



1ª EDIÇÃO | SIMPÓSIO

CUIDADOS DE SAÚDE EM EMERGÊNCIA E URGÊNCIA

29 DE MAIO DE 2026 | UNIVERSIDADE DE ÉVORA | AUDITÓRIO CCDR ALENTEJO

Evento científico dedicado à partilha de conhecimento e boas práticas nos cuidados de saúde em urgência e emergência, com convidados nacionais, mesas temáticas e relato de caso clínico em contexto pré-hospitalar e hospitalar.

Coordenadora da obra: M^a Céu Marques

BOOK DE ABSTRACTS e RELATOS DE CASO

I Simpósio Cuidados de Saúde em Emergência e Urgência

Universidade de Évora

maio de 2026

COMISSÃO CIENTÍFICA

Maria do Céu Marques . Cláudia Mendes & Rute Pires . Margarida Goes & Vanda Ferreira . Miguel Pedrosa & Telmo Pequito
. Luís Viegas . Luís Figueiredo & Sílvia Rodrigues . Miguel Monteiro

COMISSÃO ORGANIZADORA

Comissão de Curso . FEMÉDICA . Estudantes da Pós-Graduação



NOTA EDITORIAL

O presente Book de Abstracts e Relatos de Caso reúne os contributos científicos e pedagógicos apresentados no âmbito do I Simpósio Cuidados de Saúde em Emergência e Urgência, realizado na Universidade de Évora, em maio de 2026.

A obra resulta de um processo de sistematização, revisão e organização de trabalhos desenvolvidos no contexto da formação avançada em cuidados de saúde em emergência e urgência, assumindo como finalidade valorizar a reflexão clínica, a tomada de decisão fundamentada e a partilha de boas práticas em contextos pré-hospitalares e hospitalares.

Os relatos de caso integrados neste volume traduzem situações clínicas de elevada complexidade, nas quais se evidencia a importância da avaliação sistematizada, da intervenção em tempo útil, da articulação interdisciplinar e da continuidade de cuidados.

Esta publicação assume uma dupla dimensão: constitui um recurso de disseminação científica e pedagógica e, simultaneamente, valoriza o trabalho desenvolvido por estudantes, docentes e profissionais envolvidos na formação pós-graduada em emergência e urgência.

A coordenação da obra agradece a todos os autores, revisores, colaboradores e entidades envolvidas, cujo contributo tornou possível a concretização deste volume.

Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Coordenadora da Obra & Diretora de Curso
Pós-Graduação em Cuidados de Saúde
em Emergência e Urgência
Universidade de Évora | FEMÉDICA

FICHA TÉCNICA

Entidade editora	Universidade de Évora Largo dos Colegiais 2, 7004-516 Évora
Coordenação científica da obra	Maria do Céu Mendes Pinto Marques
Coordenação pedagógica do volume	Cláudia Sofia Orvalho Mendes Maria do Céu Mendes Pinto Marques Maria Margarida da Palma Goes Rute Isabel Quadrado Pires
Autoria	Alexandre Ramalho, Alice Ruivo, Andreia Pereira, Ana Dinis, Ana Bento, Ana Isabel Canhoto, Ana Fernandes, Ana Ferreira, Ana Cabanas, Ana Marques, Ana Figueira, Ana Lança, Ana Perdigão, Adélia Pereira, Ana Cassiano, Beatriz Pereira, Beatriz Cruz, Beatriz Salsa, Beatriz Guedes, Carolina Figueiredo, Carolina Entradas, Carolina Pinto, Carolina Gonçalves, Carlos Varandas, Catarina Cabo, Catarina Neves, Catarina Bagina, Célia Catarino, Cláudia Henriques, Cristina Lourenço, Cristina Magro, Diana Pires, Dulce Velez, Elisabete Comendinha, Eduardo Pires, Fábio Silvestre, Filomena Santos, Guida Amaral, Helena Alves, João Costa, José Rodrigues, Fátima Cristiana Teixeira, Graciete Martins, Inês Jerónimo, Inês Guerreiro, Isabel Oliveira, Inês Mataloto, Isabel Santana, Manuel Costa, Maria Lopes, Maria Margarida Cardador, Mariana Fialho, Margarida Pedras-Alvas, Maria João Godinho, Margarida Sanina, Maria do Céu Monge, Mónica Alves, Marisa Guerra, Nuno Martins, Mariana Ferreira, Mariana Pessoa, Margarida Magalhães, Marta Catarino, Miguel Abreu, Manuela Guerreiro, Miguel Romão, Marta Félix, Mónica Alves, Pâmela Santos, Patrícia Azedo, Patrícia Ameixa, Rui Costa, Rute Boiças, Rui Matias, Renata Silva, Samara Mota, Sara Patola, Susana Dias, Teresa Santos, Tiago Dias, Tiago Santos, Valter Ferreira, Vera Rosado
Revisão científica e validação de conteúdo	Cláudia Sofia Orvalho Mendes Luís Manuel da Encarnação de Figueiredo Maria do Céu Mendes Pinto Marques Maria Margarida da Palma Goes Miguel Jorge Serra Sapateiro Pinto Pedrosa Rute Isabel Quadrado Pires Telmo Duarte Canelas Pequito Vanda Cristina da Silva Franco Pascoal Ferreira
ISBN	978-972-778-547-6
Ano	2026

Publicado por:

Universidade de Évora, Largo dos Colegiais 2, 7004-516 Évora

Copyright © 2025, all rights reserved

ISBN 978-972-778-547-6

PROGRAMA CIENTÍFICO



1ª EDIÇÃO | SIMPÓSIO CUIDADOS DE SAÚDE EM EMERGÊNCIA E URGÊNCIA

29 DE MAIO DE 2026 | UNIVERSIDADE DE ÉVORA | AUDITÓRIO CCDR ALENTEJO

Evento científico dedicado à partilha de conhecimento e boas práticas nos cuidados de saúde em urgência e emergência, com convidados nacionais, mesas temáticas e relato de caso clínico em contexto pré-hospitalar e hospitalar.

08h30 Abertura Secretariado

09h00 Mesa 1 – Do Pré-Hospitalar ao Serviço de Urgência:
Cuidados Centrados na Pessoa | Moderador: Luís Figueiredo

- Cuidados centrados na pessoa, no pré-hospitalar
Susana Manageiro, INEM
- Cuidados centrados na pessoa, no serviço de urgência
Tiago Almeida, ULSAC

10h00 Sessão de Abertura

Reitora UE · Diretora UÉSESJD · Diretora do Curso · FEMÉDICA ·
Estudante PG.

10h15 Conferência de Abertura

Luís Cabral – Diretor do INEM
Moderadora: Maria do Céu Marques

10h45 Coffee-Break

11h15 Mesa 2 – Abordagem integrada em cuidados
médico-cirúrgicos | Moderadora: Rute Pires

12h45 Almoço Livre

14h00 Mesa 3 – Abordagem integrada em cuidados de saúde de
urgência e emergência em trauma | Moderadora: Cláudia Mendes

15h30 Mesa 4 – Na primeira pessoa – Relato de Caso: Rui Cebola |
Moderadora: Maria do Céu Marques

16h00 Conferência de Encerramento

Joana Cabrita, Med. Intensiva S. José, VMER, CODU
Moderador: Luís Figueiredo

16h30 Encerramento & Entrega de Prémios: Melhor Póster

COMISSÃO CIENTÍFICA

Maria do Céu Marques · Cláudia Mendes & Rute Pires · Margarida Goes & Vanda Ferreira · Miguel Pedrosa & Telmo Pequito
· Luís Viegas · Luís Figueiredo & Sílvia Rodrigues · Miguel Monteiro

COMISSÃO ORGANIZADORA

Comissão de Curso · FEMÉDICA · Estudantes da Pós-Graduação



ÍNDICE

NOTA EDITORIAL	2
PROGRAMA CIENTÍFICO	4
.....	4
EAMSST COMPLICADO COM PCR: RELATO DE CASO NA PERSPETIVA DOS CUIDADOS INTENSIVOS	6
CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO SUBMETIDO A TROMBÓLISE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	24
A PESSOA EM PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA BÁSICO: RELATO DE CASO	35
ABORDAGEM À VÍTIMA DE ACIDENTE DE VIAÇÃO COM TRAUMA DO MACIÇO FACIAL.....	47
ANAFILAXIA GRAVE SECUNDÁRIA A PICADA DE ABELHA: RELATO DE CASO	58
ABORDAGEM ABCDE NA ESTABILIZAÇÃO DE UM DOENTE COM TROMBOEMBOLISMO PULMONAR BILATERAL EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS: RELATO DE CASO ...	73
DA FRATURA DO FÉMUR AO CHOQUE: RELATO DE CASO	85
ÍNDICE DE PÓSTERES.....	101

EAMSST COMPLICADO COM PCR: RELATO DE CASO **NA PERSPETIVA DOS CUIDADOS INTENSIVOS**

**Beatriz Pereira¹, Carolina Figueiredo¹, Fátima Cristiana Teixeira¹, Manuel Costa¹,
Rute Boiças¹**

¹Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus,
Departamento de Enfermagem, Pós-Graduação em Cuidados de Saúde em Emergência
e Urgência 2025/2026

Abstract

Introdução: As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte a nível mundial, tendo como principais fatores de risco a diabetes, a hipertensão, o tabagismo e antecedentes de enfarte agudo do miocárdio. Da mesma forma, a genética tem um papel importante.

Objetivo: Aprofundar o raciocínio clínico em enfermagem e evidenciar o contributo dos enfermeiros no contexto de urgência e emergência.

Método: O RELATO DE CASO é referente a uma doente do sexo feminino, de 47 anos. Para a colheita de dados seguiram-se as orientações do modelo teórico de Betty Neuman. O artigo foi construído de acordo com a lista de verificação das diretrizes do CARE. O plano de cuidados baseia-se na terminologia padronizada CIPE® e as intervenções de enfermagem foram sustentadas na NIC.

Resultados: Foram prestados cuidados de enfermagem à doente em situação crítica, na tentativa de promoção da perfusão cardíaca e das trocas gasosas e de melhoria do débito urinário e do estado de consciência.

Conclusão: É reforçada a importância do papel do enfermeiro, no contexto de urgência, na vigilância contínua e no saber científico para uma melhor tomada de decisão clínica à cabeceira do doente.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares mantêm-se a principal causa de morte a nível mundial, e o enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (EAMSST) é uma das suas formas mais graves, com prognóstico dependente da rapidez da reperfusão coronária (Byrne et al., 2023).

Em Portugal, apesar da Via Verde Coronária e do acesso à intervenção coronária percutânea primária (ICP-p), as síndromes coronárias agudas mantêm incidência e mortalidade elevadas (Direção-Geral da Saúde, 2022).

Em cerca de 5% a 10% dos casos, o EAMSST complica-se com paragem cardiorrespiratória (PCR), em regra em ritmo de fibrilhação ventricular. Quando extra-hospitalar, a sobrevivência raramente excede os 10% e a recuperação neurológica torna-se o principal desafio após o retorno da circulação espontânea (Panchal et al., 2020; Wyckoff et al., 2022).

A síndrome pós-paragem cardíaca, com disfunção miocárdica, lesão cerebral hipóxico-isquémica, inflamação sistémica e falência multiorgânica, exige cuidados diferenciados e uma articulação estreita entre o pré-hospitalar, a urgência, a hemodinâmica e os cuidados intensivos (Nolan et al., 2021).

É esta complexidade que justifica o presente relato relativo a uma doente com EAMSST anterior que, num só episódio, acumulou PCR extra-hospitalar em fibrilhação ventricular, choque cardiogénico e séptico, trombo apical, lesão renal aguda e alterações neurológicas transitórias, com necessidade de ventilação mecânica invasiva, suporte aminérgico, helitransporte e ICP-p.

A literatura descreve cada complicação isoladamente, mas raramente em simultâneo e com desfecho favorável (Lemkes et al., 2019; Yannopoulos et al., 2020). A singularidade do caso reside nessa coexistência de complicações de elevada letalidade num só doente e no que a sobrevivência revela sobre a integração de cuidados em urgência e emergência (Riley et al., 2017).

O objetivo deste RELATO DE CASO é aprofundar o raciocínio clínico em enfermagem, evidenciar o contributo dos enfermeiros ao longo do *continuum* assistencial e colmatar a escassa documentação portuguesa de casos desta complexidade, seguindo as recomendações internacionais CARE.

Este RELATO DE CASO baseia-se no modelo teórico de Betty Neuman como modelo base orientador e segue a linguagem padronizada da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE®) e da Nursing Interventions Classification (NIC).

REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

A utilização de referenciais teóricos em enfermagem constitui um elemento essencial para sustentar a prática clínica, permitindo orientar os cuidados de forma sistematizada e centrada na pessoa. No contexto da pessoa em situação crítica, marcado por elevada complexidade e instabilidade clínica, estes modelos assumem particular relevância na organização e continuidade dos cuidados (Tomey & Alligood, 2004; Loureiro et al., 2024; Hannoodde & Dhamoon, 2023).

IDENTIFICAÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO ADOTADO

O referencial teórico adotado no presente RELATO DE CASO foi o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, pela sua aplicabilidade à pessoa em situação crítica e a contextos de elevada complexidade clínica, como urgência e cuidados intensivos (Hannoodde & Dhamoon, 2023). A escolha deste modelo fundamentou-se na adequação ao contexto clínico da doente e a aplicação deste referencial permitiu orientar os cuidados de enfermagem de forma sistematizada, favorecendo a identificação de fatores de *stress*, a priorização de intervenções e a monitorização da evolução clínica da doente (Loureiro et al., 2024).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman baseia-se numa perspetiva sistémica da pessoa, integrando as dimensões fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento na compreensão das respostas humanas perante fatores de *stress* internos e externos (Tomey & Alligood, 2004; Hannoodde & Dhamoon, 2023).

Neste modelo, a pessoa é compreendida como um sistema dinâmico em interação contínua com o ambiente, procurando manter a estabilidade perante estímulos potencialmente desestabilizadores. Destacam-se como conceitos centrais as linhas de defesa e resistência, os fatores de *stress* e os níveis de prevenção. Quando os mecanismos de defesa são ultrapassados, podem surgir alterações fisiopatológicas suscetíveis de comprometer a homeostasia do indivíduo, exigindo intervenções de enfermagem orientadas para a manutenção ou recuperação da estabilidade clínica (Hannoodde & Dhamoon, 2023). As intervenções de enfermagem organizam-se em três níveis preventivos: prevenção primária, dirigida à redução da exposição aos fatores de *stress*; prevenção secundária, centrada na identificação precoce de complicações e na limitação da resposta fisiopatológica; e prevenção terciária, orientada para a recuperação

funcional e manutenção da estabilidade após o processo de doença (Hannoodde & Dhamoon, 2023; Kabusi et al., 2024).

ADEQUAÇÃO DO MODELO AO CONTEXTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O modelo revelou-se adequado ao caso clínico, permitindo compreender a doente como um sistema vulnerável a múltiplos fatores de *stress* e em interação contínua com o ambiente (Tomey & Alligood, 2004).

No caso em estudo, identificaram-se fatores de risco prévios, como tabagismo e dislipidemia, associados à vulnerabilidade cardiovascular. O EAMSST complicado por PCR desencadeou instabilidade hemodinâmica e compromisso multissistémico.

A evolução clínica, marcada por choque cardiogénico e séptico, necessidade de ventilação mecânica invasiva e lesão renal aguda, exigiu vigilância contínua e intervenções diferenciadas. Neste contexto, o modelo favoreceu a identificação precoce de alterações clínicas e a implementação de cuidados dirigidos à manutenção da estabilidade da doente (Hannoodde & Dhamoon, 2023).

ARTICULAÇÃO ENTRE O REFERENCIAL TEÓRICO E O PROCESSO DE ENFERMAGEM

A articulação entre o Modelo de Betty Neuman e o processo de enfermagem favoreceu uma abordagem sistematizada e individualizada dos cuidados prestados. A aplicação deste referencial permitiu identificar necessidades prioritárias, formular diagnósticos de enfermagem e adequar as intervenções à evolução clínica da doente.

A vigilância das alterações hemodinâmicas, respiratórias, neurológicas e renais possibilitou reajustar os cuidados ao longo do internamento, promovendo a continuidade dos cuidados e a integração entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar (Kabusi et al., 2024; Falakdami et al., 2025).

CONTRIBUTO DO MODELO PARA O RACIOCÍNIO E TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA

A aplicação do Modelo de Betty Neuman constituiu um suporte importante para o raciocínio clínico em enfermagem, permitindo interpretar de forma integrada as respostas da doente perante a evolução do quadro clínico (Hannoodde & Dhamoon, 2023).

A monitorização das alterações clínicas permitiu antecipar complicações, priorizar intervenções e adequar os cuidados à condição clínica da doente. Deste modo, o modelo

contribuiu para uma prestação de cuidados fundamentada, individualizada e adequada à complexidade clínica apresentada.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

O caso clínico centra-se numa doente jovem que recorre ao serviço de urgência básica por um quadro de dor torácica. Desenvolve uma PCR e é identificado um EAMSST, sendo encaminhada para um hospital com hemodinâmica para tratamento adequado com Posterior vigilância numa unidade de cuidados intensivos coronários.

CARACTERIZAÇÃO DO DOENTE

Doente de 47 anos, do sexo feminino, residente na comunidade. Portuguesa. Sem alergias conhecidas. Antecedentes pessoais de uma cirurgia bariátrica. Com fatores de risco cardiovasculares (tabagismo ativo e dislipidemia). Peso de 80Kg, altura de 170cm e Índice de Massa Corporal de 27,68 kg/m². Previamente independente à admissão na unidade hospitalar.

HISTÓRIA CLÍNICA E AVALIAÇÃO INICIAL

A doente recorreu ao serviço de urgência básica por dor precordial. Após a triagem e a realização de eletrocardiograma (ECG) inicia quadro de alteração do estado de consciência com entrada em PCR, com ritmo inicial de fibrilhação ventricular, tendo sido iniciadas manobras de ressuscitação cardiopulmonar num total de 5 ciclos com 4 choques. Foram administradas 1mg de adrenalina e 300mg de amiodarona e colocada máscara laríngea ao terceiro ciclo. Recupera circulação espontânea ao quinto ciclo.

EXAME FÍSICO E DADOS CLÍNICOS

Após recuperar circulação espontânea foi realizada a avaliação inicial através da metodologia ABCDE.

A - Colocado tubo endotraqueal número 7,5, pelo que fica com via aérea patente.

B - Conectada a um ventilador mecânico com modo ventilatório de volume controlado de 500ml, com FIO₂ de 50% para saturações periféricas de 100%, PEEP de 5 cmH₂O e frequência respiratória de 18 ciclos/min. À auscultação pulmonar tinha murmúrio vesicular mantido bilateralmente.

