Asmari, H., & Al Thobaity, A. (2021). Investigating indicators of waiting time and length of stay in emergency departments. *Open Access Emergency Medicine, 13*, 311–318. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S316366>
- American College of Surgeons. (2018). *Advanced trauma life support (ATLS)* (10th ed.). American College of Surgeons.
- Baik, D., Yi, N., Han, O., et al. (2024). Trauma nursing competency in the emergency department: a concept analysis. *BMJ Open, 14*, e079259. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079259>
- Belba MK, Belba GP. Sodium Balance Analysis In The Burn Resuscitation Period. *Ann Burns Fire Disasters 2022;35:91-102*.
- Bressan, F., Benetti, E. R. R., Eichnner, D. R., Weide, G. B., Winter, B. L., Arboit, J., Leite, M. T., & Franco, G. P. (2024). Atendimentos de vítimas de trauma em urgência e emergência hospitalar: caracterização clínica e diagnósticos de enfermagem. *Contribuciones a las Ciencias Sociales, 17*(8), e10042. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.8-543>
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) (2018) Integridade na investigação científica. Recomendação. Disponível em http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1523888172_IntegridadeCNECV2018.pdf
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed. reimpressão). Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Decreto nº 1/2001 de 3 de janeiro. Convenção sobre os direitos do homem e da biomedicina. Disponível em https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1644&tabela=leis
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde*. http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Orientacao_DGS_08_2-03-2011_Carros_Emergencia.pdf

- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Precauções básicas do controlo da infeção (PBCI). Norma n.º 029/2012 atualizada a 31/10/2013.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. Norma n.º 15/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015.* <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *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 da Saúde. (2017a). *Norma n.º 015/2017 de 13/07/2017 – Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.* <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa%20de%20Prevencao%20e%20Controlo%20de%20Infecoes%20e%20de%20Resistencia%20aos%20Antimicrobianos%202017.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma n.º 008/2019 de 09/12/2019 – Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares.* <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026.* Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Feixe de intervenções para a prevenção da pneumonia associada à intubação. Norma clínica n.º 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 17/11/2022.* https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneu_m_assoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Via Verde do Trauma no Adulto – Norma n.º 012/2022 de 18 de novembro de 2022.* https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf

- Direção-Geral da Saúde. (2022a). *Documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026*. Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2022b). *Norma Clínica n.º 019/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022 – “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*.
- Direção-Geral da Saúde. (2022c). *Norma Clínica n.º 021/2015 de 16/12/2015, atualizada a 17/11/2022 – “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (Vol. 2)*. <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2022d). *Norma Clínica n.º 022/2015, atualizada a 29 de agosto de 2022 – “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central*. <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos – A estratégia multimodal das precauções básicas de controlo de infeção, antes e durante a pandemia por COVID (2009–2019 e 2020–2022)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/12/relatorio-ppcira-estrategia-multimodal-1.aspx>
- Dumovich, J., & Singh, P. (2022). Physiology, trauma. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538478/>
- Eurostat. (2020). *Accidents and injuries statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Accidents_and_injuries_statistics
- Forbinake, N.A., Ohandza, C.S., Fai, K.N. *et al.* (2020). Mortality analysis of burns in a developing country: a CAMEROONIAN experience. *BMC Public Health*; 20, 1269, 2-6. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09372-3>
- Gomes, B., & Vale, N. (2025). Impact of Endocrine Therapy on Osteoporosis Risk in Women with Breast Cancer Across Different Hormonal Stages: A Review. *Current Oncology*, 32(6), 305. <https://doi.org/10.3390/curroncol32060305>
- Grootjans, S., Vanden Berghe, T., & Vandenabeele, P. (2017). Initiation and execution mechanisms of necroptosis: an overview. *Cell Death and Differentiation*, 24(7), 1184–1195. <https://doi.org/10.1038/cdd.2017.65>