C - Realizado ECG de 12 derivações que revela elevação do segmento ST, com uma frequência cardíaca de 104bpm. Avaliada tensão arterial, de 93/74mmHg. Puncionada

com dois acessos venosos periféricos e realizadas colheitas analíticas (hemograma, bioquímica e enzimas cardíacas).

D - Avaliada com valor de 3 na escala de coma de *Glasgow*. Pupilas isocóricas e isorreativas. Glicemia capilar 222mg/dl.

E - Temperatura corporal de 36,2°C. Sem feridas visíveis. Colocada sonda nasogástrica de calibre 14Fr na narina direita e cateter vesical de calibre 16CH com drenagem de urina límpida. Contactado hospital com sala de hemodinâmica, que aceita transferência da doente. Transportada de helicóptero e admitida diretamente na sala de hemodinâmica.

LINHA TEMPORAL DO CASO (TIMELINE)

Tabela 1. Linha Temporal do Caso.

Data	Eventos/ Estado clínico	Intervenções/Procedimentos
01/04/2026	Admitida no serviço de urgência básica (SUB) por dor precordial; Realizada triagem pelas 14h09; Entrada em PCR; Identificado EAMSST; Admitida na sala de hemodinâmica pelas 17h00; Admitida na unidade coronária pelas 17h45.	Encaminhada para a sala de emergência do SUB; Realizado ECG; Manobras de RCP; Encaminhada por helitransporte com transferência aceite para unidade de hemodinâmica; Realizada angioplastia da artéria coronária descendente anterior; Realizada avaliação ABCDE; Colocada linha arterial e acesso venoso central.
02/04/2026	Tentativa de desmame de sedação; Hemodinamicamente instável; Identificada oligoanúria e estado febril; Pedido TAC crânio-encefálico; Identificados episódios de Taquicardia Ventricular não mantida.	Apresenta períodos de agitação, tendo sido retomada sedação; Ajustados parâmetros ventilatórios; Colocada perfusão de dobutamina e noradrenalina e instituída furosemida; Iniciou antibioterapia.

03/04/2026	Identificado choque misto, cardiogénico e séptico.	Mantém ventilação invasiva, bem-adaptada; Suspende dobutamina.
04/04/2026	Realizado ecocardiograma transtorácico; Identificada hipocaliemia e diminuição de débito urinário; Inicia dieta entérica.	Identificada uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 25-30%; Efetuada correção da hipocaliemia; Constatada obstrução do cateter vesical por sedimento. Realizada substituição; Inicia soroterapia; Reinicia dobutamina.
05/04/2026	Realizado desmame de sedação e de dobutamina.	Corrigida hipocaliemia; Identificado <i>drive</i> respiratório; Progressão na dieta entérica; Inicia laxantes em SOS; Realizado TAC crânio-encefálico; Suspende dobutamina e noradrenalina.
06/04/2026	Identificado trombo apical; Oligoanúria mantida; Realizada extubação sem intercorrências.	Inicia enoxaparina; Mantém furosemida.
07/04/2026	Identificada lesão renal aguda e pedida colaboração da nefrologia.	Inicia soroterapia; Suspende diurético.
08/04/2026	Identificada hematúria; Realizada ecografia renal; Apresenta episódios de agitação, mas cumpre ordens simples com lentificação do hemicorpo esquerdo.	Repete TAC crânio-encefálico.
09/04/2026	Diurese mantida;	Suspensão diurético;

	Apresenta episódios de <i>delirium</i> hiperativo; Inicia protocolo de reabilitação.	Tentativa de levantar para cadeirão com hipotensão ortostática sintomática.
10/04/2026	Mantém <i>delirium</i> hiperativo; Lesão renal aguda resolvida; Mantém programa de reabilitação.	Realizou levantar para cadeirão sem intercorrências.
11/04/2026	Transferência para a enfermaria de cardiologia; Pedida colaboração de medicina física e de reabilitação; Transferida para o hospital da área de residência.	

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

A avaliação da situação clínica permitiu a formulação dos seguintes Diagnósticos de Enfermagem (DE), de acordo com a CIPE® (2019):

- **Perfusão dos tecidos inefetiva (10001344)**, relacionado com o EAMSST, evidenciada pela instabilidade hemodinâmica com necessidade de suporte aminérgico.
- **Trocas gasosas comprometidas (10001177)**, relacionado com insuficiência respiratória, evidenciada pela necessidade de ventilação mecânica invasiva.
- **Consciência comprometida (10012634)**, relacionada com a situação crítica e a sedação prolongada, evidenciada pela alteração do estado de consciência e pela recuperação neurológica lentificada.
- **Eliminação urinária comprometida (10012986)**, relacionada com hipoperfusão renal, evidenciada por oligoanúria e pelo aumento da creatinina sérica.

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS E DE ENFERMAGEM

As intervenções médicas e de enfermagem aplicadas dirigiram-se à estabilização hemodinâmica, respiratória e neurológica da doente.

Numa fase inicial, foram realizadas manobras de suporte avançado de vida após um episódio de PCR em ritmo de fibrilhação ventricular, incluindo desfibrilhação e

administração de adrenalina e amiodarona, com posterior retorno da circulação espontânea.

Após a estabilização inicial, a doente foi helitransportada para o Serviço de Hemodinâmica de um Centro Hospitalar. Neste contexto, foi submetida a intervenção coronária percutânea, a ventilação mecânica invasiva com sedoanalgesia contínua, à monitorização hemodinâmica invasiva e à administração de terapêutica vasoativa com noradrenalina e dobutamina. Procedeu-se, igualmente, à administração de dupla antiagregação plaquetária, de anticoagulação após a identificação do trombo apical e antibioterapia empírica por suspeita de infeção respiratória.

As intervenções de enfermagem centraram-se na vigilância contínua do estado da doente, englobando a monitorização de sinais vitais e do débito urinário e a avaliação da perfusão periférica, dos parâmetros ventilatórios e do nível de consciência. Foram assegurados, ainda, cuidados de enfermagem à doente submetida a ventilação invasiva, bem como relativos à prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, ao posicionamento terapêutico, à vigilância de acessos invasivos e à prevenção de úlceras por pressão. Destaca-se, ainda, a monitorização rigorosa da função renal e do balanço hídrico, especialmente durante o período de oligoanúria, com articulação da equipa multidisciplinar da cardiologia com a equipa de nefrologia. Após estabilização clínica, iniciaram-se intervenções de reabilitação motora e apoio na recuperação funcional e cognitiva. A articulação entre a equipa de enfermagem e médica do internamento de cardiologia, com as equipas de cuidados intensivos coronários e de nefrologia revelou-se fundamental para garantir a continuidade de cuidados.

Tabela 2. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem.

DE 1. Perfusão dos tecidos inefetiva (10001344).	
Foco de enfermagem: Perfusão dos tecidos Juízo de enfermagem: Inefetiva	
Intervenções (NIC)	• Reanimação Cardiopulmonar (6320) • Regulação Hemodinâmica (4150) • Monitorização de Sinais Vitais (6680) • Monitorização Hemodinâmica Invasiva (4210) • Controlo de Arritmias (4090) • Controlo do Choque (4250)

DE 1. Perfusão dos tecidos inefetiva (10001344).	
	• Controlo do Choque: Cardiogénico (4254) • Monitorização Neurológica (2620) • Supervisão da Pele (3590)
Resultado Esperado: Perfusão dos tecidos adequada e estabilidade hemodinâmica.	

DE 2. Trocas gasosas comprometidas (10001177).	
Foco de enfermagem: Trocas gasosas	
Juízo de enfermagem: Comprometidas	
Intervenções (NIC)	• Monitorização Respiratória (3350) • Controlo das Vias Aéreas (3140) • Controlo da Ventilação: Mecânica Invasiva (3300) • Aspiração de Vias Aéreas (3160) • Monitorização dos Sinais Vitais (6680) • Posicionamento (0840) • Vigilância (6650)
Resultado Esperado: Trocas gasosas adequadas, manutenção da oxigenação e ventilação eficaz.	

DE 3. Consciência comprometida (10012634).	
Foco de enfermagem: Consciência	
Juízo de enfermagem: Comprometida	
Intervenções (NIC)	• Monitorização Neurológica (2620) • Vigilância (6650) • Monitorização dos Sinais Vitais (6680) • Monitorização dos Efeitos da Medicação (2300) • Controlo dos Medicamentos (2380) • Controlo do <i>Delirium</i> (6440)

DE 3. Consciência comprometida (10012634).	
	• Prevenção de Quedas (6490)
Resultado Esperado: Recuperação progressiva do estado de consciência.	

DE 4. Eliminação urinária comprometida (10012986).	
Foco de enfermagem: Eliminação urinária	
Juízo de enfermagem: Comprometida	
Intervenções (NIC)	• Monitorização Hídrica (4130) • Controlo da Eliminação Urinária (0590) • Controlo Hidroeletrolítico (2080) • Controlo Ácido-Básico (4010) • Monitorização dos Sinais Vitais (6680) • Cateterização Vesical (0580) • Monitorização de Sintomas (2210) • Vigilância (6650) • Extubação Endotraqueal (3270)
Resultado Esperado: Restabelecimento da função renal e da diurese adequada.	

EVOLUÇÃO CLÍNICA E RESULTADOS

O estado clínico da doente caracterizou-se, inicialmente, por instabilidade hemodinâmica significativa com necessidade de suporte vasoativo, ventilação mecânica invasiva e vigilância intensiva contínua. Após ser submetida a ICP-p, verificou-se uma melhoria progressiva do estado cardiovascular, com suspensão gradual do suporte aminérgico e estabilização hemodinâmica. A função respiratória da doente evoluiu favoravelmente, permitindo extubação endotraqueal ao sexto dia de internamento, sem intercorrências relevantes. A intervenção precoce da equipa multidisciplinar permitiu um controlo progressivo das complicações que surgiram ao longo do internamento, tais como o choque misto, cardiogénico e séptico, a infeção respiratória, os episódios de taquicardia ventricular, a presença de um trombo apical no ventrículo esquerdo e a lesão renal aguda, com recuperação da função renal, estabilização dos parâmetros inflamatórios e melhoria

clínica global. Neurologicamente, observou-se uma recuperação lenta após suspensão da sedação, com episódios transitórios de *delirium* hiperativo e défices motores ligeiros, verificando-se posteriormente uma melhoria progressiva do estado cognitivo e da força muscular, após início de programa de reabilitação.

À data da transferência para um nível de cuidados inferior, a doente encontrava-se hemodinamicamente estável, eupneica em ar ambiente, sem suporte vasoativo, com recuperação da função renal e em processo de reabilitação funcional, mantendo seguimento diferenciado pela cardiologia. Assim, com resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, destacam-se (NOC):

- Estado Respiratório: Ventilação adequada (0403)
- Estado Respiratório: Troca gasosa eficaz (0402)
- Estado Circulatório: Nenhum desvio da variação normal (0401)
- Estado dos Sinais Vitais: Nenhum desvio da variação normal (0802)
- Função Renal: Não comprometida (0504)

DISCUSSÃO

No EAMSST, a prioridade é o restabelecimento da circulação sanguínea através da reperfusão precoce que deve ser realizada, no máximo, entre 90-120 minutos após o diagnóstico eletrocardiográfico, tendo em conta as *Guidelines* da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) na ICP-p, representando uma situação de urgência médica (Byrne et al., 2023).

A abordagem atual baseia-se nas diretrizes do Conselho Europeu de Ressuscitação (ERC), que preconizam: suporte avançado de vida imediato e de alta qualidade, desfibrilhação precoce, gestão direcionada da temperatura pós-Retorno da Circulação Espontânea (RCE) e encaminhamento imediato para a sala de hemodinâmica, se existir evidência de supradesnívelamento do segmento ST no ECG pós-PCR (Nolan et al., 2021).

Como referido anteriormente, os registos do EuroHeart da ESC, tal como outros estudos epidemiológicos internacionais indicam que, em cerca de 5% a 10% dos pacientes com EAMSST, a PCR é uma complicação real em ambiente pré-hospitalar ou na admissão do serviço de urgência. A literatura corrobora que o prognóstico neurológico e a taxa de sobrevivência destes pacientes dependem da qualidade das compressões torácicas, bem como do tempo de reperfusão cardíaca. Os pacientes submetidos a ICP-p imediata pós-RCE apresentam taxas de sobrevivência de cerca de 50% a 60% à alta

hospitalar, comparativamente com aqueles em que a coronariografia é protelada (Panchal et al., 2020; Wyckoff et al., 2022).

De seguida serão apresentados os diagnósticos definidos que permitiram planear e estruturar decisões, de modo a estabilizar hemodinamicamente a doente e a prevenir lesões secundárias.

- **Perfusão cardíaca comprometida:** O consumo de oxigénio pelo miocárdio aumenta quando a dor isquémica ativa o sistema nervoso simpático (Byrne et al., 2023). A intervenção de enfermagem baseou-se na monitorização contínua do ECG de 12 derivações, na administração de oxigenoterapia para manutenção de saturação periférica alvo, através da monitorização da saturação periférica de oxigénio (SpO2) e no controlo da dor com opioides/vasodilatadores.
- **Troca gasosa comprometida e Consciência comprometida:** A via aérea avançada é necessária, na maioria das vezes, numa situação de PCR (Perkins et al., 2021). A proteção neurológica, através do controlo da tensão arterial e da monitorização da capnografia (EtCO2), evitando a hipoxia, foram intervenções de enfermagem essenciais realizadas para otimizar a perfusão cerebral.
- **Eliminação urinária comprometida:** O cateterismo vesical, após o diagnóstico de oligoanúria, com débitos inferiores a 500ml/dia, permitiu monitorizar o débito urinário de forma efetiva, tornando-se este um indicador preditivo de boa perfusão aos órgãos vitais após a PCR. Após instituída terapêutica diurética, verificou-se uma boa resposta clínica com balanço hídrico positivo.

Como descrito anteriormente, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman perceciona o cliente como um sistema aberto constituído por uma estrutura central designada de núcleo, rodeada por linhas de defesa e linhas de resistência. Na presença de um EAMSST complicado com PCR, existe rutura das linhas de defesa devido ao *stress* fisiológico experienciado. Quando ocorre PCR, o núcleo biológico, que engloba as funções cardíaca, cerebral e renal, encontra-se sob colapso iminente. Sob a ótica de Neuman, as intervenções de enfermagem são ações iniciadas após a manifestação de sintomatologia, atuando como uma prevenção secundária (Neuman & Fawcett, 2011).

A provável existência de novos agentes de *stress* iatrogénicos no organismo gerou a necessidade de criação de barreiras invasivas exigindo, ainda, um controlo do risco de infeção. À medida que ocorreu o RCE e a estabilização da doente, o foco de enfermagem instituiu-se na reabilitação do organismo e na minimização de lesões secundárias.

Tendo em conta o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, as linhas de defesa sofreram rotura quando a isquémia do miocárdio provocou dor aguda, com conseguinte perfusão cardíaca, trocas gasosas e consciência comprometidas, alterando o estado de equilíbrio da doente. Já a quebra das linhas de resistência, que correspondem aos mecanismos compensatórios do organismo, resultou em eliminação urinária comprometida. A perfusão cardíaca e as trocas gasosas comprometidas são, portanto, agentes de *stress* fisiológico que desequilibraram o sistema ou organismo. A decisão de iniciar o suporte avançado de vida e de monitorizar continuamente a doente visou reconstituir a estabilidade do núcleo. O estado de consciência comprometido justificou intervenções de enfermagem promotoras da manutenção da estabilidade hemodinâmica e metabólica.

CONCLUSÃO

Este caso evidencia que a sobrevivência de uma doente com EAMSST complicado por PCR em ritmo de fibrilhação ventricular com choque misto, trombo apical, lesão renal aguda e disfunção neurológica transitória dependeu menos de um gesto isolado do que da continuidade entre níveis assistenciais desde a reanimação inicial à reperfusão coronária e desde os cuidados pós-paragem à reabilitação. Em cada elo, a vigilância de enfermagem e a deteção precoce de alterações foram determinantes para travar lesões secundárias.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman revelou-se um instrumento útil de raciocínio clínico, ajudando a identificar fatores de *stress* e a organizar as intervenções por níveis de prevenção. O RELATO DE CASO reforçou a necessidade do papel ativo do enfermeiro no contexto de urgência e emergência, através da vigilância contínua e da articulação interdisciplinar, com enfoque na formação académica contínua em enfermagem, ilustrando o modo como o conhecimento científico, a tomada de decisão em situação crítica e um referencial teórico se combinam à cabeceira do doente. Documentá-lo segundo as recomendações CARE permitiu sistematizar a experiência e contribuir para a reflexão sobre o cuidado à pessoa em situação crítica.

PERSPETIVA DO DOENTE

Devido à gravidade do quadro clínico inicial da doente e ao período de internamento em cuidados intensivos coronários, não foi possível obter um relato

detalhado da perceção da doente relativamente aos cuidados prestados durante a fase aguda da doença.

Contudo, verificou-se uma evolução clínica favorável, com recuperação progressiva da estabilidade hemodinâmica, respiratória e neurológica, permitindo a continuidade do processo de reabilitação e transferência para enfermaria de cardiologia e, posteriormente, para o hospital da área de residência. As intervenções implementadas contribuíram para a estabilização clínica da doente e para a sua recuperação funcional progressiva.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Na elaboração do presente RELATO DE CASO foram assegurados os princípios éticos de confidencialidade, privacidade e anonimato da doente, através da omissão de todos os elementos passíveis de identificação pessoal ou institucional. Foi obtido o consentimento informado da doente para utilização da informação clínica descrita, após esclarecimento acerca dos objetivos e da finalidade do relato. A informação apresentada foi utilizada exclusivamente para fins académicos e científicos, respeitando os princípios éticos e deontológicos inerentes à prática clínica e à investigação em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)* (S. I. de Oliveira et al., Trads.). Elsevier;
- Byrne, R. A., Rossello, X., Coughlan, J. J., Barbato, E., Berry, C., Chieffo, A., Claeys, M. J., Dan, G.-A., Dweck, M. R., Galbraith, M., Gilard, M., Hinterbuchner, L., Jankowska, E. A., Jüni, P., Kimura, T., Kunadian, V., Leosdottir, M., Lorusso, R., Pedretti, R. F. E., ... Ibanez, B. (2023). 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *European Heart Journal*, 44(38), 3720–3826. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>;
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *CIPE® versão 2019: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros;
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares: Relatório 2022*;

- Falakdami, A., Rafiei, H., & Razaghpour, A. (2025). Application of the Betty Neuman systems model in nursing care of a breast cancer patient: A case study. *Journal of Social Behavior and Community Health*, 9(1), 1525–1538. <https://doi.org/10.18502/jsbch.v9i1.18696>;
- Hannoodde, S., & Dhamoon, A. S. (2023). *Nursing Neuman systems model*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560658/>;
- Kabusi, M., & Yazdi, K. (2024). Nursing process based on Betty Neuman's systemic model: A case study. *Journal of Nursing Advances in Clinical Sciences*, 1(2), 111–117. https://www.jnacs.com/article_193536.html;
- Lemkes, J. S., Janssens, G. N., van der Hoeven, N. W., Jewbali, L. S. D., Dubois, E. A., Meuwissen, M., Rijpstra, T. A., Bosker, H. A., Blans, M. J., Bleeker, G. B., Baak, R., Vlachojannis, G. J., Eikemans, B. J. W., van der Harst, P., van der Horst, I. C. C., Voskuil, M., van der Heijden, J. J., Beishuizen, A., Stoel, M., ... van Royen, N. (2019). Coronary angiography after cardiac arrest without ST-segment elevation. *New England Journal of Medicine*, 380(15), 1397–1407. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1816897>;
- Loureiro, H., Loureiro, R., Bernardo, J., & Cunha, L. (2024). Aplicabilidade do Modelo de Sistemas de Neuman na adesão ao regime terapêutico da pessoa com enfarte agudo do miocárdio: Reflexão teórica. In *O cuidado em saúde baseado em evidências* (Vol. 4, pp. 63–76). Editora Científica Digital. <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/240416213.pdf>;
- McDowell, B. M., Beckman, S., & Fawcett, J. (2023). Evolution of a Neuman systems model concept. *Nursing Science Quarterly*, 36(1), 89–91. <https://doi.org/10.1177/08943184221131975>;
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2010). *NOC: Classificação dos resultados de enfermagem*. Elsevier;
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model* (5.^a ed.). Pearson;
- Nolan, J. P., Sandroni, C., Böttiger, B. W., Cariou, A., Cronberg, T., Friberg, H., Genbrugge, C., Haywood, K., Lilja, G., Moolaert, V. R. M., Nikolaou, N., Olasveengen, T. M., Skrifvars, M. B., Taccone, F., & Soar, J. (2021). European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines

- 2021: Post-resuscitation care. *Resuscitation*, 161, 220–269. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.012>;
- Panchal, A. R., Bartos, J. A., Cabañas, J. G., Donnino, M. W., Drennan, I. R., Hirsch, K. G., Kudenchuk, P. J., Kurz, M. C., Lavonas, E. J., Morley, P. T., O'Neil, B. J., Peberdy, M. A., Rittenberger, J. C., Rodriguez, A. J., Sawyer, K. N., & Berg, K. M. (2020). Part 3: Adult basic and advanced life support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 142(16_suppl_2), S366–S468. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000916>;
- Perkins, G. D., Graesner, J.-T., Semeraro, F., Olasveengen, T., Soar, J., Lott, C., Van de Voorde, P., Madar, J., Zideman, D., Mentzelopoulos, S., Bossaert, L., Greif, R., Monsieurs, K., Svavarsdóttir, H., & Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation*, 161, 1–60. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>;
- Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D. G., Sox, H., Werthmann, P. G., Moher, D., Rison, R. A., Shamseer, L., Koch, C. A., Sun, G. H., Hanaway, P., Sudak, N. L., Kaszkin-Bettag, M., ... Gagnier, J. J. (2017). CARE guidelines for case reports: Explanation and elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, 218–235. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>;
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5.^a ed.). Lusociência;
- Wyckoff, M. H., Greif, R., Morley, P. T., Ng, K.-C., Olasveengen, T. M., Singletary, E. M., Soar, J., Cheng, A., Drennan, I. R., Liley, H. G., Scholefield, B. R., Smyth, M. A., Welsford, M., Zideman, D. A., Acworth, J., Aickin, R., Andersen, L. W., Atkins, D., Berry, D. C., ... Nation, K. (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(25), e483–e557. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001095>;

Yannopoulos, D., Bartos, J., Raveendran, G., Walser, E., Connett, J., Murray, T. A., Collins, G., Zhang, L., Kalra, R., Kosmopoulos, M., John, R., Shaffer, A., Frascone, R. J., Wesley, K., Conterato, M., Biros, M., Tolar, J., & Aufderheide, T. P. (2020). Advanced reperfusion strategies for patients with out-of-hospital cardiac arrest and refractory ventricular fibrillation (ARREST): A phase 2, single centre, open-label, randomised controlled trial. *The Lancet*, 396(10265), 1807–1816. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32338-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32338-2).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO
SUBMETIDO A TROMBÓLISE EM URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA

Ana Ferreira¹, Ana Cabanas¹, Graciete Martins¹, Nuno Martins¹, Rui Matias¹, Samara Mota¹

¹Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Departamento de Enfermagem, Pós-Graduação em Cuidados de Saúde em Emergência e Urgência 2025/2026

Abstract

Introdução: O AVC constitui uma emergência médica onde a janela temporal é fundamental, sendo necessária a identificação precoce dos sintomas para ativação da Via Verde AVC, objetivando-se uma rápida intervenção multidisciplinar.

Objetivo: Descrever os cuidados de enfermagem prestados a uma doente de 81 anos com Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico agudo, submetida a trombólise em contexto de urgência e emergência.

Método: O RELATO DE CASO é referente a um doente do sexo feminino, de 81 anos. O relato fundamenta-se na teoria de Patricia Benner, *“De Iniciado a Perito”*, que valoriza a experiência clínica, o raciocínio crítico e a tomada de decisão do enfermeiro em contextos de urgência e emergência.

Resultados: Os cuidados de enfermagem incluíram vigilância neurológica e hemodinâmica contínua, prevenção da aspiração, controlo glicémico e monitorização de complicações hemorrágicas. A atuação rápida, sistematizada e baseada em protocolos permitiu uma evolução clínica favorável, com recuperação neurológica significativa e ausência de complicações major.

Conclusão: Conclui-se que a intervenção precoce, a articulação entre equipas e os cuidados de enfermagem especializados foram determinantes para o prognóstico positivo

da doente, reforçando a importância da formação contínua, dos protocolos institucionais e da abordagem multidisciplinar no tratamento do AVC isquémico.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui uma das principais causas de mortalidade e incapacidade adquirida no adulto, representando uma emergência médica tempo-dependente. É uma doença que resulta da interrupção súbita do fluxo sanguíneo cerebral, causando lesão do tecido cerebral. Pode ser classificado em AVC isquémico, responsável por cerca de 87% dos casos, provocado pela obstrução de uma artéria cerebral por um trombo, e em AVC hemorrágico, associado à rotura de um vaso cerebral, frequentemente relacionado com hipertensão arterial.

Em Portugal, mantém-se como uma das principais causas de mortalidade e incapacidade funcional. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2024 os acidentes vasculares cerebrais foram responsáveis por cerca de 9.007 mortes, representando 7,6% da mortalidade nacional. De acordo com dados da Direção Geral da Saúde, entre 2017 e 2023, verificaram-se mais de 198 mil internamentos por doenças cérebro e cardiovasculares, dos quais mais de 80% corresponderam a AVC agudo. Apesar da evolução positiva ao nível da redução da mortalidade intra-hospitalar e do aumento do acesso a terapêuticas de reperfusão, continuam a existir desafios relacionados com o reconhecimento precoce dos sintomas, a acessibilidade a unidades especializadas e a necessidade de formação contínua dos profissionais de saúde. A sua abordagem exige uma articulação eficaz entre os diferentes níveis de cuidados, nomeadamente pré-hospitalar e serviço de urgência, sendo essencial a existência de protocolos organizados e comunicação eficiente entre equipas.

Os cuidados de enfermagem desempenham um papel fundamental em todas as fases do tratamento do AVC isquémico submetido a trombólise, desde a identificação precoce dos sinais neurológicos até à monitorização contínua após o tratamento. O enfermeiro é responsável pela vigilância hemodinâmica e neurológica, deteção precoce de complicações e implementação de cuidados de suporte. A janela terapêutica para trombólise é de 4,5 horas após a última vez em que o doente foi observado sem sintomas, segundo as *guidelines* mais recentes da American Heart Association (AHA).

A Escala de Cincinnati permite identificar rapidamente sinais sugestivos de AVC, sendo amplamente utilizada na triagem e ativação da Via Verde AVC. O diagnóstico é confirmado através de Tomografia Axial Computorizada Crânio-Encefálico (TAC-CE) e

avaliação neurológica com recurso à escala NIHSS (*National Institutes of Health Stroke Scale* - instrumento padronizado para avaliar gravidade de um AVC).

REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

Para a fundamentação deste *case report*, foi selecionada a teoria De Iniciado a Perito, de Patricia Benner, por valorizar a influência da experiência clínica no desenvolvimento das competências de enfermagem e no julgamento clínico. Segundo a autora, o enfermeiro evolui progressivamente através de cinco níveis de competência Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito adquirindo maior capacidade para reconhecer situações complexas e tomar decisões adequadas (Benner, 2001).

A escolha deste referencial revela-se particularmente adequada ao contexto da urgência e emergência, onde a rápida identificação de alterações clínicas e a implementação atempada de intervenções são fundamentais para a segurança e qualidade dos cuidados. Além disso, a teoria articula-se com o Processo de Enfermagem, ao reconhecer que a experiência influencia todas as etapas da prestação de cuidados. Destacando a relação recíproca entre o Enfermeiro e a pessoa cuidada (Lopes, Pires & Pinho, 2026).

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

CARACTERIZAÇÃO DO DOENTE

Trata-se de um *case report* relativo a uma doente do sexo feminino, com 81 anos de idade, previamente autónoma e independente, residente em Lisboa, que se encontrava a passar férias na localidade de Arronches, distrito de Portalegre.

No dia 21 de fevereiro de 2026, cerca das 10:00, iniciou subitamente um quadro clínico caracterizado por disartria e assimetria facial. Foi acionado o número de emergência 112, tendo sido mobilizada uma ambulância do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) para o local. A equipa pré-hospitalar transmitiu a informação clínica ao CODU, que, por sua vez, pré-notificou o serviço de Urgência do Hospital Dr. José Maria Grande para a chegada iminente de um caso suspeito de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

HISTÓRIA CLÍNICA E AVALIAÇÃO INICIAL

A doente deu entrada no serviço às 11:00, tendo sido chamada para triagem às 11:04, sendo a triagem realizada de acordo com o protocolo da Triagem de Manchester, com reconhecimento precoce, apoiado na escala de Cincinnati. Na observação inicial, apresentava desvio da comissura labial à direita e disartria, com uma pontuação de 15 na Escala de Coma de Glasgow (GCS). Foi ativada a Via Verde AVC, sendo a doente alocada à sala de Emergência (SE).

EXAME FÍSICO E DADOS CLÍNICOS

Para a avaliação da doente foi utilizada a nomenclatura CHAMU (Tabela 1) e a abordagem sistematizada ABCDE (Tabela 2).

Tabela 1. CHAMU (Circunstâncias, História clínica, Alergias, Medicação, Última refeição)

C	Trazida ao SU por quadro súbito de assimetria facial e disartria - UVB 10h Pré-notificação: Sim.
H	Doença hematológica seguida em HSM na consulta de Hematologia, última consulta em 09/01/2026; Fibrilhação auricular crónica, não anticoagulada? devido a alergia; HTA; Obesidade; Dislipidemia, Ansiedade generalizada; Osteoartrose; Hérnia coluna dorsal; Dor ciática; Insuficiência venosa; Rinite alérgica; Fratura tibiotársica à esquerda, submetida a cirurgia há mais de 30 anos; Diabetes Mellitus - diagnosticado em 2025.
A	Estreptomicina; Daflon; Eliquis (cutânea); hipersensibilidade a NOAC's.
M	Metformina Basi, 500 mg; Nebivolol, 5mg, 1/2cp + 1/2cp; Lercanidipina, 10mg, 1/2cp id; Bilastina, 20mg, 1cp à noite em sos; Loflazepato de etilo, 2 mg; Rosuvastatina, 5 mg id; Telmisartan + Hidroclorotiazida 80 mg + 25 mg; AAS 100mg.
U	Última Refeição ontem cerca das 20h (jantar)

Tabela 2. ABCDE (Via Aérea, Respiração, Circulação, Disfunção Neurológica, Exposição)

A	Via aérea permeável.
B	Sem dificuldade respiratória; Ar ambiente, SPO2 94%.
C	Pele corada e hidratada; TPC < 2seg; FC 62bpm, ritmo regular; TA 141/53mmHg; INR = 1.2
D	GCS 15; Pupilas isocóricas; Disartria; Hemiparesia esquerda; Desvio da comissura labial direita; Disfagia; Teste de GUSS, disfagia a líquidos, 12 pontos; NIHSS 6; Glicemia Capilar 172 mg/dl.
E	TT 36 °C; Sem lesões visíveis.

LINHA TEMPORAL DO CASO (Timeline)

Com início de sintomas cerca das 10:00 e triagem às 11:04, a doente seguiu da SE para a sala de imagiologia onde realizou TC crânio-encefálica, Angio TC crânio-encefálica e Angio TC dos vasos do pescoço. Após os exames e queixas apresentadas foi um momento crítico, a decisão da equipa médica de iniciar terapêutica trombolítica. Foi explicado à doente as vantagens e os riscos do tratamento, que a mesma compreendeu e aceitou. Iniciada terapêutica trombolítica na sala de imagiologia com Alteplase.

A dose total de Alteplase foi calculada de acordo com o peso estimado da doente (aproximadamente 73kg), correspondendo a uma dose total de 65,7mg (0,9mg/kg), tendo sido administrado um bolús inicial de 6,57mg (10%) às 11:22 seguido de perfusão de 59,1mg (90%) durante 1 hora, concluída às 12:30.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS E DE ENFERMAGEM

Depois da realização da TC crânioencefálica, Angio TC crânioencefálica e Angio TC dos vasos do pescoço (Figura 1), dados recolhidos no CHAMU e ABCDE, o diagnóstico médico foi: AVC isquémico agudo, etiologia cárdioembólica mais provável (em estudo), fibrilhação auricular não anticoagulada e diabetes mellitus.

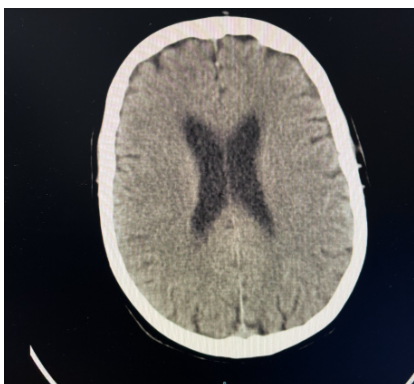
Com base nos dados recolhidos, procedeu-se à identificação de diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia NANDA-I (NANDA-I, 2021) (Tabela 3).

Tabela 3. Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem (NANDA-I)

Diagnósticos (NANDA-I)	Etiologia	Sinais/Sintomas)	Intervenções d e Enfermagem	Resultados Esperados
Perfusão tissular cerebral ineficaz (00201)	Interrupção do fluxo cerebral; FA não anti coagulada	Disartria, hemiparesia esquerda, desvio da comissura labial	Vigilância neurológica (GCS, NIHSS); monitorização de deterioração; ativação Via Verde AVC	Estabilidade neurológica; ausência de agravamento
Deglutição Prejudicada (00103)	Défice neuromuscular secundário a AVC	Disfagia; alteração no teste de GUSS	Manter NPO; avaliar deglutição; posicionamento com cabeça elevada; vigilância de engasgamento	Ausência de aspiração; deglutição segura
Risco de aspiração (00039)	Disfagia; défice neurológico	_____	Cabeceira elevada; vigilância contínua; aspiração de secreções se necessário; controlo da alimentação	Prevenção de aspiração; vias aéreas protegidas
Risco de sangramento (00206)	Terapêutica Fibrinolítica (alteplase)	_____	Monitorização de sinais hemorrágicos; vigilância de punções; controlo hemodinâmico	Ausência de hemorragias major
Risco de quedas (00155)	Hemiparesia; défice neurológico	_____	Medidas de segurança; supervisão da mobilização; ambiente seguro	Ausência de quedas

Diagnósticos (NANDA-I)	Etiologia	Sinais/Sintomas)	Intervenções d e Enfermagem	Resultados Esperados
Risco de glicemia instável (00179)	Diabetes mellitus; situação aguda	—	Monitorização glicémica; vigilância de sinais de hipo/hiperglicemia	Valores glicémicos controlados

“TC CRANIOENCEFÁLICA Ténue leucoareose periventricular inespecífica para a idade. Duvidosa hipodensidade relativamente ténue fronto-opercular à direita. Exame prejudicado por artefactos, sobretudo na fossa posterior e regiões temporo-lombares. Sem hemorragia e sem hidrocefalia. ANGIO-TC CRÂNIO-ENCEFÁLICO Preenchimento vertebrobasilar sem oclusões. Preenchimento dos segmentos proximais do polígono de Willis sem suspeita de estenose dos grandes vasos. Colectores venosos preenchidos. ANGIO-TC CERVICAL (TRONCOS SUPRA-AORTICOS) Calcificações ateromatosas



das bifurcações carotídeas não oclusivas. Regular emergência dos troncos supra-aórticos. Artérias vertebrais permeáveis.”

Figura 1. TC crâneo-encefalica e relatório imagiológico inicial.

Os procedimentos realizados seguiram a Norma da Direção Geral de Saúde (DGS) n.º 15/2017 (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017) e recomendações da *American Heart Association* (AHA) de 2026, (American Heart Association [AHA], 2025).

Durante a administração do trombolítico, registou-se ligeiro sangramento gengival, sem necessidade de suspensão do tratamento. Transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Hospital Dr. José Maria Grande, tendo sido utilizada a metodologia ISBAR para a transmissão estruturada de informação clínica.

EVOLUÇÃO CLÍNICA E RESULTADOS

A doente deu entrada na UCI no dia 21 de fevereiro pelas 12:45 para continuação de cuidados e vigilância.

Tabela 4. ABCDE (Via Aérea, Respiração, Circulação, Disfunção Neurológica, Exposição)

A	Via aérea permeável.
B	Eupneica; Ar ambiente; SPO2 96%.
C	Pele corada e hidratada; TPC < 2seg; FC 58-69bpm, Ritmo regular; TAS 151-169 mmHg, TAD 56-62mmHg.
D	GCS 15; Pupilas isocóricas; NIHSS 3.
E	TT 36 °C; Sem lesões visíveis.

Após 24 horas, desde admissão e da instituição da terapêutica trombolítica, procedeu-se à reavaliação imagiológica e neurológica da doente (*figura 2*), para aferição de alterações estruturais e exclusão de complicações hemorrágicas intracranianas silenciosas.

“TC CRÂNIOENCEFÁLICA Identificam-se pequenos focos isquémicos recentes instalados, a nível fronto-opercular, insular posterior e parietal à direita, sem hemorragias associadas. Sem outros aspetos valorizáveis em relação aos achados do estudo prévio.”