- Halvachizadeh, S., Mariani, D., & Pfeifer, R. (2025). Impact of trauma on society. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 51, 155. <https://doi.org/10.1007/s00068-025-02824-8>
- Horta, Wanda de Aguiar. (1979). *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 001/2017 de 08/02/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Lvovschi, V. E., Carrouel, F., Hermann, K., Lapostolle, F., Joly, L. M., & Tivolacci, M. P. (2024). Severe pain management in the emergency department: Patient pathway as a new factor associated with IV morphine prescription. *Frontiers in Public Health*, 12, 1352833. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1352833>
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing: Theory and Practice*. Wiley
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (L. Springer Publishing Company, Ed.). 2010. https://taskurun.wordpress.com/wpcontent/uploads/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Mota, A. C. (2017). *Transição para a vida laboral após traumatismo craneoencefálico* [Relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20998/1/Relat%c3%b3rio%20de%20est%c3%a1gio%20final.pdf>
- Mou, H., Zhang, J., Guo, Y., Xu, L., & Luo, X. (2025). Effects of key physiological parameters on cardiovascular disease and osteoporosis risk in perimenopausal and postmenopausal women. *Scientific Reports*, 15, 2814. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-86613-8>
- National Association of Emergency Medical Technicians. (2023). *PHTLS: Prehospital trauma life support* (10th ed.). Jones & Bartlett Publishers.

- Nielson, C. B., Duethman, N. C., Howard, J. M., et al. (2017). Burns: Pathophysiology of systemic complications and current management. *Journal of Burn Care & Research*, 38(5), e469–e481. <https://doi.org/10.1097/BCR.0000000000000521>
- Nunes, E., Machado, M., Sousa, M., & Oliveira, P. (2023). Steroid hormone levels and bone mineral density in postmenopausal women. *Scientific Reports*, 13, 6723. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-32100-x>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 – Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diário da República, 2.ª série, 135. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019 - Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro: Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (revoga o Regulamento n.º 533/2014, de 2 de dezembro). Diário da República, 2.ª série, n.º 184. Anexo I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). Regulamento n.º 613/2022, Artigo 6.º, 8 de julho de 2022. Diário da República, 2.ª série, n.º 131. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26674/regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf>
- Rababa, M., Al-Sabbah, S., & Abu Zahra, T. (2023). Importance of pain assessment, documentation, and education among nurses caring for critically ill patients: A cross-sectional study. *Electronic Journal of General Medicine*, 20(5), em510. <https://doi.org/10.29333/ejgm/13292>

- Raposo, Silvia Cristina Ruano; Magalhães, Carlos Pires (2023). Perfil da pessoa vítima de traumatismo cranioencefálico atendido num serviço de urgência da região norte de Portugal. *Servir*. ISSN 2184-5697, 2:6, p. 1-15. <https://doi.org/10.48492/servir0202.25997>
- Rito, S., Ferreira, R. O. J., Marques, N., Frutuoso, A., & Baptista, R. (2024). *Prehospital Care Times and Interventions for Victims of Major Trauma in the Central Region of Portugal: A Retrospective Study*. *Acta Médica Portuguesa*, 37(7–8), 526–534. <https://doi.org/10.20344/amp.20983>
- Salvo, N., Charles, A. M., & Mohr, A. M. (2024). *The intersection of trauma and immunity: Immune dysfunction following hemorrhage*. *Biomedicines*, 12(12), 2889. <https://doi.org/10.3390/biomedicines12122889>
- Savioli, G., Ceresa, I. F., Gri, N., Bavestrello Piccini, G., Longhitano, Y., Zanza, C., Piccioni, A., Esposito, C., Ricevuti, G., & Bressan, M. A. (2022). Emergency department overcrowding: Understanding the factors to find corresponding solutions. *Journal of Personalized Medicine*, 12(2), 279. <https://doi.org/10.3390/jpm12020279>
- Simmons, J. W., & Powell, M. F. (2016). Acute traumatic coagulopathy: pathophysiology and resuscitation. *British Journal of Anaesthesia*, 117 (suppl 3), iii31–iii43. <https://doi.org/10.1093/bja/aew328>
- Stokes, G., Herath, M., Samad, N., Trinh, A., & Milat, F. (2025). Bone health—Across a woman's lifespan. *Clinical Endocrinology*, 102(4), 389–402. <https://doi.org/10.1111/cen.15203>
- Trigo, I., Coelho, M. A. de A., & Ribeiro, O. de P. (2022). Índice de gravidade de trauma em pessoas vítimas de acidente de viação admitidos no serviço de urgência trauma. *Servir*, 2(02), e25997. <https://doi.org/10.48492/servir0202.25997>
- Vasilopoulos, G. (2024). Quality in contemporary surgical nursing. *Clinical Practice*, 14(4), 1214–1215. <https://doi.org/10.3390/clinpract14040096>
- World Health Organization. (2021). *Injuries and violence*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>
- Wyckoff, M. H., Greif, R., Morley, P. T., et al. (2022). 2022 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with