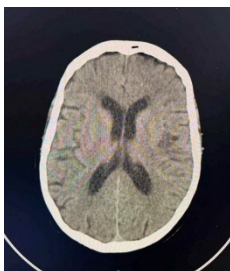


Figura 2. TC crânioencefálica e relatório imagiológico controlo, 24 h

Verificou-se uma recuperação neurológica com redução da pontuação NIHSS para 1 ponto, persistindo apenas discreta parésia facial central esquerda. A doente não apresentava disartria, afasia, alterações sensitivas, défices de coordenação ou alterações dos campos visuais, mantendo força muscular preservada (MRC 5/5) nos quatro membros.

O rastreio de disfagia através da escala GUSS revelou pontuação máxima (20 pontos), confirmando ausência de disfagia e permitindo alimentação oral sem restrições.

No período pós-trombólise registaram-se apenas complicações hemorrágicas minor, nomeadamente ligeiro sangramento gengival e pequeno sangramento nos locais de punção venosa, sem evidência de hemorragia intracraniana ou outras complicações maior. Foi feita transferência segura da doente para o Hospital Pulido Valente (área de residência da doente) a 23 de fevereiro de 2026 para continuidade de cuidados e reabilitação.

DISCUSSÃO

O caso clínico apresenta uma doente com AVC isquémico agudo submetida a trombólise após ativação da Via Verde AVC. A rápida atuação das equipas pré-hospitalar e hospitalar foi fundamental para o bom prognóstico. A administração precoce de Alteplase permitiu melhoria neurológica significativa, com redução dos défices e sem complicações hemorrágicas graves.

A realização imediata de tomografia computadorizada permitiu excluir hemorragia intracraniana e orientar o tratamento de forma segura. A monitorização contínua de enfermagem após trombólise foi essencial para vigilância neurológica, hemodinâmica e deteção precoce de complicações. O rastreio de disfagia através da escala GUSS também teve importância na prevenção do risco de aspiração.

Os cuidados de enfermagem, associados à abordagem ABCDE, metodologia ISBAR e teoria de Patricia Benner, contribuíram para uma atuação organizada, rápida e segura. A articulação entre o pré-hospitalar, urgência e cuidados intensivos demonstrou a importância da comunicação e dos protocolos da Via Verde AVC, bem como da formação contínua das equipas.

Como pontos fortes destacam-se a rápida intervenção, a trombólise precoce e a recuperação neurológica da doente. O caso reforça ainda a importância do *debriefing* e da reflexão multidisciplinar após situações críticas, promovendo melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados.

CONCLUSÃO

O presente RELATO DE CASO permitiu evidenciar a importância da atuação integrada, precoce e baseada na evidência científica na abordagem à pessoa com AVC isquémico agudo submetida a terapêutica trombolítica em contexto de urgência e

emergência. A rápida identificação dos sinais neurológicos, a ativação atempada da Via Verde AVC e a articulação eficaz entre os diferentes níveis de cuidados revelaram-se determinantes para a obtenção de um desfecho clínico favorável, traduzido pela recuperação neurológica significativa da doente e pela ausência de complicações hemorrágicas major.

Os cuidados de enfermagem assumiram um papel central em todas as fases do processo assistencial, desde a avaliação inicial sistematizada e monitorização contínua até à implementação de intervenções preventivas e terapêuticas orientadas para a segurança e estabilidade clínica da doente. A utilização de instrumentos estruturados, como a abordagem ABCDE, a escala NIHSS, a escala de Glasgow, o rastreio de disfagia através da escala GUSS e a metodologia ISBAR, contribuiu para a uniformização dos cuidados, melhoria da comunicação interdisciplinar e promoção da segurança clínica.

A aplicação do referencial teórico de Patrícia Benner permitiu compreender a relevância da experiência profissional e do raciocínio clínico avançado na tomada de decisão em situações críticas e tempo-dependentes. O reconhecimento precoce das alterações neurológicas, a capacidade de priorização e a atuação coordenada das equipas refletem competências diferenciadas essenciais no contexto da urgência e emergência.

Este caso reforça ainda a necessidade de formação contínua dos profissionais de saúde, da existência de protocolos institucionais bem definidos e da articulação multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa com AVC agudo. Simultaneamente, evidencia o impacto positivo da integração de cuidados na redução da morbilidade, prevenção de sequelas e promoção da recuperação funcional.

Conclui-se que a atuação célere, organizada e sustentada em boas práticas clínicas e de enfermagem constitui um elemento determinante para a melhoria do prognóstico da pessoa com AVC isquémico submetida a trombólise, contribuindo igualmente para o desenvolvimento de competências avançadas em enfermagem e para a qualidade e segurança dos cuidados prestados em contexto de urgência e emergência.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foi solicitado e obtido o consentimento informado à utente, assim como também foram respeitados os princípios da confidencialidade, anonimato e utilização exclusiva do caso para fins académicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, G., & Figueiredo, A. S. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*(5). <https://doi.org/10.12707/RV20036>;
- American Heart Association. (2025). *2025 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care*. *Circulation*. <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines>;
- American Heart Association, Inc. (2020). *Suporte Avançado de Vida Cardiovascular - Manual do Profissional*. Estados Unidos da América: American Heart Association;
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto;
- Direção-Geral da Saúde. (13 de Julho de 2017). *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Norma nº 015/2017 de 13/07/2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Suporte imediato de vida adulto (Norma n.º 015/2017, de 13 de julho de 2017)*. Ministério da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/>;
- Grupo de Enfermagem em AVC - Portugal Angels Nurse Task Force. (2025). *Guia de Enfermagem do Acidente Vascular Cerebral 1.ª Edição*. Portugal Angels Nurse Task Force;
- Instituto Nacional de Estatística. (25 de Maio de 2026). Instituto Nacional de Estatística;
- Lopes, M., Pires, R., & Pinho, L. G. de. (2026). *Raciocínio Clínico*. In M. Lopes (Ed.), *Raciocínio Clínico em Enfermagem* (1.ª, pp. 1–40). Lidel - Edições Técnicas, Lda;
- Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (Outubro de 2017). *PARECER N.º 10/2017. Diferenciação das intervenções de enfermagem do EEMC em realção ao Enfermeiro Generalista, num serviço de urgência*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- NANDA Internacional, Inc. (2021). *Enfermagem Diagnósticos Definições e Classificação 2021-2023 12.ª Edição*. Rio de Janeiro: Thieme;
- Potter, P. (2003). *Fundamentos de Enfermagem*. Loures: Lusociência;
- Programa Nacional para as Doenças Cérebro Cardiovasculares. (2025). *10 Anos de Doença Cérebro Cardiovascular em Portugal*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

A PESSOA EM PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA BÁSICO: RELATO DE CASO

Ana Lança¹, Catarina Bagina¹, Cristina Lourenço¹, Elisabete Comendinha¹, Helena Alves¹, Tiago Dias¹

¹Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Departamento de Enfermagem, Pós-Graduação em Cuidados de Saúde em Emergência e Urgência 2025/2026

Abstract

Introdução: A paragem cardiorrespiratória (PCR) constitui uma emergência clínica altamente tempo-dependente, associada a elevada morbilidade e mortalidade quando não intervencionada de forma precoce e eficaz. A atuação rápida e estruturada das equipas de saúde, nomeadamente da enfermagem, é determinante para o prognóstico do doente.

Objetivo: Descrever a abordagem de enfermagem em contexto de Suporte Avançado de Vida (SAV) perante uma PCR em ambiente de Serviço de Urgência Básico, bem como a articulação interinstitucional para assegurar a continuidade dos cuidados.

Método: Relato de Caso baseado na análise de registos clínicos, fundamentado na taxonomia NANDA-I, NOC e NIC, e enquadrado na Teoria das Transições de Meleis.

Resultados: Homem de 48 anos, sem medicação habitual, recorreu ao Serviço de Urgência por dor precordial e mal-estar geral, evoluindo para PCR em ritmo desfibrilhável. Foi instituído de imediato o protocolo de SAV, de acordo com as recomendações do *European Resuscitation Council*, com desfibrilhação precoce e medidas avançadas de suporte, resultando em recuperação da circulação espontânea. Após estabilização, foi transferido para uma unidade com serviço de hemodinâmica, onde realizou angioplastia primária por enfarte agudo do miocárdio inferior. Evoluiu favoravelmente, sem défices.

Conclusão: A intervenção precoce, sistematizada e baseada em evidência por parte da equipa de enfermagem foi determinante para a sobrevivência e prognóstico favorável do doente, destacando-se a importância da articulação eficaz entre níveis de cuidados na gestão da PCR.

Keywords: *Heart arrest; Advanced cardiac life support; Nursing care, Emergency Department*

INTRODUÇÃO

A paragem cardiorrespiratória (PCR) é uma emergência médica súbita e potencialmente reversível, caracterizada pela cessação abrupta da atividade cardíaca e respiratória eficaz. Constitui uma das principais causas de mortalidade em contexto pré-hospitalar e intra-hospitalar, estando a sobrevivência fortemente condicionada pelo tempo de resposta e pela qualidade das manobras de reanimação instituídas (Perkins et al., 2021).

Em contexto de Serviço de Urgência Básico (SUB), os recursos humanos e técnicos são habitualmente mais limitados do que em hospitais de nível superior, o que torna a prontidão, a competência técnica e o trabalho em equipa da enfermagem ainda mais determinantes para o prognóstico. O reconhecimento precoce de ritmos desfibrilháveis e a execução de desfibrilhação atempada são competências nucleares do enfermeiro em contexto de urgência e emergência (Soar et al., 2021).

O presente Relato de Caso descreve a abordagem de enfermagem a um homem adulto que sofre PCR em fibrilhação ventricular (FV) em contexto de SUB, secundária a enfarte agudo do miocárdio (EAM). São detalhadas as intervenções realizadas segundo o algoritmo de Suporte Avançado de Vida (SAV), os diagnósticos de enfermagem formulados com base na taxonomia NANDA-I e os resultados alcançados, numa perspetiva de integração de cuidados e continuidade assistencial até à realização de angioplastia primária em centro de referência.

Quanto à metodologia, trata-se de um Relato de Caso de natureza descritiva, elaborado a partir dos registos clínicos do episódio de urgência e do internamento subsequente, fundamentado na Teoria das Transições de Afaf Meleis e na linguagem classificada de enfermagem NANDA-I/NOC/NIC. O trabalho respeita os princípios éticos da confidencialidade e do anonimato, em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados e a Declaração de Helsínquia, tendo sido omitidos todos os dados

que permitiriam a identificação do doente. Foi obtido o consentimento informado do doente para a utilização dos respetivos dados clínicos, de forma anonimizada, para fins académicos e científicos.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA E SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

A abordagem da PCR organiza-se em torno da cadeia de sobrevivência, que integra o reconhecimento precoce e o pedido de ajuda, o início imediato de manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) de qualidade, a desfibrilhação precoce e os cuidados pós-reanimação. Nos ritmos desfibrilháveis, FV e taquicardia ventricular sem pulso (TVSP), a desfibrilhação atempada é a intervenção com maior impacto na sobrevivência, estimando-se que cada minuto de atraso reduza a probabilidade de sobrevida em cerca de 10% (Perkins et al., 2021).

O algoritmo de SAV preconiza compressões torácicas de alta qualidade (100 a 120 por minuto, profundidade de 5 a 6 cm, descompressão completa e interrupções mínimas), ventilação adequada, administração de adrenalina (após o terceiro choque nos ritmos desfibrilháveis) e reavaliações cíclicas do ritmo a cada dois minutos, com desfibrilhação sempre que se mantenha ritmo desfibrilhável (Soar et al., 2021). Após a recuperação da circulação espontânea (ROSC), os cuidados pós-reanimação visam a estabilização hemodinâmica e respiratória, a proteção neurológica e a identificação e tratamento da causa, frequentemente uma síndrome coronária aguda.

REFERENCIAL DE ENFERMAGEM

Para fundamentação teórica recorreu-se à Teoria das Transições de Afaf Meleis, que conceptualiza a experiência de saúde-doença como um processo de transição. Na PCR, a transição é situacional, súbita e inesperada, exigindo que a equipa de enfermagem assuma simultaneamente a gestão técnica da emergência e o suporte ao doente e à família. Este referencial orienta a intervenção para além da dimensão técnica, integrando a avaliação das condições facilitadoras e inibidoras da transição e a promoção de respostas saudáveis (Meleis, 2010).

A sistematização do raciocínio clínico recorre à taxonomia NANDA-I para a formulação dos diagnósticos de enfermagem (Herdman et al., 2024), articulada com os resultados esperados (NOC) (Moorhead et al., 2024) e as intervenções (NIC) (Wagner et

al., 2024), assegurando cuidados orientados por resultados mensuráveis e baseados na evidência.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

CARACTERIZAÇÃO DO DOENTE

Homem de 48 anos, autónomo nas atividades de vida diária, sem medicação habitual. Apresentava como único antecedente pessoal relevante doença celíaca, sem relação aparente com o evento atual. Por razões éticas e de proteção de dados, foram omitidos todos os elementos identificativos.

HISTÓRIA CLÍNICA E AVALIAÇÃO INICIAL

O doente encontrava-se previamente no seu estado habitual de saúde quando, cerca da hora de almoço e durante a condução, iniciou dor pré-cordial associada a mal-estar geral. Face à persistência dos sintomas, recorreu a um Serviço de Urgência Básico (SUB), onde, durante a transferência para a maca, apresentou perda súbita de consciência.

Perante o colapso, foi iniciada de imediato a avaliação primária sistematizada, com monitorização cardíaca através de pás de desfibrilhação, que evidenciou um ritmo compatível com fibrilhação ventricular. A avaliação segundo a abordagem ABCDE confirmou a presença de paragem cardiorrespiratória em ritmo desfibrilhável, caracterizada por via aérea não protegida, ausência de movimentos respiratórios, ~~ausência de pulso central palpável~~ e estado de inconsciência, sem evidência de trauma ou hemorragia externa.

Face ao quadro clínico, foi prontamente ativado o algoritmo de Suporte Avançado de Vida (SAV), em conformidade com as recomendações internacionais vigentes, dando início a manobras de reanimação cardiopulmonar e desfibrilhação precoce.

CRONOLOGIA DO EVENTO

À admissão no serviço de urgência por precordialgia e mal-estar geral, o doente sofreu uma perda súbita de consciência. A avaliação ABCDE confirmou paragem cardiorrespiratória, pelo que se iniciaram de imediato as manobras de Suporte Avançado de Vida, com compressões torácicas de alta qualidade e ventilação com insuflador manual. A monitorização cardíaca identificou fibrilhação ventricular (FV), tendo-se

procedido à primeira desfibrilhação (choque bifásico de 200 J, conforme protocolo institucional). Foi também obtido acesso venoso periférico (AVP).

Após dois minutos de RCP, na reavaliação do ritmo mantinha-se fibrilhação ventricular, pelo que se procedeu à segunda desfibrilhação com incremento de energia para 360 J. ~~verificando-se reversão para ritmo organizado com pulso e Retorno da Circulação Espontânea (ROSC).~~ Na fase pós-reanimação, otimizou-se a ventilação (dispositivo balão-máscara com O₂ a 15 L/min) e garantiu-se um segundo AVP. O eletrocardiograma (ECG) confirmou alterações isquémicas compatíveis com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), registando-se tensão arterial (TA) de 139/55 mmHg e SpO₂ de 96%.

Ainda na fase pós-reanimação, administrou-se dupla antiagregação e enoxaparina (80 mg) e efetuou-se cateterização vesical. Face ao agravamento hipotensivo (TA 94/55 mmHg), iniciou-se fluidoterapia de suporte com Ringer Lactato; a avaliação analítica revelou glicemia de 218 mg/dL e temperatura timpânica de 36 °C.

Posteriormente, após isolamento da via aérea por intubação orotraqueal, o doente foi transferido a cargo da equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) da urgência para o laboratório de hemodinâmica (Évora) para intervenção coronária percutânea (ICP) primária (**Tabela 1**).

Tabela 1. Cronologia das intervenções na fase de reanimação e pós-reanimação.

Momento	Evento / Intervenção
T0	Entrada no SUB; queixas de mal-estar geral.
T0 + ~5 min	Colapso súbito com perda de consciência. Contactado CODU
T0 + ~6 min	Avaliação ABCDE – confirmação de PCR em ritmo desfibrilhável. Início de SAV: compressões torácicas de alta qualidade e ventilação com insuflador manual. Monitorização com Eléktrods Multifunções.
T0 + ~7 min	Monitorização: FV identificada; 1.º choque (bifásico, 200 J). Obtido acesso venoso periférico.
T0 + ~9 min	Reavaliação após 2 min de RCP: Persiste fibrilhação ventricular. 2.º choque (bifásico, 360 J).

Momento	Evento / Intervenção
T0 + ~11 min	Reversão para ritmo organizado com pulso — ROSC após o 2.º choque.
T0 + ~13 min	Intubação orotraqueal e suporte ventilatório com insuflador manual e O2 a 15 L/min; 2.º acesso venoso periférico.
T0 + ~15 min	ECG de 12 derivações com alterações compatíveis com EAM. TA 139/55 mmHg, SpO2 96%.
T0 + ~15-20 min	Dupla antiagregação, Enoxaparina 80 mg, algaliação (silicone n.º 14), urina clara. TA 94/55 mmHg, iniciado lactato de Ringer. Glicemia 218 mg/dL, TT 36 °C.
T0 + ~20-60 min	Transporte por VMER, para centro com hemodinâmica (Évora) para cateterismo urgente.

Fonte: Elaboração própria a partir dos registos clínicos do episódio de urgência.

ABORDAGEM EM SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

Confirmada a paragem cardiorrespiratória, iniciaram-se de imediato compressões torácicas de alta qualidade e ventilação assistida com insuflador manual, de acordo com as recomendações internacionais. A monitorização identificou fibrilhação ventricular, pelo que se procedeu à primeira desfibrilhação (choque bifásico de 200 J, conforme protocolo institucional). Em simultâneo, foi obtido acesso venoso periférico.

Após dois minutos de RCP, a reavaliação do ritmo revelou persistência de fibrilhação ventricular, pelo que foi administrado novo choque, verificando-se reversão para ritmo organizado com pulso, traduzindo recuperação da circulação espontânea. Uma vez que o ROSC foi obtido após a segunda desfibrilhação, não houve indicação para administração de adrenalina, a qual, segundo o algoritmo de SAV do *European Resuscitation Council*, só está preconizada nos ritmos desfibrilháveis após o terceiro choque. Manteve-se suporte ventilatório com insuflador manual e oxigénio a 15 L/min e foi estabelecido um segundo acesso venoso periférico.

O eletrocardiograma de 12 derivações revelou alterações compatíveis com enfarte agudo do miocárdio de localização inferior/posterior. Nessa fase registava-se tensão arterial de 139/55 mmHg e saturação periférica de oxigénio de 96%. No contexto de síndrome coronária aguda foi administrada enoxaparina 80 mg e procedeu-se à

algália com algália de silicone n.º 14, funcionante, com drenagem de urina clara. Já em fase pós-ROSC, documentou-se hipotensão (94/55 mmHg), iniciando-se fluidoterapia com lactato de Ringer; a glicemia capilar era de 218 mg/dL e a temperatura corporal de 36 °C.

TRANSFERÊNCIA E INTERVENÇÃO EM CENTRO DE REFERÊNCIA

Dada a indicação para estratégia de reperfusão urgente, foi ativada a Viatura Médica de Emergência e Reanimação. O doente foi intubado e transportado, hemodinamicamente assistido, para centro hospitalar com laboratório de hemodinâmica, para cateterismo cardíaco urgente.

O ecocardiograma evidenciou disfunção sistólica ventricular esquerda de grau moderado a grave, com hipocinésia das paredes inferior, posterior e lateral, sem derrame pericárdico. A coronariografia, realizada por via radial direita, revelou dominância direita e doença coronária de um vaso, com oclusão a 100% da coronária descendente posterior, presença de trombo e fluxo TIMI 0.

Procedeu-se a angioplastia primária da coronária descendente posterior, precedida de aspiração de trombos e pré-dilatação com balão, com implantação de um stent farmacológico e revascularização completa do vaso responsável. Durante o procedimento ocorreu um episódio de fibrilhação auricular. O procedimento decorreu com sucesso, sem complicações clínicas ou angiográficas. O diagnóstico final foi de enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento ST (STEMI) de localização inferior (coronária direita).

EVOLUÇÃO CLÍNICA E SEGUIMENTO

Após a intervenção, o doente foi internado em Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, onde permaneceu sem intercorrências. Teve alta com otimização terapêutica para prevenção secundária, incluindo proteção gástrica, dupla antiagregação plaquetária (ácido acetilsalicílico e ticagrelor), terapêutica neuro-hormonal e cardioprotetora (betabloqueante, antagonista do recetor da angiotensina e antagonista da aldosterona), inibidor do cotransportador sódio-glicose 2 e terapêutica hipolipemiante intensiva. Em consulta externa de cardiologia, o doente mantém-se sem queixas e sem intercorrências, com boa qualidade de vida e sem sequelas atribuíveis ao evento.

DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Os diagnósticos de enfermagem foram formulados segundo a taxonomia NANDA-I e articulados com os resultados esperados (NOC) e intervenções planeadas (NIC), abrangendo as fases de reanimação, pós-reanimação e preparação para transferência (Tabela 2).

Tabela 2. Diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções (NANDA-I / NOC / NIC).

Diagnóstico (NANDA-I)	Resultado esperado (NOC)	Intervenções de enfermagem (NIC)
Débito cardíaco diminuído relacionado com PCR, evidenciado por ausência de pulso e apneia.	Recuperação da circulação espontânea. Indicadores: pulso central presente, TA mensurável, SpO ₂ ≥ 94%.	Reanimação cardiopulmonar (6200): compressões de qualidade. Desfibrilhação (6240) conforme algoritmo ERC. Monitorização cardíaca contínua (4090).
Troca gasosa prejudicada relacionada com apneia e PCR, evidenciada por ausência de respiração espontânea.	Ventilação eficaz restaurada. Indicadores: SpO ₂ ≥ 94%; ventilação adequada durante a RCP.	Gestão da via aérea (3140): ventilação com insuflador manual e O ₂ , ciclos 30:2. Apoio à intubação (3120) e oxigenoterapia (3320).
Perfusão tecidual cerebral ineficaz relacionada com PCR, evidenciada por inconsciência.	Recuperação neurológica progressiva pós-ROSC; ausência de novas lesões.	Monitorização neurológica (2620): avaliação da GCS e reatividade pupilar. Controlo de temperatura (3900). Posicionamento adequado pós-ROSC (0840).
Risco de perfusão tecidual cardíaca ineficaz relacionado com oclusão coronária (EAM).	Reperfusão miocárdica atempada; estabilidade hemodinâmica.	Cuidados cardíacos: fase aguda (4044). Administração de terapêutica (2300): antiagregação e anticoagulação. Preparação

Diagnóstico (NANDA-I)	Resultado esperado (NOC)	Intervenções de enfermagem (NIC)
		para reperfusão e transporte inter-hospitalar (7890).
Risco de débito cardíaco diminuído relacionado com instabilidade hemodinâmica pós-reanimação.	Normotensão mantida (TAS $\geq$ 90 mmHg); débito urinário adequado.	Monitorização de sinais vitais (6680). Gestão da fluidoterapia (4120): lactato de Ringer. Algaliação e monitorização do débito urinário (0580).
Risco de infeção relacionado com procedimentos invasivos em contexto de emergência.	Ausência de sinais de infeção; acessos sem sinais inflamatórios.	Controlo de infeção (6540): técnica assética. Vigilância (6650) dos acessos vasculares e da algália.
Ansiedade/medo da família relacionados com situação de ameaça à vida.	Redução da ansiedade familiar; família informada e compreende a situação.	Suporte emocional (5270). Comunicação com a família (7170): informação clara e progressiva. Encaminhamento (7400) se necessário.

Fonte: Elaboração própria com base em Herdman et al. (2024), Moorhead et al. (2024) e Wagner et al. (2024).

DISCUSSÃO

Este caso ilustra de forma paradigmática a emergência tempo-dependente que constitui a PCR em ritmo desfibrilhável. A reversão obtida após o segundo choque, com manobras de RCP de qualidade intercaladas e minimização das pausas pré-choque, evidencia o impacto direto da desfibrilhação precoce na sobrevivência, em linha com as recomendações do *European Resuscitation Council* (Perkins et al., 2021; Soar et al., 2021, 2025).

O papel do enfermeiro em contexto de SUB assume particular relevância, dado ser frequentemente o primeiro a identificar a PCR, a iniciar as manobras e a coordenar a

equipa. A literatura destaca que a competência técnica e o treino regular em SAV são preditores independentes da qualidade das manobras e dos resultados clínicos (Soar et al., 2021).

A hipotensão registada após a recuperação da circulação é compatível com disfunção miocárdica pós-reanimação, integrada no síndrome pós-paragem cardíaca, podendo ainda concorrer hipovolemia relativa e o efeito de fármacos administrados, o que justificou a expansão com cristaloides e a monitorização do débito urinário. A administração de antiagregação e anticoagulação e a articulação para reperfusão urgente foram adequadas ao diagnóstico de síndrome coronária aguda, tendo a angioplastia primária permitido a revascularização do vaso responsável.

A utilização da taxonomia NANDA-I, articulada com NOC e NIC, permitiu estruturar o raciocínio clínico de enfermagem de forma sistematizada e orientada por resultados mensuráveis. A Teoria das Transições de Meleis sustentou uma abordagem holística, valorizando o suporte à família e a continuidade dos cuidados na transição entre serviços, dimensão frequentemente secundarizada em contextos de emergência (Meleis, 2010).

A transferência inter-hospitalar, com comunicação estruturada e preparação cuidada do transporte, garantiu a segurança do doente na transição entre níveis de cuidados, em consonância com as recomendações nacionais sobre comunicação na transição de cuidados (Direção-Geral da Saúde, 2017). Como limitação, salienta-se que o relato assenta em registos retrospectivos, com algumas variáveis temporais aproximadas, o que pode condicionar a precisão de alguns dados.

CONCLUSÃO

O presente relato demonstra que a resposta imediata, sistematizada e tecnicamente competente da enfermagem em contexto de PCR num Serviço de Urgência Básico é determinante para a sobrevivência do doente. A aplicação rigorosa do algoritmo de SAV, a desfibrilhação atempada e a estabilização pós-reanimação constituíram os pilares do sucesso clínico, culminando na revascularização por angioplastia primária e numa recuperação sem sequelas.

A mobilização de um referencial teórico de enfermagem a Teoria das Transições de Meleis e de uma linguagem classificada (NANDA-I/NOC/NIC) evidencia que a integração de cuidados em urgência não se reduz à dimensão técnica, incorporando

também a gestão emocional, a comunicação e a continuidade assistencial. Os objetivos definidos foram alcançados, reforçando-se a importância da formação contínua em SAV e de protocolos de atuação claros nos serviços de urgência básicos. Como perspetiva futura, sugere-se o desenvolvimento de auditorias e simulações periódicas que consolidem o desempenho das equipas em situações de PCR.

PERSPECTIVA DO DOENTE

Para o doente, o evento central permanece inacessível à memória. Recorda a dor pré-cordial que sentiu enquanto conduzia e a chegada à urgência, mas o colapso ocorreu durante a transferência para a maca, e a reanimação, a desfibrilhação e o transporte para o centro de hemodinâmica chegaram-lhe apenas através do relato posterior da equipa e da família. Esta ausência de vivência consciente do momento mais crítico é uma característica das transições situacionais súbitas descritas por Meleis: a pessoa é confrontada com a rutura depois de esta já ter ocorrido, sem a ter podido antecipar.

O confronto retrospectivo assume contornos particulares num homem de 48 anos que se considerava saudável. O único antecedente conhecido era doença celíaca, sem relação com o evento; não havia história cardíaca prévia, sintomas de aviso ou medicação habitual. A consciencialização de ter sofrido uma morte súbita revertida costuma traduzir-se em sentimentos ambivalentes alívio pela sobrevivência, mas também apreensão quanto à recorrência e uma atenção acrescida às sensações corporais. Trata-se de respostas esperáveis no processo de ajustamento de quem sobrevive a uma paragem cardíaca, e não de manifestações patológicas.

A transição prolonga-se para além da alta hospitalar. Uma pessoa previamente autónoma e sem terapêutica passa a doente cardíaco em prevenção secundária, com um regime prolongado que inclui dupla antiagregação plaquetária, betabloqueante, estatina e seguimento em consulta de cardiologia. A adesão a este regime, sobretudo na ausência de sintomas, constitui um desafio relevante. A qualidade da transição depende de condições facilitadoras informação clara, suporte familiar e a compreensão do que sucedeu e pode ser comprometida quando essas condições faltam ou quando o impacto emocional do evento não é reconhecido pela equipa.

Importa ressaltar que esta perspetiva é, em parte, inferida, uma vez que o relato é retrospectivo e assenta em registos clínicos, e não numa entrevista ao doente. Ainda assim, a sua inclusão reforça a dimensão holística dos cuidados: a reanimação não se

conclui com o retorno da circulação espontânea, mas com o regresso da pessoa a uma vida que se alterou de forma abrupta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (Norma n.º 001/2017). Direção-Geral da Saúde;
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2024). Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e classificação 2024-2026 (13.^a ed.). Artmed;
- Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. Springer;
- Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (Eds.). (2024). Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes (7.^a ed.). Elsevier;
- Perkins, G. D., Gräsner, J.-T., Semeraro, F., Olasveengen, T., Soar, J., Lott, C., & Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation*, 161, 1–60.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>;
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., & Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 161, 115–151.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>;
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Granfeldt, A., & Nolan, J. P. (2025). European Resuscitation Council Guidelines 2025: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 215, 110769.
<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110769>;
- Wagner, C. M., Butcher, H. K., & Clarke, M. F. (Eds.). (2024). Nursing interventions classification (NIC) (8.^a ed.). Elsevier.

ABORDAGEM À VÍTIMA DE ACIDENTE DE VIAÇÃO COM TRAUMA DO MACIÇO FACIAL

Beatriz Cruz¹, Catarina Cabo¹, Maria Lopes¹, Patricia Azedo¹, Sara Patola¹

¹Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Departamento de Enfermagem, Pós-graduação em Cuidados de Saúde de Emergência e Urgência 2025/2026

Abstract

Introdução: Os acidentes de viação constituem uma das principais causas de trauma grave, frequentemente associados a lesões múltiplas e compromisso da via aérea, particularmente em casos de trauma facial. A abordagem rápida e estruturada ao doente politraumatizado é essencial para garantir a sobrevivência e prevenir complicações.

Objetivo: Descrever a abordagem e evolução de um doente com trauma do maciço facial após acidente de viação, bem como refletir sobre o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados ao doente crítico, nomeadamente na gestão da via aérea e ventilação mecânica.

Método: Apresentação descritiva de um caso clínico observado em contexto de serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos. Foram considerados os dados da admissão, intervenções realizadas e evolução clínica do doente.

Resultados: O doente deu entrada com alteração do estado de consciência, dificuldade respiratória e trauma facial com hemorragia ativa. Foi submetido a entubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva, controlo de hemorragias e monitorização contínua. Após estabilização inicial, foi transferido para a unidade de cuidados intensivos, com evolução favorável. Contudo, verificaram-se dificuldades no processo de extubação, mantendo-se sob vigilância e aguardando avaliação por cirurgia maxilofacial.

Conclusão: Este caso evidenciou a importância da abordagem sistematizada ao doente traumatizado, bem como da gestão eficaz da via aérea difícil e do suporte ventilatório.

Contribuiu ainda para o desenvolvimento de competências na monitorização do doente crítico e destacou o papel essencial da equipa multidisciplinar na tomada de decisão rápida e eficaz em contexto de emergência.

INTRODUÇÃO

As lesões traumáticas continuam a representar um problema maior de saúde pública a nível global, sendo responsáveis por milhões de mortes todos os anos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os acidentes de viação são responsáveis por cerca de 1,19 milhões de mortes anuais, mantendo-se como a principal causa de morte por trauma, particularmente em populações mais jovens (WHO, 2023).

A mortalidade associada ao trauma resulta maioritariamente de hemorragias não controladas e lesões cerebrais graves, sendo a hemorragia a principal causa de morte potencialmente evitável, sobretudo na fase pré-hospitalar. Neste contexto, o trauma facial assume particular relevância, uma vez que pode variar desde lesões ligeiras até situações críticas, associadas a comprometimento da via aérea, hemorragia significativa e risco de aspiração, decorrentes da elevada vascularização e da alteração anatómica das estruturas envolvidas (*American College of Surgeons Committee on Trauma* et al., 2023).

A abordagem à via aérea no doente traumatizado constitui um dos maiores desafios, sobretudo em ambiente pré-hospitalar. De acordo com as recomendações do *International Trauma Life Support* (ITLS), a prioridade inicial centra-se na garantia de uma via aérea patente, oxigenação adequada e ventilação eficaz, sendo essencial reconhecer precocemente sinais de falência da via aérea ou de deterioração clínica. O trauma facial pode dificultar significativamente esta abordagem, devido à presença de sangue, edema ou alterações estruturais que comprometem a visualização e a intubação, aumentando o risco de falhas e complicações (ITLS, 2019).

Os princípios do ITLS e *Pre-Hospital Trauma Life Support* (PHTLS) reforçam ainda a importância de uma abordagem sistematizada, baseada na avaliação primária (ABCDE), com priorização da identificação e correção imediata de condições potencialmente fatais, nomeadamente obstrução da via aérea e hemorragia externa massiva. A evidência atual demonstra que o controlo precoce da hemorragia, através de pressão direta, tamponamento (packing) ou uso de torniquetes quando indicado, reduz significativamente a mortalidade (*American College of Surgeons Committee on Trauma* et al., 2023).

Adicionalmente, estas guidelines destacam o conceito de “*platinum ten minutes*”, enfatizando a necessidade de limitar o tempo no local e privilegiar um transporte rápido e seguro para um centro de trauma, uma vez que o tempo até ao tratamento definitivo é determinante no prognóstico do doente traumatizado. Assim, todas as intervenções no pré-hospitalar devem ser direcionadas para a estabilização inicial e não devem atrasar o encaminhamento para cuidados diferenciados (*American College of Surgeons Committee on Trauma* et al., 2023).

Deste modo, a abordagem ao doente com trauma, particularmente com envolvimento facial e compromisso da via aérea, exige competências técnicas diferenciadas, capacidade de decisão rápida e atuação coordenada de uma equipa multidisciplinar, sendo determinante para a melhoria dos resultados clínicos.

REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

No contexto da urgência e emergência, o modelo de Virginia Henderson permite identificar que a intervenção de enfermagem deve centrar-se prioritariamente nas necessidades de respirar, manter a segurança e garantir o conforto, uma vez que estas são essenciais à sobrevivência do doente (Henderson, 1966). Nestas situações, o enfermeiro assume sobretudo um papel de substituição, assegurando a manutenção das funções vitais, a estabilização clínica e a prevenção de complicações. À medida que o estado clínico melhora, os cuidados passam a focar-se na promoção da autonomia e da recuperação funcional da pessoa (Henderson & Nite, 1978).

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Utente do sexo masculino, 88 anos de idade, de nacionalidade portuguesa, admitido no serviço de urgência na sequência de acidente de viação de elevada cinética, caracterizado por capotamento do veículo, sendo o condutor. Este tipo de mecanismo de lesão encontra-se associado a alto risco de politrauma, nomeadamente lesões cranioencefálicas, cervicais e do maciço facial, bem como o compromisso da via aérea e hemorragia significativa.

HISTÓRIA CLÍNICA E AVALIAÇÃO INICIAL

Utente do sexo masculino, 88 anos, admitido no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico na sequência de acidente de viação. Tratava-se do único ocupante de um veículo ligeiro que sofreu despiste seguido de capotamento, configurando um mecanismo

de trauma de elevada energia. A cinemática do acidente não foi totalmente esclarecida, tendo o doente sido encontrado fora da viatura à chegada dos meios de socorro, circunstância sugestiva de possível ejeção e associada a maior risco de lesão grave. Este tipo de mecanismo de lesão encontra-se associado a elevado risco de politrauma, nomeadamente lesões cranioencefálicas, cervicais e do maciço facial, bem como compromisso da via aérea e hemorragia significativa.

No local, a avaliação inicial foi realizada por equipa de Suporte Imediato de Vida (SIV), evidenciando ruído respiratório tipo gorgolejo, compatível com presença de conteúdo hemático ou secreções na via aérea, traduzindo compromisso da sua permeabilidade. Apresentava um score de 13 na Escala de Coma de Glasgow (ECG), indicativo de alteração ligeira do estado de consciência, e sinais evidentes de impacto traumático na região maxilar superior direita, sugerindo lesão do maciço facial.

Durante o transporte para a unidade hospitalar, verificou-se deterioração progressiva do estado respiratório, com dessaturação gradual e agravamento do padrão ventilatório, tendo sido instituída oxigenoterapia suplementar. Este agravamento sugere evolução dinâmica da lesão, possivelmente associada ao aumento de hemorragia na via aérea, ao edema ou ao comprometimento neurológico.

Relativamente aos antecedentes pessoais, o doente apresentava fibrilhação auricular, doença cerebrovascular e hipertensão arterial, encontrando-se sob terapêutica com felodipina + ramipril (2,5/2,5 mg), atorvastatina (20 mg) e ácido acetilsalicílico (100 mg). A terapêutica antiagregante assume particular relevância clínica, pelo aumento do risco de hemorragia no contexto de trauma.