treatment recommendations: Summary from the Basic Life Support; Advanced Life Support; Pediatric Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; and First Aid Task Forces. *Circulation*, 146 (e483–e557). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001096>

Yang, Z. C., Lin, H., Jiang, G. H., Chu, Y. H., Gao, J. H., Tong, Z. J., & Wang, Z. H. (2023). Frailty is a risk factor for falls in the older adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 27(6), 487–495. <https://doi.org/10.1007/s12603-023-1935-8>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guia de Orientação dos Cuidados Pré e Pós-Cateterismo Cardíaco

CATETERISMO CARDÍACO LABORATÓRIO DE HEMODINÂMICA DA [REDACTED]

Cuidados Pré-Cateterismo Cardíaco

- Tricotomia na região radial direita e femoral direita;
- Puncionar o doente no membro superior esquerdo com CVP nº18;
- Colocar a perfundir cloreto de sódio a 0,9% com prolongador de 1 metro e torneira de 3 vias ou outro soro se indicação médica, pelo menos 2 horas antes do exame;
- Avaliar sinais vitais e pesquisa de glicemia capilar;
- Medicação feita pelo doente (antiagregantes ou hipocoagulação oral, heparinas de baixo peso molecular). Registrar o dia e hora da última administração;
- É recomendado não administrar até 6 horas antes do cateterismo heparinas de baixo peso molecular;
- Assegurar jejum de pelo menos 6 horas;
- Registrar possíveis alergias que o doente possa ter;
- Remover próteses e adornos;
- Confirmar a colocação de pulseira de identificação.

Cuidados Pós-Cateterismo Cardíaco

Se abordagem femoral

- Permanecer em repouso no leito com o membro inferior em extensão durante 6 a 8 horas;
- Vigiar penso e sinais de hemorragia;
- Manter repouso parcial (incluir apenas o levante para cadeirão e ida ao wc) e manter o penso compressivo no local da punção durante 24 horas. 84

Se abordagem radial

- Incentivar o repouso do membro em supinação durante a descompressão;

- Assegurar que o compressor TR Band não se desloca;
- Remover 3 cm³ de 15/15 minutos 30 minutos após o termo do procedimento até obter hemóstase – se ocorrer hemorragia, voltar a insuflar a mesma quantidade de ar e repetir o procedimento após 30 minutos;
- Retirar o compressor radial o mais precocemente possível, não devendo ultrapassar as 4 horas;
- Realizar penso compressivo após a remoção do dispositivo;
- Em caso de hematoma, retirar o compressor radial e fazer compressão manual até hemóstase;
- Reforçar a importância de repouso do membro superior abordado durante 48 horas, podendo, no entanto, movimentá-lo.