À admissão no Serviço de Urgência, foi realizada avaliação primária segundo o protocolo ABCDE, tendo sido identificadas as seguintes alterações:

- **A (Airway – Via Aérea):** via aérea não patente, com presença abundante de sangue na cavidade oral, constituindo risco iminente de aspiração e obstrução. Foi necessária a intervenção imediata com colocação de dispositivo orofaríngeo para manutenção temporária da permeabilidade.
- **B (Breathing – Ventilação):** compromisso respiratório significativo, evidenciado por SpO₂ de 84% em ar ambiente, tendo sido iniciada oxigenoterapia com máscara de alto débito a 15 L/min.
- **C (Circulation – Circulação):** presença de taquicardia (≈135 bpm), podendo refletir resposta compensatória à hipoxemia, dor ou possível hipovolémia associada a hemorragia.

- **D (Disability – Estado Neurológico):** agravamento do estado neurológico, com redução do nível de consciência para ECG de 7, indicando lesão neurológica moderada a grave e necessidade de proteção da via aérea.
- **E (Exposure – Exposição):** evidência de trauma extenso da região maxilofacial, nasal e infra-nasal, com deformidade e provável compromisso estrutural, associado a hemorragia ativa.

EXAME FÍSICO E DADOS CLÍNICOS

Os achados imagiológicos e laboratoriais confirmam um quadro de politrauma com predomínio de lesão maxilofacial grave, responsável pelo compromisso da via aérea e insuficiência respiratória. Apesar da ausência de lesões intracranianas agudas e de hemorragia ativa significativa, o doente apresenta elevado risco clínico, decorrente da idade avançada, antecedentes pessoais e da gravidade do trauma.

LINHA TEMPORAL DO CASO (TIMELINE)

Horas	Evento	Detalhes
	Acidente de viação	Despiste de carro com capotamento. Único ocupante do veículo.
No local do acidente	Avaliação pela SIV	Encontrado fora do veículo. score ECG: 13 Trauma facial à direita.
Durante o transporte	Analgesia e sedação	Administrados morfina e midazolam.
	Deterioração respiratória	Dessaturação progressiva e compromisso ventilatório. Necessidade de administrar O2 a 15 l/min por máscara de alto débito.

		Administração de flumazenil.
18h33	Triagem	Respiração ineficaz. Encaminhado para a Sala de Emergência.
18h42	Avaliação inicial	A: Compromisso ventilatório; B: Sangue na orofaringe e árvore brônquica, com necessidade de aspiração; C: TA 120/66 mmHg; FC 135 bpm; D: Deterioração do estado de consciência para score de ECG de 7; E: Trauma maxilo-facial grave.
	Entubação orotraqueal	Necessidade de ventilação mecânica invasiva, com recurso a Ketamina, Propofol, Fentanilo e Rocurónio.
18h50	Exames imagiológicos e colheita de sangue para análise e gasimetria arterial	
19h50	Avaliação pela ortopedia	Necessidade de avaliação pelo CRI Coluna do Hospital de São José
20h	Cateter Venoso Central (CVC)	Necessidade de colocação de cateter venoso central
22h00	Transferência intra-hospitalar	Transferência para o Serviço de Medicina Intensiva (SMI)
15/04/2026		

		Administração de flumazenil.
	Traqueostomia	Realização de traqueostomia por entubação prolongada e falha na extubação
22/04/2026		
	Transferência intra-hospitalar	Transferência para o Serviço de Cirurgia Geral

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Após a realização de exames de imagem, avaliação analítica e exame físico detalhado, confirmou-se a presença de fratura cominutiva do maciço facial, compatível com padrão Le Fort tipo II bilateral, associada a extenso hemossinus e a hematoma subperiosteal inferior na órbita direita. Estes achados enquadram-se no mecanismo de trauma de elevada energia e explicam o compromisso da via aérea e o quadro de insuficiência respiratória previamente identificados.

Foi ainda identificado um pequeno hematoma pré-vertebral dorsal superior, sem evidência de hemorragia ativa, sugerindo uma lesão estável, embora com necessidade de vigilância clínica contínua.

Ao nível pulmonar, observaram-se opacidades centrolobulares nos lobos inferiores e no segmento Posterior do lobo superior direito, dados sugestivos de pneumonia por aspiração ou infecção respiratória com disseminação endobrônquica, em concordância com a presença de secreções hemáticas na via aérea e o compromisso ventilatório observado desde o contexto pré-hospitalar.

A TAC da coluna dorsal revelou uma fratura recente do corpo vertebral de D3, com envolvimento da plataforma superior, configurando uma lesão com potencial impacto na estabilidade da coluna, motivo pelo qual foi solicitada avaliação pela especialidade de Ortopedia.

Relativamente à abordagem terapêutica, foi solicitada avaliação por Cirurgia Maxilofacial, tendo sido indicada a transferência do doente para um Hospital de Lisboa após estabilização clínica, uma vez que, apesar da gravidade estrutural das lesões, não apresentavam ameaça imediata à vida.

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS E DE ENFERMAGEM

Tendo por base o modelo teórico de Virginia Henderson, foram identificadas as necessidades fundamentais mais comprometidas do doente, com especial enfoque nas necessidades vitais. A organização dos cuidados foi estruturada segundo a classificação NANDA–NIC–NOC, permitindo uma abordagem sistematizada e orientada para resultados. Neste caso clínico, as intervenções de enfermagem centraram-se prioritariamente na respiração, circulação e segurança, evidenciando o papel do enfermeiro na substituição das funções comprometidas, com vista à estabilização do doente, prevenção de complicações e promoção da recuperação (Henderson, 1966; Henderson & Nite, 1978).

NECESSIDADES EMERGENTES - VIRGÍNIA HENDERSON (Henderson & Nite, 1978, **NANDA-I** (Herdman & Kamitsuru, 2021) – **NIC** (Wagner, et al, 2024)–**NOC** (Moorhead, et. Al, 2024)

Necessidade	Diagnóstico (NANDA-I)	Intervenções (NIC)	Resultados (NOC)
Respirar Normalmente	Troca gasosa prejudicada (00030); Via aérea ineficaz (00031); Risco de aspiração (00039)	Gestão da via aérea (3140); Ventilação mecânica (3300); Aspiração das vias aéreas (3160); Monitorização respiratória (3350)	Estado respiratório: troca gasosa (0402); Estado respiratório: ventilação (0403); Permeabilidade da via aérea (0410)
Segurança / evitar perigos	Risco de hemorragia (00206); Risco de infeção (00004); Trauma (00213)	Controlo da hemorragia (4010); Monitorização sinais vitais (6680); Prevenção de infeção (6550); Cuidados com feridas (3660)	Estado circulatório (0401); Controlo do risco (1902); Deteção de infeção (0703)

Necessidade	Diagnóstico (NANDA-I)	Intervenções (NIC)	Resultados (NOC)
Perfusão / Circulação	Perfusão tissular ineficaz (00204); Risco de choque (00205)	Monitorização hemodinâmica (4160); Gestão de fluidos (4120); Terapia IV (4200)	Perfusão tissular (0408); Estado hemodinâmico (0401)
Estado Neurológico	Confusão aguda (00128); Risco de perfusão cerebral ineficaz (00201)	Monitorização neurológica (2620); Controlo da sedação (2260); Avaliação da consciência (2680)	Estado neurológico: consciência (0912); Função cognitiva (0900)
Conforto / dor	Dor aguda (00132)	Administração de analgésicos (2210); Monitorização da dor (1400); Posicionamento (0840)	Nível de dor (2102); Conforto (2000)

EVOLUÇÃO CLÍNICA E RESULTADOS

O utente foi transferido do SU para o SMI estabilizado, no entanto durante o seu internamento ocorreram intercorrências que foram resolvidas, tendo por esse motivo sido transferido para o Serviço de Cirurgia Geral, no qual se tem mantido estável e com evolução positiva.

DISCUSSÃO

O trauma do maciço facial, frequentemente associado a mecanismos de elevada cinética, representa uma condição com elevado risco de compromisso da via aérea e complicações sistémicas. O mecanismo de trauma e os achados clínicos confirmam a necessidade de uma abordagem imediata e estruturada, de acordo com os princípios do algoritmo ABCDE preconizados pelo *International Trauma Life Support* (ITLS, 2019).

A atuação da equipa foi adequada às prioridades vitais, destacando-se a gestão da via aérea, comprometida por hemorragia, edema e diminuição do nível de consciência. A literatura evidencia que o trauma facial está frequentemente associado a risco de obstrução da via aérea e dificuldade na sua gestão (Kumpf, Saadi, & Lighthall, 2020).

Neste caso, a intervenção precoce, com aspiração de secreções e entubação orotraqueal, revelou-se determinante para garantir ventilação eficaz e prevenir o agravamento da hipoxemia, corroborada pelos dados gasométricos.

A monitorização contínua e o controlo das funções respiratória, hemodinâmica e neurológica permitiram uma resposta dirigida às ameaças imediatas à vida, evidenciando o papel central da enfermagem na deteção precoce da deterioração clínica. A evidência científica demonstra que a hemorragia e a hipoxemia constituem causas maior de mortalidade evitável no trauma, reforçando a importância da sua correção precoce (*American College of Surgeons Committee on Trauma et al., 2023*).

Este caso reforça a importância de competências avançadas na abordagem ao trauma, da aplicação sistematizada de protocolos e da articulação multidisciplinar. Apesar da eficácia da intervenção, evidenciaram-se desafios relevantes, nomeadamente a gestão de uma via aérea difícil e a complexidade clínica inerente ao trauma facial grave.

CONCLUSÃO

O presente RELATO DE CASO evidencia a complexidade do trauma do maxilo-facial e a sua associação a elevado risco de compromisso da via aérea e instabilidade clínica. A aplicação sistematizada do algoritmo ABCDE, de acordo com as recomendações do ITLS, revelou-se determinante para a identificação precoce de ameaças à vida e implementação de intervenções prioritárias.

À luz do modelo de Virgínia Henderson, destaca-se que as necessidades fundamentais de manutenção da vida, particularmente respirar normalmente, manter a segurança e evitar perigos, se encontravam gravemente comprometidas, exigindo uma intervenção imediata e uma substituição total das funções vitais por parte da equipa de cuidados. A atuação de enfermagem, centrada na gestão da via aérea, monitorização contínua e prevenção de complicações, foi essencial para garantir a estabilidade clínica do doente.

Este caso reforça a importância de uma prática de enfermagem baseada na evidência, sustentada por modelos teóricos que permitem estruturar o cuidado de forma sistemática e centrada na pessoa. Evidencia ainda a necessidade de competências técnico-científicas avançadas, capacidade de resposta rápida e articulação multidisciplinar eficaz, fundamentais na abordagem ao doente politraumatizado em contexto de urgência e emergência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Surgeons Committee on Trauma, American College of Emergency Physicians, & National Association of EMS Physicians. (2023). *Prehospital hemorrhage control and treatment: Joint position statement*. **Annals of Emergency Medicine**. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2023.02.004>;
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education*. Macmillan;
- Henderson, V., & Nite, G. (1978). *Principles and practice of nursing* (6th ed.). Macmillan;
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2021). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification, 2021–2023* (12th ed.). Thieme;
- International Trauma Life Support. (2019). *ITLS airway management algorithm for trauma patients*. ITLS. Disponível em: <https://www.itrauma.org/wp-content/uploads/2019/09/Current-Thinking-Airway-Algorithm-for-Trauma-FINAL-Sept-2019.pdf>;
- Kumpf, D., Saadi, R., & Lighthall, J. G. (2020). The difficult airway in severe facial trauma. *Operative Techniques in Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 31(2), 175–182. <https://doi.org/10.1016/j.otot.2020.03.005>;
- Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (Eds.). (2024). *Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes* (7.^a ed.). Elsevier;
- Wagner, C. M., Butcher, H. K., & Clarke, M. F. (Eds.). (2024). *Nursing interventions classification (NIC)* (8.^a ed.). Elsevier
- World Health Organization. (2023). *Global status report on road safety 2023*. World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/global-status-report-on-road-safety-2023>.

ANAFILAXIA GRAVE SECUNDÁRIA A PICADA DE ABELHA: RELATO DE CASO

Ana Marques¹, Ana Figueira¹, Carolina Entradas¹, Fábio Silvestre¹, João Costa¹, Maria do Céu Monge¹

¹Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Departamento de Enfermagem, Pós-Graduação em Cuidados de Saúde de Emergência e Urgência 2025/2026

Abstract

Introdução: A anafilaxia constitui uma reação alérgica sistémica grave, de início súbito e potencialmente fatal, exigindo reconhecimento e intervenção imediata. A atuação estruturada e multidisciplinar é essencial para prevenir complicações e garantir a segurança do doente.

Objetivo: Descrever a intervenção de enfermagem e a abordagem clínica a um doente com choque anafilático secundário a picada de abelha, desde o atendimento inicial até à estabilização em cuidados diferenciados.

Método: RELATO DE CASO baseado na observação clínica, com abordagem estruturada segundo o método ABCDE e suporte na taxonomia NANDA-I para a identificação de diagnósticos de enfermagem. A análise é enquadrada no Modelo de Virginia Henderson.

Resultados: À admissão, o doente apresentava urticária generalizada, prurido, dispneia e taquipneia, evoluindo para compromisso da via aérea superior e deterioração do estado de consciência. Foi administrada adrenalina intramuscular, instituída oxigenoterapia de alto débito e terapêutica adjuvante com corticosteróides e anti-histamínicos. Perante agravamento clínico, procedeu-se à intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva, com isolamento da via aérea realizado em dois minutos após deterioração. Após internamento em Medicina Intensiva, verificou-se evolução favorável, com extubação ao terceiro dia e alta ao nono dia, sem sequelas.

Conclusão: O caso evidencia a importância do reconhecimento precoce da anafilaxia grave e da atuação rápida e estruturada. Destaca-se o papel central da enfermagem na vigilância contínua, na priorização das necessidades vitais e na gestão eficaz de situações críticas, contribuindo decisivamente para a recuperação do doente.

Palavras-chave: Anafilaxia; Case Report; Emergência; Cuidados de Enfermagem; Integração de Cuidados.

INTRODUÇÃO

As abelhas fazem parte da família dos himenópteros, uma família de insetos que possui uma capacidade de produzir veneno com diferentes componentes alergénicos. No caso específico das abelhas, este veneno pode ser inoculado no ser humano através de um ferrão, constituindo uma causa frequente de anafilaxia (Lomeu, 2024). As picadas de abelha são responsáveis por aproximadamente 14% das reações anafiláticas e são o segundo fator desencadeante mais comum, depois das alergias alimentares. A resposta do organismo ao veneno de abelha pode variar de reações alérgicas à toxicidade sistémica, com uma taxa de mortalidade de 15 a 25% em pessoas alérgicas que sofrem muitas picadas. Os sobreviventes podem desenvolver complicações como lesão renal aguda, hipertensão, anemia, rabdomiólise, lesão hepática, enfarte do miocárdio e dificuldades respiratórias, dependendo do número de picadas (Kilipamwambu *et al.*, 2026).

A anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade sistémica, potencialmente fatal, caracterizada por início súbito e rápida progressão, podendo envolver compromisso cutâneo, respiratório e cardiovascular. A rápida progressão dos sintomas, que podem evoluir de manifestações cutâneas para comprometimento respiratório e cardiovascular, torna este quadro clínico um desafio crítico para equipas de emergência pré-hospitalar e hospitalar (Stevens *et al.*, 2023). Constitui uma emergência médica potencialmente fatal, que exige reconhecimento imediato e intervenção precoce em contexto de urgência, tornando-se necessária a implementação de um amplo planeamento estratégico e medidas diagnósticas e terapêuticas adequadas para pessoas com reações anafiláticas causadas por picadas de abelha, sendo este tema relevante para a integração de cuidados de saúde (Bermanian *et al.*, 2019).

A evidência científica atual e as recomendações internacionais da *World Allergy Organization* e do *European Resuscitation Council*, reforçam a adrenalina intramuscular (IM) como tratamento de primeira linha na anafilaxia, bem como a monitorização rigorosa

dos sinais vitais e a necessidade de referenciação para seguimento especializado após o episódio agudo. Persistem, contudo, desafios clínicos relevantes, nomeadamente atrasos no reconhecimento da anafilaxia, subvalorização da gravidade inicial e lacunas na educação do doente para prevenção de recorrências e autogestão, o que reforça o papel central da enfermagem na vigilância, ensino e continuidade dos cuidados (Cardona et al., 2020; Perkins et al., 2021).

A escolha deste caso clínico justifica-se pela sua complexidade, singularidade e potencial gravidade, evidenciando a necessidade de tomada de decisão rápida perante uma deterioração clínica súbita após picada de inseto, com eventual necessidade de intervenção urgente e transferência inter-hospitalar. Adicionalmente, o caso apresenta interesse académico por ilustrar a importância do reconhecimento e avaliação precoces da anafilaxia, da importância da administração adequada de adrenalina e da gestão de potenciais complicações, permitindo discutir aspetos práticos frequentemente subestimados, sobretudo em contextos de recursos limitados.

REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

De acordo com Henderson (1966), a função específica do enfermeiro consiste em ajudar o indivíduo, doente ou saudável, a realizar atividades que contribuem para a saúde, recuperação ou morte tranquila, e que realizaria sem ajuda caso tivesse força, vontade ou conhecimento suficientes. Esta perspetiva fundamenta a intervenção de enfermagem em contexto de urgência, onde o profissional assume temporariamente funções que o doente não consegue desempenhar autonomamente.

Em contexto de urgência, este modelo permite priorizar necessidades vitais, apoiar o raciocínio clínico e estruturar intervenções centradas no doente. A sua aplicação contribuiu para uma abordagem sistematizada, facilitando a integração de cuidados nas diferentes fases do atendimento (Guaman *et al.*, 2026).

Em situações de doença aguda e crítica, como a anafilaxia, o raciocínio clínico caracteriza-se pelo reconhecimento célere de padrões e pela tomada de decisão sob pressão. Segundo Ferreira e Marques (2015), no contexto de doença aguda, o enfermeiro utiliza um raciocínio hipotético-dedutivo para interpretar indicadores clínicos, como estridor, polipneia e hipotensão, implementando intervenções imediatas. No contexto de urgência, o modelo de Henderson orienta a priorização absoluta das necessidades vitais comprometidas, nomeadamente: respirar, manter circulação adequada e evitar perigos.

A aplicação desta moldura teórica sustenta a prática de enfermagem em três dimensões essenciais no decurso deste caso:

1. Substituição Temporária (Papel de Suplemento): O enfermeiro assume o controlo das funções vitais do doente quando este perde a sua autonomia e capacidade de sobrevivência, nomeadamente na manutenção da permeabilidade da via aérea e no suporte ventilatório e hemodinâmico.
2. Monitorização e Vigilância Proativa: Na doença aguda, o raciocínio clínico exige uma vigilância contínua para detetar desvios mínimos nos sinais vitais (Ruivo et al., 2026). Este olhar clínico permite antecipar complicações, garantindo que a intervenção (como a administração de adrenalina) ocorra antes da falência multissistémica.
3. Capacitação para a Autonomia: Após a estabilização da fase crítica, o modelo foca-se na necessidade de aprender. O enfermeiro assume o papel de agente educativo, preparando o doente para a autogestão do risco, reconhecimento de novos sinais de alerta e utilização correta de terapêutica de emergência, nomeadamente auto-injetores de adrenalina.

Esta abordagem sistematizada, centrada no doente, facilita a integração de cuidados entre os diferentes assistenciais, garantindo que a resposta de enfermagem seja simultaneamente técnica, científica e humanizada.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

CARACTERIZAÇÃO DO DOENTE

Doente do sexo masculino, com 42 anos de idade, residente na comunidade de Castro Verde e profissionalmente ativo. Admitido no Serviço de Urgência Básico (SUB) de Castro Verde, transportado em veículo próprio, acompanhado por um amigo, por quadro de reação anafilática secundária a picada de abelha na região periocular esquerda, com cerca de 30 minutos de evolução. À admissão, apresentava sinais de dificuldade respiratória, mantendo as mãos junto ao pescoço.

HISTÓRIA CLÍNICA E AVALIAÇÃO INICIAL

Na admissão ao serviço, o doente apresentava dispneia marcada, encontrando-se polipneico e com urticária generalizada, associada a prurido intenso. Como antecedente pessoal relevante, destaca-se alergia conhecida a picada de abelha, previamente documentada. Negava alergias medicamentosas conhecidas e não

apresentava medicação habitual. Foi realizada avaliação inicial segundo a abordagem sistematizada ABCDE (**Tabela 1**):

Tabela 1. Avaliação ABCDE inicial.

A (Via Aérea)	Via aérea parcialmente permeável, embora com alguns ruídos respiratórios audíveis sugestivos de compromisso da via aérea superior;
B (Respiração)	Taquipneico (frequência respiratória de 34 ciclos/min), com diminuição do murmúrio vesicular; saturação periférica de oxigénio (SpO ₂) de 99%, sob oxigenoterapia a 15 L/min por máscara de alto débito;
C (Circulação)	Pressão arterial de 140/90mmHg, Frequência cardíaca de 134 bpm, pele quente e rosada, tempo de preenchimento capilar de 3 segundos;
D (Estado Neurológico)	Escala de Coma de Glasgow com pontuação de 15, pupilas isocóricas e fotorreativas;
E (Exposição)	Apirético. Com urticária generalizada e prurido, sem outras lesões cutâneas relevantes.

EXAME FÍSICO E DADOS CLÍNICOS

Ao exame físico inicial, no SUB, o doente apresentava sinais de dificuldade respiratória, com compromisso da via aérea superior, encontrando-se polipneico. Observava-se urticária generalizada, com prurido associado, sem outras lesões cutâneas relevantes. Do ponto de vista hemodinâmico, mantinha-se inicialmente estável, apesar de taquicárdico.

Durante a permanência no SUB, observou-se agravamento progressivo do quadro clínico, caracterizado por exacerbação da dispneia e progressão do edema de via aérea superior, determinando administração repetida de adrenalina intramuscular (0,5 mg em doses sucessivas) e ativação do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) para decisão de transferência inter-hospitalar ao Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) do Hospital de Beja.

Relativamente aos exames complementares de diagnóstico, já no hospital de destino, foi realizada gasimetria arterial sob oxigenoterapia, que evidenciou hipocapnia (pCO₂ de 24,8mmHg), hiperóxia (paO₂ de 229mmHg) e elevação dos níveis de lactato (5,8mmol/L), achados sugestivos de hipoperfusão tecidual no contexto de reação anafilática grave.

LINHA TEMPORAL DO CASO

A tabela seguinte (Tabela 2) apresenta a sequência cronológica dos principais acontecimentos clínicos relevantes deste caso, na sua fase mais aguda:

Tabela 2. Linha temporal da evolução clínica e abordagem terapêutica.

10:20	Admissão no SUB da região do Alentejo;
10:21	Avaliação inicial segundo a abordagem ABCDE;
10:21	Iniciada oxigenoterapia por máscara de alto débito a 15L/min;
10:22	Administração de 0,5 mg de adrenalina por via intramuscular;
10:25	Punção de dois acessos venosos periféricos de grande calibre; administração de 200 mg de hidrocortisona por via intravenosa, 2 mg de clemastina por via intravenosa e 25 mg de hidroxizina por via oral;
10:39	Agravamento clínico – nova administração de 0,5 mg de adrenalina IM;
10:45	Contacto com CODU;
10:54	Novo agravamento com aumento da dispneia após transferência para maca de transporte – nova administração de 0,5 mg de adrenalina IM;
10:55	Transferência inter-hospitalar para o SUMC do Baixo Alentejo, acompanhado por médico e enfermeiro - administração de 2 doses de adrenalina 0,5 mg IM;
11:38	Admissão no SUMC do Baixo Alentejo;
11:39	Reavaliação ABCDE, destacando-se uma diminuição do estado de consciência - Escala de Coma de Glasgow de 15 para 10;
11:40	Intubação orotraqueal e início de ventilação mecânica invasiva;
11:55	Transferência intra-hospitalar para o SMI;
12:00	Admissão do doente no SMI.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Diagnóstico médico: Reação anafilática grave secundária a picada de abelha, com compromisso respiratório e necessidade de ventilação mecânica invasiva.

Diagnósticos de enfermagem de acordo com NANDA-I (Herdman & Kamitsuru, 2021):

- **Risco de perfusão tecidual ineficaz (00204)** – Redução da circulação sanguínea para a periferia que pode comprometer a saúde (Herdman &

Kamitsuru, 2021): relacionado com reação anafilática grave com potencial para vasodilatação sistémica, hipoperfusão e instabilidade hemodinâmica; necessidade de administração repetida de adrenalina IM; gasimetria arterial com níveis de lactato elevado, sugerindo hipoperfusão tecidual.

- **Troca gasosa prejudicada (00030)** – Excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar (Herdman & Kamitsuru, 2021): evidenciada por dispneia progressiva, polipneia, diminuição do murmúrio vesicular, necessidade de oxigenoterapia por máscara de alto débito, agravamento clínico culminando em intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva.
- **Desobstrução ineficaz das vias aéreas (00031)** – Capacidade reduzida de limpar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter as vias aéreas desobstruídas (Herdman & Kamitsuru, 2021): edema progressivo da região periorbital e das vias aéreas superiores após picada de abelha, com agravamento clínico e necessidade de abordagem avançada da via aérea, por compromisso respiratório.
- **Padrão respiratório ineficaz (00032)** – Ventilação adequada para manter os gases arteriais sanguíneos dentro dos limites normais (Herdman & Kamitsuru, 2021): evidenciado pelo aumento da dificuldade respiratória, taquipneia marcada, utilização de oxigenoterapia de alto débito, evolução para compromisso ventilatório grave com necessidade de suporte ventilatório invasivo.
- **Risco de aspiração (00039)** – Suscetível à entrada de secreções gastrointestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos para as passagens traqueobrônquicas, que podem comprometer saúde (Herdman & Kamitsuru, 2021): relacionado com a deterioração do estado de consciência, diminuição do reflexo de proteção das vias aéreas e necessidade de intubação orotraqueal.
- **Confusão aguda (00128)** – Perturbações reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que se desenvolvem em um curto período de tempo e que duram menos de 3 meses (Herdman & Kamitsuru, 2021): diminuição do nível de consciência durante a evolução clínica, com redução da Escala de Coma de Glasgow de 15 para 10, encontrando-se confuso e desorientado à chegada do SUMC de Beja.

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS E DE ENFERMAGEM

Em contexto de emergência, foram instituídas de forma imediata medidas de suporte, incluindo administração de adrenalina por via intramuscular (10:22h, 10:39h, 10:54h), com repetição conforme a evolução clínica, oxigenoterapia de alto débito (10:21h), e terapêutica adjuvante com corticoterapia e anti-histamínicos (10:25h). Paralelamente, foi realizada uma abordagem sistematizada segundo o protocolo ABCDE, garantindo monitorização contínua dos sinais vitais.

Foi assegurada a estabilização hemodinâmica, e realizada transferência inter-hospitalar com acompanhamento diferenciado, garantindo continuidade de cuidados durante o transporte. Perante agravamento clínico, marcado por deterioração do estado de consciência e compromisso respiratório iminente, já no SU do Hospital de Beja, procedeu-se à intubação orotraqueal e início de ventilação mecânica invasiva, assegurando a proteção da via aérea e a manutenção da oxigenação adequada.

Relativamente às intervenções de enfermagem, destacaram-se a vigilância contínua da permeabilidade da via aérea, do padrão respiratório e da oxigenação, bem como a monitorização hemodinâmica e neurológica. Foi assegurada a administração terapêutica conforme prescrição médica, a manutenção de acessos venosos permeáveis e a avaliação da resposta às intervenções instituídas, nomeadamente à terapêutica com adrenalina. Foram igualmente implementadas medidas de prevenção de complicações, incluindo o risco de aspiração e o agravamento clínico, assegurando posicionamento adequado e monitorização contínua.

A articulação interdisciplinar revelou-se determinante para o desfecho clínico. A ativação do CODU permitiu otimizar a gestão do transporte e assegurar a transferência atempada para um nível de cuidados diferenciado. A articulação entre o SUB de Castro Verde e o SUMC de Beja garantiu continuidade assistencial, permitindo que o doente chegasse ao hospital de destino com suporte avançado já instituído.

Após admissão no hospital de destino, e perante a necessidade de cuidados diferenciados, foi garantida articulação eficaz com a equipa do Serviço de Medicina Intensiva (SMI), permitindo a rápida transferência do doente já estabilizado e ventilado, assegurando a continuidade de cuidados críticos fundamentais na gestão de reações anafiláticas graves.

EVOLUÇÃO CLÍNICA E RESULTADOS

O doente apresentou uma resposta inicial parcial às intervenções instituídas no SUB, com melhoria transitória após administração de adrenalina IM. Verificou-se, contudo, agravamento clínico subsequente, caracterizado por progressão do edema e da dispneia, motivando repetição da terapêutica e transferência para unidade hospitalar diferenciada. À admissão no SUMC de Beja evidenciou-se deterioração do estado de consciência e agravamento do compromisso respiratório, culminando na necessidade de intubação orotraqueal e início de ventilação mecânica invasiva. Após instituição de suporte ventilatório e terapêutica dirigida, foi possível alcançar estabilização clínica inicial, permitindo a transferência segura para o SMI.

A tabela seguinte (**Tabela 3**) sumariza a evolução cronológica dos principais eventos clínicos durante o internamento, iniciado no dia 18 no Serviço de Medicina Intensiva, com Posterior seguimento em Medicina Interna.

Tabela 3. Linha temporal da evolução clínica em internamento.

Dia 18	Admissão no SMI;
Dia 18	Colocação de cateter venoso central na região subclávia e linha arterial;
Dia 18	Início de terapêutica com corticoterapia e anti-histamínicos;
Dia 20	Extubação com início de redução progressiva de oxigenoterapia;
Dia 22	Realizada TC-Torácica, com alterações sugestivas de reação inflamatória;
Dia 23	Transferência para o serviço de Medicina Interna após alta do SMI;
Dia 26	Alta hospitalar para o domicílio.

Após admissão no Serviço de Medicina Intensiva, verificou-se evolução clínica favorável, com estabilização progressiva dos parâmetros respiratórios e hemodinâmicos. O doente foi submetido a desmame ventilatório com sucesso, sendo extubado ao terceiro dia, com subsequente redução das necessidades de oxigenoterapia. Observou-se resolução gradual do quadro clínico, sem complicações, permitindo suspensão da corticoterapia. Após atingir estabilidade hemodinâmica, autonomia ventilatória e recuperação do estado de consciência, o doente foi transferido para cuidados de menor diferenciação.

Ao dia 26, o doente teve alta hospitalar para o domicílio em boas condições clínicas, com recomendação de transportar sempre duas canetas de adrenalina para uso IM. Caso ocorra nova picada, foi dada informação no sentido da capacitação do doente

como proceder à administração imediata de adrenalina IM (uso de caneta de adrenalina), associada a terapêutica adjuvante com prednisolon 60 mg por dia durante 3 dias e bilastina 20 mg de 12 em 12 horas durante 3 dias, por indicação do Serviço de Imunoalergologia do Hospital Egas Moniz.

Os cuidados de enfermagem prestados tiveram impacto direto e mensurável na evolução clínica do doente, contribuindo para a estabilização progressiva do quadro e para a prevenção de complicações associadas à reação anafilática grave. A atuação célere e coordenada da equipa permitiu ganhos significativos ao nível da oxigenação e do padrão respiratório, assegurando a manutenção eficaz da permeabilidade da via aérea e a estabilidade hemodinâmica durante as fases críticas da evolução.

A monitorização contínua, aliada à rápida identificação de sinais de agravamento, possibilitou intervenções imediatas e adequadas, evitando a deterioração súbita do estado clínico. Destaca-se ainda a ausência de complicações associadas, nomeadamente aspiração ou infeção, evidenciando a eficácia das intervenções de enfermagem na prevenção de eventos adversos e na promoção da recuperação clínica segura e progressiva.

DISCUSSÃO

Este caso clínico preenche os critérios de anafilaxia grave segundo as diretrizes da *World Allergy Organization* de 2020 para a anafilaxia, que definem anafilaxia pela presença de envolvimento cutâneo agudo (urticária generalizada, prurido) associado a compromisso respiratório (edema laríngeo, dispneia, taquipneia) ou alteração hemodinâmica (Turner & Cardona, 2023).

A progressão para ventilação mecânica invasiva indica um quadro de elevada gravidade na reação a himenópteros. Segundo Bilò *et al.* (2019), a via aérea pode deteriorar-se rapidamente, tornando fundamental a realização de intubação precoce para garantir a permeabilidade das vias aéreas e prevenir desfechos potencialmente fatais.

A administração de múltiplas doses de adrenalina IM (0,5 mg) ao doente seguiu as recomendações do *European Resuscitation Council* (Perkins *et al.*, 2021) para o tratamento da anafilaxia, que preconizam a sua repetição a cada 5 minutos perante persistência dos sintomas. O intervalo entre administrações foi ligeiramente superior, ajustado à evolução e agravamento clínico do doente. A necessidade de repetição de doses, associada ao agravamento respiratório, justifica a necessidade de abordagem diferenciada e a transferência para uma unidade hospitalar diferenciada. A abordagem

inicial segundo o método ABCDE, aliada à monitorização contínua dos sinais vitais, permitiu a deteção precoce da deterioração clínica. Perante a diminuição da pontuação na Escala de Glasgow e o desenvolvimento de insuficiência respiratória aguda, foi tomada a decisão de proceder à intubação orotraqueal, em conformidade com os protocolos de abordagem da via aérea difícil em contexto de emergência, também descritos por Perkins *et al.* (2021).

Do ponto de vista de enfermagem, as intervenções centraram-se na monitorização contínua da via aérea, da função respiratória e do estado hemodinâmico, bem como na deteção precoce de sinais de agravamento clínico. Ren *et al.* (2022) sublinham o papel fundamental da enfermagem na identificação precoce da deterioração clínica em doentes com anafilaxia, sendo o reconhecimento rápido de sinais como edema da via aérea, dispneia progressiva e alteração do estado de consciência determinante para a implementação atempada de medidas terapêuticas e para a prevenção de desfechos potencialmente fatais.

O caso apresentado é consistente com a literatura relativa ao choque anafilático secundário a picada de himenóptero, caracterizado por rápida progressão clínica, compromisso respiratório e necessidade de intervenção imediata. Muraro *et al.* (2022) demonstram que as picadas de abelha constituem uma das causas mais frequentes de anafilaxia grave, podendo evoluir rapidamente para insuficiência respiratória e choque.

O referencial teórico de enfermagem revelou-se fundamental na avaliação e monitorização do doente em contexto de emergência. A sua aplicação permitiu identificar precocemente o agravamento da dificuldade respiratória e da permeabilidade da via aérea, orientando a priorização das intervenções e a rápida diferenciação de cuidados. Paralelamente, a utilização dos diagnósticos de enfermagem segundo a classificação NANDA-I contribuiu para a sistematização dos cuidados prestados, direcionando intervenções centradas na vigilância da via aérea, monitorização respiratória e hemodinâmica, avaliação do estado de consciência e prevenção de complicações associadas ao choque anafilático. Este enquadramento permitiu uma atuação estruturada e contínua ao longo de todo o percurso assistencial do doente crítico.

Destaca-se neste caso a importância do reconhecimento precoce do choque anafilático e da implementação imediata de medidas terapêuticas em contexto de urgência/emergência. A rápida progressão clínica observada reforça a necessidade de vigilância contínua, reavaliação sistemática e capacidade de atuação perante sinais de

deterioração do doente crítico. Destaca-se ainda a importância da articulação eficaz entre equipas e níveis de cuidados.

Como pontos fortes, destaca-se a resposta rápida inicial, a ativação precoce de meios diferenciados e a atuação coordenada entre equipas. Como limitações, pode ser apontada a natureza imprevisível da evolução clínica da anafilaxia e a necessidade de repetição de doses de adrenalina, refletindo a gravidade do quadro. O principal desafio residiu na rápida deterioração clínica com compromisso respiratório e neurológico, exigindo diferenciação e intensificação urgente de cuidados.

CONCLUSÃO

O relato de caso apresentado evidencia a gravidade, imprevisibilidade e rápida progressão da reação anafilática secundária a picada de abelha, sublinhando a importância do reconhecimento precoce e da intervenção imediata em contexto de urgência e emergência. A rápida evolução clínica, com agravamento do compromisso respiratório e necessidade de ventilação mecânica invasiva num curto intervalo temporal, reforça o carácter potencialmente fatal desta condição.

Destaca-se, como contributo essencial para o desfecho clínico favorável, a administração atempada e repetida de adrenalina, a monitorização contínua com deteção precoce de sinais de deterioração e a articulação eficaz entre níveis de cuidados, fundamentais para a segurança, continuidade assistencial e estabilização do doente crítico. No âmbito da integração de cuidados em urgência e emergência, o caso proporcionou aprendizagens significativas sobre a importância da abordagem sistematizada e dos diagnósticos NANDA-I na antecipação da deterioração clínica, evidenciando como a vigilância contínua da permeabilidade da via aérea e do estado neurológico permite decisões críticas, como intubação, em poucos minutos após deteção de sinais de alarme.

Salienta-se ainda o papel determinante da enfermagem na priorização de intervenções, prevenção de complicações e comunicação eficaz entre equipas, demonstrando o impacto da tomada de decisão célere e da implementação de intervenções baseadas na evidência na gestão de doentes críticos, assim como, na capacitação do doente para o uso de caneta de adrenalina, para melhor gestão de situações futuras.