Cuidados gerais

- Monitorizar sinais vitais;
- Monitorizar glicemia capilar (se diabético);
- Vigiar sinais de comprometimento neurocirculatório (pulsos periféricos, coloração e temperatura da extremidade do membro do local de realização do cateterismo cardíaco);
- Detecção de possíveis reações alérgicas ao contraste (angioedema, prurido, dispneia, estridor, tosse persistente e broncoespasmo);
- Manter soroterapia até retirar compressor radial ou até poder realizar levante (6h) e incentivar ingestão de líquidos, para prevenção da nefropatia de contraste;
- O doente pode ingerir uma refeição ligeira 1 hora após o procedimento, se não houver indicação contrária.

APÊNDICE II - Kits individuais de catástrofe

Folha de Catástrofe

1- Avaliação Primária

Estado: Verde / Amarelo / Vermelho

Respira, após 30 segundos de
libertação da máscara

Sinais

Freq. Resp. > 24
Freq. Resp. < 8

Preenchimento

Pulso > 120

Atividade

01

50012

01

01

01

2- Avaliação Secundária

01

Caso nº _____
Data ____/____/____ Hora ____:____

Hora	A1	TRTS	A2	TRTS	A3	TRTS

Freq. Resp. _____
P.A. Sist. _____
Glasgow _____

Cor _____
Prioridade _____

01

01

01

01

01

KIT CATÁSTROFE

- # Pulsetras de identificação e prioridade
- # Folha de Catástrofe
- # Requisitos ECD (Hemograma/Bioquímica/Radiologia)
- # Requisitos Componentes Hemoderivados
- # Requisitos Medicamentos Hemoderivados
- # Saco com filtros de colheita (Hemograma/Bioquímica/Coagulação/Tiagem)


Escala de comas de Glasgow

Abertura de olhos	Resposta verbal	Resposta motora
4	5	6
3	4	5
2	3	4
1	2	3
0	1	2
0	0	1
0	0	0

© Grupo Português de Trauma


ANEXOS

ANEXO I – Comprovativo Formação Pacemakers



**UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO**

Seci

 [Te

- **Forinsia**
- **Página principal**
- **Formadores**
 - **Política de Privacidade**
Informação sobre a política de privacidade
 - **As minhas acções**
Consulta de acções que estão a decorrer / a iniciar, bem como o histórico das acções já terminadas. É através desta área que poderá consultar informação quanto ao cronograma da acção, perfil dos formandos, registar presenças, sumários, plano de sessão, lançamento de notas por módulo e registo de inquéritos de satisfação. Será também através desta área que poderá partilhar ficheiros com os formandos.
 - **Status das Sessões de Formação**
Área de avisos ao formador, nomeadamente relativos às sessões que ainda estão por fechar, sessões que vão dar início brevemente e ficheiros que tenham sido enviados pelos formandos.
 - **Formações em Serviço**
Formação prática no local de trabalho de curta duração (por exemplo: como utilizar um equipamento novo ou formação sobre novos procedimentos internos, ...)
 - **Indisponibilidade**
Consulta e edição da sua indisponibilidade para ministrar formação.
 - **Disponibilidade**
Consulta e edição da sua disponibilidade para ministrar formação.
 - **Calendário**
Consulta do seu calendário de formador.
 - **Resultados inquéritos**
Consulta da média total do seu desempenho nas acções em que ministrou formação.
- **Afiliações**
 - **Superar aplicação FORINSIA**
 - **Proposta de afiliados**
Divulgue os nossos produtos aos seus amigos/clientes e ganhe uma comissão de 20% por cada encomenda que seja realizada por pessoas que tenham sido indicadas por si
 - **Lista de afiliados propostos**
Listagem dos convites efectuados.
- **Ajuda**
- **Ajuda**
 - **Utilizador**
 - **As minhas mensagens**
Consulta das mensagens que foram enviadas pelo sistema. Estas mensagens também são enviadas para o seu e-mail e/ou telemóvel.
 - **Os meus documentos**
Área onde poderá fazer o upload de documentos que pretenda partilhar com a entidade formadora ou departamento de formação.
 - **Perfil**
Consulta e edição dos dados pessoais e profissionais.
 - **Alterar password**
Edição dos dados de acesso ao sistema: Palavra-chave e nome de utilizador.
 - **Terminar Sessão**

Contexto da acção

Ação:	1 - Pacemakers (Urg VR)
Coordenador:	
Apoio administrativo:	
Localidade:	1
Data de início:	qui, 12-dez-24
Data de fim:	qui, 12-dez-24
Descrição:	Pacemakers

Formandos

Formando	Idade	Habilitação
Ana Cristina Martins Moreira	33	
Ana Sofia Guedes Costa	40	
Andreia Susana Ferreira Pinto	37	
Angela Maria Marques Espinheira	50	
Cátia Diana Gomes Beca Alves	39	
Daniela Osorio Cancelinha	37	
Filipa Isabel Ferreira Maia	38	
Filipa Monteiro Marques	35	
Isabel Margarida Gouveia Santos Ferreira Lima	60	
Maria Adelaide Sousa Ribeiro	44	
Marlene Isabel Silva Caulino	39	

ULSTMAD

Paulo Alves Alexandrino	32
Sandra Isabel Carvalho Oliveira	39
Sara Amaral Monteiro	26
Tiago Emanuel Mendes Moraes	36

Documentos do formador na acção

-	Título	Tipo	Criado em	Tamanho
NÃO foram encontrados documentos.				

Adicionar ficheiro

Documentos

-	Título	Proprietário	Tipo	Criado em	Tamanho
NÃO foram encontrados documentos.					

Documentos para impressão

-	Título	Tipo
	Certificado_Formador-ULSTMAD	Certificado Formador

Gestão de ocorrências

Título	Formador	Módulo
NÃO foram encontrados registos		

Adicionar ocorrência

Módulos da acção: 1 - Pacemakers (Urg VR)

Módulo	Duração
Total: 0h 00m	

Cronograma da acção: 1 - Pacemakers (Urg VR)

Plataforma:

Outlook Google

Gerar iCalendar Gerar Url iCalendar

Filtros

Data Inicial:

Data Final:

Módulo:

Todos

Formador

Telma Catarina Alves Fernandes Costa

Período:

Todos

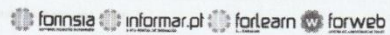
Pesquisar

Nº sessão	Tipo	Data	Horário	Intervalos	Local	Sala	Formadores	Módulo	Estado	Plano Sessão
1	Turma	sex, 12-dez-25	09:00-10:00		Vila Real	Auditório	Hugo Alexandre Pinto Felsberto Telma Catarina Alves Fernandes Costa Susete Maria Pereira Matos Paula Vaz Ana Patricia Pinto Azevedo	Pacemakers		

FECHAR



Forinsia 6.47.9.0 Copyrights 2025 INSIA. All rights reserved.
Política de Privacidade



ULSTMAD

ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética

De: Telma Fernandes <telmacatarina.fernandes@gmail.com>

Enviada: 28 de janeiro de 2025 10:47

Para

Assunto: CES 7181 Título de Investigação: Analisar o perfil epidemiológico da vítima de trauma assistida num Serviço de Urgência de Uma ULS da região Norte de Portugal

Bom dia,

Segue em anexo projeto com cronograma ajustado.

Com os melhores cumprimentos

Enf. Telma Costa

A quinta, 19/12/2024, 19:27. [REDACTED] escreveu:

Exma. Senhora
Enfa. Telma Catarina Alves Fernandes da Costa
Serviço de Cardiologia, Neurologia e UAVC da ULSTMAD, EPE
Aluna do IPB

Informa-se que sobre o pedido relativo ao assunto em apreço, a Comissão Ética para a Saúde, em reunião do dia 11 de dezembro de 2024 emitiu, o seguinte parecer:

"Parecer favorável, condicionado ao ajuste do cronograma."

Mais se informa que sobre o mesmo recaiu a seguinte deliberação do CA de 12 dezembro de 2024:

"O CA homologada."

Com os melhores cumprimentos,

Carla Fonte
Secretariado do Conselho de Administração



ANEXO III – Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração

Comissão de Ética do [REDACTED]

Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração para realização de investigação

Ex.mo Presidente do Conselho de Administração [REDACTED]

Nome do Investigador Principal:

Telma Catarina Alves Fernandes da Costa

Título da Investigação:

Analisar o perfil epidemiológico da vítima de trauma assist de um serviço de urgência de uma ULS do Norte de Portugal

Pretendendo realizar, nos serviços do [REDACTED]

Urgência

a investigação em epígrafe, solicito a V. Ex. cia, na qualidade de Investigador/Promotor (risco que não interessa), autorização para tal, anexando, para o efeito, toda a documentação exigida pela Comissão de Ética do [REDACTED]

Com os melhores cumprimentos

[REDACTED], 19/11/2024

Telma Costa

(Investigador/promotor)

ANEXO IV – Pedido de autorização ao Presidente da Comissão Ética

Comissão de Ética do Centro Hospitalar de [REDACTED] [REDACTED]

Pedido de autorização, ao Presidente da Comissão de Ética, para realização de investigação

Ex.mo Presidente da Comissão de Ética do [REDACTED]

Pretendendo realizar o estudo infracitado, e na qualidade de Investigador, solicito a V. Ex. a sua apreciação e elaboração do respetivo parecer.

Título da Investigação:

Analisar o Perfil Epidemiológico da vítima de Trauma Assistida Num Serviço de urgência de uma ULS do Norte de Portugal

Investigador Principal:

Nome: Telma Catarina Alves Fernandes da Costa

Endereço eletrónico: Telmacatarina.fernandes@gmail.com Contacto telefónico [REDACTED]

Identificação do Estudo:

Caracterização da investigação:

Estudo retrospectivo Estudo observacional Estudo prospetivo

Inquérito Outro. Qual?

Tipo de Investigação

Com intervenção Sem intervenção

Promotor (se aplicável)

Nome do orientador do trabalho/tese (se aplicável): Matilde Delmine da Silva Martins

Endereço eletrónico: [REDACTED]

Com os melhores cumprimentos

[REDACTED] 19/11/2024

Telma Costa

(Investigador/promotor)

28-07-2021 [REDACTED]

ANEXO V – Pedido de autorização ao Diretor de Serviço

Comissão de Ética do [REDACTED]

Pedido de autorização ao Diretor de Serviço para realização de investigação

Ex.mo Diretor do Serviço de:

Urgência

Nome do Investigador Principal:

Telma Catarina Alves Fernandes da Costa

Título da Investigação:

Analisar o perfil epidemiológico da vítima de trauma assistida num serviço de urgências de uma ULS do Norte de Portugal

Pretendendo realizar a investigação em epígrafe no [REDACTED], solicito, a V. Ex. cia, a emissão da declaração abaixo indicada.

Para ser presente à Comissão de Ética do [REDACTED] declaro que o Serviço que dirijo reúne as condições logísticas e de recursos humanos que permitem a realização da investigação em apreço, com a qual concordo.

[REDACTED], 19 de Novembro

Com os melhores cumprimentos

Telma Costa, 19/11/2024

O Diretor de Serviço

*Nota a opor
se não houver
objeção pelo
Comiss. de
Ética*

ANEXO VI – Pedido de autorização ao Enfermeiro Gestor do Serviço

Comissão de Ética do [REDACTED]

Pedido de autorização ao Diretor de Serviço para realização de investigação

Ex. mo ^{enr. gestor} ~~Diretor~~ do Serviço de:

Urgência

Nome do Investigador Principal:

Telma Catarina Alves Fernandes da Costa

Título da Investigação:

Analisar o perfil epidemiológico da vítima de trauma assistida num serviço de urgência de uma ULS do Norte de Portugal

Pretendendo realizar a investigação em epígrafe no [REDACTED], solicito, a V. Ex. cia, a emissão da declaração abaixo indicada.

Para ser presente à Comissão de Ética do [REDACTED], declaro que o Serviço que dirijo reúne as condições logísticas e de recursos humanos que permitem a realização da investigação em apreço, com a qual concordo.

[REDACTED], 19 de Novembro

Com os melhores cumprimentos

Telma Costa, 19/11/2024

Enf.ª Costa
O Diretor de Serviço

Yolanda Almeida Mendes

ANEXO VII – Pedido de autorização para Realização de Estudo Científico

Exmo. Senhor Presidente da
Comissão de Ética da
Unidade Local de Saúde [REDACTED]

Assunto: Pedido de Autorização para Realização de Estudo Científico

Telma Catarina Alves Fernandes da Costa, enfermeira a exercer funções no Serviço de Cardiologia, Neurologia e UAVC da [REDACTED], encontra-se a desenvolver o estudo intitulado “*Análise do perfil epidemiológico da vítima de trauma num serviço de urgência de uma ULS da região norte de Portugal*”, no âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, promovido pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, sob a orientação da Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins.

Com o presente documento, venho respeitosamente solicitar a apreciação e parecer favorável de V. Ex.^a para a realização do referido estudo, com autorização para proceder à recolha de dados de todas as vítimas de trauma atendidas no Serviço de Urgência da [REDACTED] entre janeiro e dezembro de 2023, com base nos registos clínicos disponibilizados pelo sistema SCLinic desta unidade.

Os dados recolhidos serão exclusivamente anonimizados, respeitando integralmente os princípios estabelecidos pelo **Regulamento Geral de Proteção de Dados (Regulamento (UE) 2016/679)** e pela legislação nacional aplicável (**Lei n.º 58/2019**).

Este estudo tem como objetivo geral:

- Analisar o perfil epidemiológico da vítima de trauma num serviço de urgência de uma ULS da região norte de Portugal;

E objetivos específicos:

- Caracterizar a amostra de estudo em termos sociodemográficos;
- Identificar os diferentes tipos de trauma;
- Identificar as causa e consequências do trauma.
- Identificar os tempos de resposta e fluxos no serviço de urgência;

- Analisar a relações entre variáveis sociodemográficas, clínicas e contextuais e o tipo de trauma.

Trata-se de um estudo retrospectivo baseado em registos clínicos, sem qualquer contacto direto com os participantes. A investigação será conduzida de forma rigorosa, respeitando os princípios éticos de beneficência, justiça e autonomia.

Na expectativa de que este pedido obtenha a vossa melhor consideração, agradeço antecipadamente pela atenção dispensada e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Junto em anexo:

- O projeto do estudo;
- Carta de orientação da Escola Superior de Saúde;
- Pedido de Autorização ao Diretor de Serviço;
- Pedido de Autorização ao Enfermeiro Gestor do Serviço;
- Currículo Vitae – Telma Costa.

Pede Deferimento

Telma Catarina Alves Fernandes da Costa

Telma Catarina Alves Fernandes da Costa

ANEXO VIII – Comprovativo da Submissão do Artigo

[Mill] Submission Acknowledgement

1 mensagem

MILLENIUM <noreply@rcaap.pt>
Responder a: MILLENIUM <millenium@sc.ipv.pt>
Para: Telma Costa <telmacatarina.fernandes@gmail.com>

28 de setembro de 2025 às 00:30

Telma Costa:

Thank you for submitting the manuscript, "Epidemiological Profile of Trauma Victims and Their Relation to Waiting Time" to Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health. With the online journal management system that we are using, you will be able to track its progress through the editorial process by logging in to the journal web site:

Submission URL: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/authorDashboard/submission/43339>

Username: telmacatarina

If you have any questions, please contact me. Thank you for considering this journal as a venue for your work.

MILLENIUM