Este caso tem elevado valor pedagógico ao evidenciar o papel da enfermagem na monitorização crítica e na resposta rápida em contexto de emergência. Reforça a importância da preparação técnica e do pensamento crítico sob pressão, constituindo um contributo relevante para a formação em Urgência e Emergência. Na prática profissional, destaca-se a necessidade de formação contínua em abordagem sistematizada (ABCDE) e de articulação eficaz em equipa, promovendo cuidados mais seguros e centrados no doente crítico.

PERSPETIVA DO DOENTE

O doente expressou, aquando da assinatura do consentimento informado, profunda gratidão pelos cuidados prestados e por lhe terem salvo a vida, afirmando estar "muito agradecido por tudo o que fizeram por ele". Este depoimento reflete o impacto positivo das intervenções na sua experiência, evidenciando uma perceção de segurança e confiança na equipa de saúde perante uma situação clínica potencialmente fatal.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A elaboração deste trabalho foi precedida pela obtenção do consentimento informado, assinado livremente pelo doente, que autorizou a utilização dos dados clínicos para este fim. A informação recolhida foi utilizada exclusivamente para fins académicos, em conformidade com os princípios da ética em saúde e da proteção de dados. Foi assegurada a confidencialidade e o anonimato do doente, garantindo que nenhum elemento presente no texto permita a identificação direta ou indireta do próprio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bemanian, M. H., Arshi, S., Nabavi, M., Fallahpour, M., Aarabi, M., Karbasi, M., ... Aghapour, S. A. (2019). Anaphylactic reaction to bee stings in the rural areas of Gorgan City: Iran's first epidemiological study of Hymenoptera-induced anaphylaxis. *Journal of Pediatrics Review*, 7(4), 239–247. <https://doi.org/10.32598/jpr.7.4.239>;
- Bilò, M. B., Pravettoni, V., Bignardi, D., Bonadonna, P., Mauro, M., Novembre, E., Quercia, O., Cilia, M., Cortellini, G., Costantino, M. T., Cremonte, L., Lodi Rizzini, F., Macchia, L., Marengo, F., Murzilli, F., Patella, V., Reccardini, F., Ricciardi, L., Ridolo, E., Romano, A., ... Pastorello, E. A. (2019). Hymenoptera Venom Allergy:

- Management of Children and Adults in Clinical Practice. *Journal of investigational allergology & clinical immunology*, 29(3), 180–205.
<https://doi.org/10.18176/jiaci.0310>;
- Cardona, V., Ansotegui, I. J., Ebisawa, M., El-Gamal, Y., Fernandez Rivas, M., Fineman, S., Geller, M., Gonzalez-Estrada, A., Greenberger, P. A., Sanchez Borges, M., Senna, G., Sheikh, A., Tanno, L. K., Thong, B. Y., Turner, P. J., & Worm, M. (2020). World allergy organization anaphylaxis guidance 2020. *The World Allergy Organization journal*, 13(10), 100472.
<https://doi.org/10.1016/j.waojou.2020.100472>;
- Ferreira, O., & Marques, L. (Coords.). (2015). *Raciocínio clínico em enfermagem*. Lidel.
- Guaman, J. G., Suasnavas, G. M., & Chanaluisa, V. K. (2026). Vigencia del modelo de Henderson en la autonomía e independencia del individuo y el rol de enfermería. *Polo del Conocimiento*, 11(3), 228–246. <https://doi.org/10.23857/pc.v11i3.11220>;
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education*. Macmillan;
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2021). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification, 2021–2023* (12th ed.). Thieme;
- Kilipamwambu, A., Massae, A., Waitara, E., Meleki, E., Swai, P., Shirima, G. V., & Furia, F. F. (2026). Pediatric acute kidney injury following bee sting-induced anaphylaxis: a case series. *Journal of medical case reports*, 20(1), 83.
<https://doi.org/10.1186/s13256-025-05797-9>;
- Lomeu L.C., Daniel L.D., Miranda R.P.R., Assis J.P. (2024) Reações alérgicas a ferroadas de insetos da classe Hymenoptera: uma revisão de literatura. *Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia*, 8(1):21-29. <http://doi.org/10.5935/2526-5393.20230072>;
- Herdman, T. H. & Kamitsuru, S. (Orgs.). (2021). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e classificação 2021-2023* (12. ed.). Porto Alegre: Artmed;
- Muraro, A., Worm, M., Alviani, C., Cardona, V., DunnGalvin, A., Garvey, L. H., Riggioni, C., de Silva, D., Angier, E., Arasi, S., Bellou, A., Beyer, K., Bijlhout, D., Bilò, M. B., Bindselev-Jensen, C., Brockow, K., Fernandez-Rivas, M., Halken, S., Jensen, B., Khaleva, E., ... European Academy of Allergy and Clinical Immunology, Food

- Allergy, Anaphylaxis Guidelines Group (2022). EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). *Allergy*, 77(2), 357–377. <https://doi.org/10.1111/all.15032>;
- Perkins, G. D., Graesner, J. T., Semeraro, F., Olasveengen, T., Soar, J., Lott, C., Van de Voorde, P., Madar, J., Zideman, D., Mentzelopoulos, S., Bossaert, L., Greif, R., Monsieurs, K., Svavarsdóttir, H., Nolan, J. P., & European Resuscitation Council Guideline Collaborators (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation*, 161, 1–60. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>;
- Ren, Q., Chen, F., Zhang, H., Tu, J., Xu, X., & Liu, C. (2022). Effects of a standardized patient-based simulation in anaphylactic shock management for new graduate nurses. *BMC nursing*, 21(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00995-y>;
- Ruivo, A., Marques, M. do C., Pedrosa, M., Pires, R., & Mendonça, S. (2026). Desenvolvimento de Competências de Raciocínio Clínico em Contexto de Doença Aguda. In M. Lopes (Ed.), *Raciocínio Clínico em Enfermagem* (1.a). Edições Técnicas, Lda;
- Stevens, W. W., Kraft, M., & Eisenbarth, S. C. (2023). Recent insights into the mechanisms of anaphylaxis. *Current Opinion in Immunology*, 81, 102288. <https://doi.org/10.1016/j.coi.2023.102288>;
- Turner, P. J., & Cardona, V. (2023). Clinical criteria for anaphylaxis: Comparing apples and pears. *The World Allergy Organization journal*, 16(7), 100798. <https://doi.org/10.1016/j.waojou.2023.100798>.

**ABORDAGEM ABCDE NA ESTABILIZAÇÃO DE UM
DOENTE COM TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
BILATERAL EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS
CONTINUADOS: RELATO DE CASO**

Pâmela Santos¹, Renata Silva¹, Vera Rosado¹, Cláudia Henriques¹

¹Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Departamento de Enfermagem, Pós-Graduação em Cuidados de Saúde em Emergência e Urgência 2025/2026

Abstract

Introdução: Neste RELATO DE CASO, demonstramos a aplicação da abordagem ABCDE dirigida à um doente do sexo masculino, de 74 anos institucionalizado numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC) e da sua estabilização até à chegada de ajuda diferenciada. A dificuldade respiratória foi o principal sintoma apresentado pelo utente, seguida de dessaturação, tosse produtiva, alteração do nível de consciência e hipotensão refratária. A suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo foi confirmada após a realização de angiotomografia computadorizada.

Método: RELATO DE CASO baseado na observação clínica, com abordagem estruturada segundo as *guidelines* CARE.

Resultados: Das intervenções realizadas, destacam-se a manutenção da via aérea através da aspiração das secreções, monitorização rigorosa dos sinais vitais, fluidoterapia, oxigenoterapia e suporte avançado de vida. Apesar de se tratar de um ambiente extra-hospitalar, a rápida identificação dos sinais e sintomas associados a uma abordagem sistemática ABCDE e ao pensamento crítico foi fundamental para que o doente tivesse melhores chances de um prognóstico positivo.

Conclusão: A estabilização clínica e recuperação do status neurológico do doente, corroboram o papel de extrema relevância dos cuidados de urgência e emergência, que quando associados às atitudes terapêuticas realizadas em ambiente hospitalar, se traduzem em sucesso no desfecho clínico e ganhos em saúde para o doente.

Palavras-chave: Embolia Pulmonar, Trombose Venosa, Tromboembolia Venosa, Cuidados de Enfermagem, Case Report.

INTRODUÇÃO

Sendo uma importante emergência médica, o tromboembolismo pulmonar é caracterizado pela súbita obstrução da circulação pulmonar, podendo culminar em colapso hemodinâmico, na insuficiência respiratória aguda e, se não for prontamente identificada e tratada, pode levar a morte súbita. Abordagem sistemática e raciocínio clínico para identificação da sintomatologia, são determinantes para a estabilização do doente e para o prognóstico positivo (Dopazo, Guirola-Ortiz & Garcia-Flores, 2025). A abordagem universal ABCDE é utilizada para avaliar e tratar doentes com diferentes graus de criticidade adequando o reconhecimento dos sinais precoces de instabilidade clínica (Bruinink, Linders, Boode, Fluit & Hogeveen, 2024).

A complexidade da gestão do TEP, demonstra a relevância e pertinência da escolha desta temática. As Unidades de Cuidados Continuados, dispõem de recursos humanos limitados e por vezes, materiais escassos, sendo estes fatores que se traduzem em precariedade no atendimento e prestação de cuidados nas suas mais diferentes tipologias. A singularidade da situação enfrentada pelos profissionais que vivenciaram a experiência aqui descrita- demonstra, uma vez mais, a pertinência da escolha do tema abordado.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman é fortemente suportado pela literatura científica atual, que evidencia a importância de intervenções estruturadas de enfermagem, com base em modelos teóricos sólidos, como a resposta ao stress, que pode comprometer, o equilíbrio fisiológico do indivíduo. A capacitação técnica, associada a integração dos cuidados de saúde em urgência, são pontos chave, que este trabalho pretende abordar por forma a reforçar o raciocínio crítico do profissional que enfrenta uma situação complexa.

Para além das lacunas existentes nos referidos ambientes extra-hospitalares, o presente RELATO DE CASO destaca os desafios enfrentados diariamente por diversos profissionais, bem como a necessidade de formação contínua, a elaboração e

cumprimento de protocolos claros e objetivos, que possam potencializar as intervenções de enfermagem, quando diante de situações com alto grau de complexidade. Assim, caminharemos para a garantia da segurança e aumento nas probabilidades de sobrevivência dos doentes institucionalizados.

REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

Para orientar a prestação de cuidados e sustentar a análise desenvolvida neste trabalho, foi adotado o Modelo de Sistemas de Betty Neuman como referencial teórico. Este modelo conceptualiza a pessoa como um sistema aberto em interação contínua com o ambiente, sujeito à ação de stressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais que podem afetar a sua estabilidade e bem-estar (Neuman & Fawcett, 2011). De acordo com Ribeiro (2024), esta abordagem assume particular relevância em contextos de urgência e emergência, onde a identificação precoce dos fatores de stress e a implementação de intervenções preventivas permitem preservar a estabilidade do sistema cliente e promover a recuperação da pessoa.

O indivíduo é visto em constante interação dinâmica com o meio, sendo constituído por dimensões socioculturais, psicológicas, fisiológicas, espirituais e do desenvolvimento, segundo uma abordagem holística, que abrange não somente o indivíduo, mas também a comunidade e a família. Fatores essenciais à sobrevivência são parte do núcleo central e geram estabilidade dos mecanismos básicos inerentes à vida (Ribeiro, 2024; Silva, 2024).

Alguns stressores podem ultrapassar certas barreiras responsáveis pela resposta à agressão e mecanismos compensatórios fisiológicos, com o objetivo de proteger o centro do sistema e restabelecer a estabilidade.

É então notória a pertinência do Modelo de Neuman no contexto de urgência e emergência, uma vez que está centrada na instabilidade clínica como resposta aos stressores críticos. Numa situação crítica, ocorre uma quebra da linha normal de defesa (LND), colocando assim em risco o núcleo central do sistema, no caso as funções vitais do indivíduo. Desta forma, este modelo permite entender a situação clínica do utente de forma global e priorizar as intervenções, direcionando-as para a estabilização do indivíduo.

Betty Neuman declara que as intervenções de enfermagem são estruturadas em três níveis de prevenção: a prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária corresponde à identificação dos fatores de risco e à implementação de medidas

preventivas, a prevenção secundária ocorre quando os fatores de risco já foram identificados e o indivíduo apresenta sinais de instabilidade, pelo que é necessário a implementação de intervenções imediatas para reduzir o impacto do stressor. Por sua vez, a prevenção terciária compreende o período de reabilitação e readaptação do indivíduo após a ocorrência de um evento crítico, com a finalidade de retornar à estabilidade e prevenir possíveis recorrências futuras (Ribeiro, 2024). Assim, segundo este modelo, as intervenções de enfermagem implementadas em contexto de urgência enquadram-se no segundo nível de prevenção, já que visam reduzir o impacto do stressor e proporcionar a recuperação da estabilidade clínica.

O processo de enfermagem articula-se com o Modelo dos Sistemas em todas as etapas. A avaliação inicial deve centrar-se na identificação dos stressores e das consequências deste no utente, permitindo assim a formulação de diagnósticos de enfermagem centrados na perda de estabilidade e integridade do sistema. Na fase de planeamento e da implementação das intervenções o objetivo deve ser restaurar a LND e reforçar os mecanismos de resistência do indivíduo, garantindo uma atuação sistematizada e orientada para as prioridades clínicas.

Paralelamente, o modelo favorece a integração e continuidade de cuidados entre os diferentes níveis assistenciais, articulando a resposta imediata em contexto de emergência com os cuidados Posteriores de reabilitação e acompanhamento, promovendo uma abordagem contínua e centrada nas necessidades do utente.

Por fim, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman constitui um importante contributo para o raciocínio clínico e tomada de decisão em enfermagem, particularmente em contextos de elevada complexidade e pressão. O modelo permite ao enfermeiro interpretar a situação clínica de forma holística, compreendendo não apenas os sistemas isolados, mas a ameaça global ao equilíbrio do indivíduo. Desta forma, orienta a definição de prioridades e a implementação de intervenções rápidas, sistemáticas e direcionadas para a proteção das funções vitais, sustentando uma prática clínica fundamentada, organizada e centrada na estabilidade do utente.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

CARACTERIZAÇÃO DO DOENTE

- **Nome:** S.G.
- **Idade:** 74 anos (Data de nascimento: 22/06/1951)
- **Estado Civil:** Casado

- **Contexto de Residência habitual:** Internado na Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) A.C (Tipologia: Longa Duração e Manutenção), desde 13/01/2026.

- **Cuidador Principal / Familiar de referência:** Filha (L.G.).

O doente encontrava-se institucionalizado em uma UCCI, com um plano terapêutico, bem como plano de cuidados dirigidos às múltiplas úlceras por pressão (UP) devido ao alto grau de dependência. Desenvolveu um quadro súbito de dificuldade respiratória, que o levou a apresentar alterações neurológicas e colapso hemodinâmico, necessitando de estabilização imediata no local até a chegada da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). O doente foi transportado para o Serviço de Urgência do hospital de referência, onde permaneceu internado no Serviço de Medicina até à alta médica a 06 de maio de 2026.

HISTÓRIA CLÍNICA E AVALIAÇÃO INICIAL

Iniciou quadro súbito de acessos de tosse produtiva com acumulação de secreções mucosas na cavidade oral, com dificuldade respiratória, polipneia, dessaturação (SpO₂ 88-89%), hipotensão refratária e alteração profunda do estado de consciência, inicialmente com Glasgow 7 (O2 V1 M4) e Posteriormente ficando inconsciente e com bradipneia.

O utente apresenta antecedentes médicos e cirúrgicos complexos com elevado índice de comorbilidades:

Doença Infeciosa e Respiratória: Tuberculose pulmonar (IGRA e BK positivos detetados em junho de 2025) com consequências de lesão cavitada no segmento apical do lóbulo superior direito e adenomegalias mediastínicas e retroperitoneais; Infecção por Vírus da Hepatite C (HCV) ativa; Hepatite B (infecção passada); Infecção do Trato Urinário (ITU) recente por *Klebsiella pneumoniae ssp* e história de cistite aguda.

Doença Neurodegenerativa e Cognitiva: Síndrome demencial não estratificado (Doença de Alzheimer, com registo de faltas às consultas de especialidade), em simultâneo com dependência e episódios de agitação (sob terapêutica com Quetiapina®, Galantamina® e Memantina®).

Doença Cirúrgica e Ortopédica Recente: Artroplastia parcial do fémur esquerdo após queda (04/09/2025) com história de deiscência da sutura; Fratura da diáfise do cúbito esquerdo operada (02/08/2025); Fistulectomia por recidiva fistulosa (2017) e Colecistite aguda.

Outros Antecedentes Crónicos: Hiperplasia Benigna da Próstata (utilizador de sonda vesical nº 16); Ectasia da aorta ascendente; Hiponatremia ligeira e Hipoalbuminemia severa (associada ao desenvolvimento de múltiplas UP de difícil cicatrização).

EXAME FÍSICO E DADOS CLÍNICOS

Ao nível da **via aérea (A)**, observou-se a presença de secreções mucosas na cavidade oral, ouvindo-se gorgolejos. Foi necessária intervenção imediata com foco na permeabilização da via aérea através da aspiração das secreções.

Do ponto de vista **respiratório (B)**, o utente inicialmente apresentava sinais de dificuldade respiratória, com polipneia e com SpO2 na ordem de 89% em ar ambiente. Assim foi colocado oxigenoterapia com máscara facial a 5L/min, com melhoria subsequente da saturação periférica, atingindo valores de 98-99%, tendo sido titulado o oxigénio de forma a manter-se estes valores. À auscultação pulmonar, murmúrio vesicular preservado com sibilância bilateral dispersa.

Em relação ao **(C), circulação**, o utente evidenciava instabilidade hemodinâmica severa, com hipotensão (1.ª avaliação - 73/43mmHg, 2.ª avaliação - 63/37mmHg), com pulso radial rápido e filiforme (100-130bpm), com o tempo de preenchimento capilar de 2 segundos. A cor, temperatura e humidade da pele encontravam-se mantidas. Foi puncionado acesso venoso periférico e administrada fluidoterapia (Lactato de Ringer).

A nível **neurológico (D)**, o utente apresentava alterações profundas do estado de consciência, com um valor de 7 pontos na Escala de Coma de Glasgow (Abertura ocular - 2; Resposta verbal - 1; Resposta Motora - 4). Às pupilas encontravam-se isocóricas e reativas à luz. A glicemia capilar era de 117 dl/mg.

A nível do **E, exposição**, apresenta múltiplas úlceras por pressão em ambos os membros inferiores, sob plano de pensos complexos. Sem mais lesões.

Durante a avaliação, o doente evolui para um estado de inconsciência temporária (Glasgow 3) com bradipneia (14cpm), e a nível hemodinâmico estava sobreponível às avaliações anteriores, pelo que foi colocado um tubo orofaríngeo, de forma a manter a via aérea patente. Após a chegada dos Bombeiros Voluntários o utente foi recuperando o estado de consciência e com a chegada da equipa da VMER o mesmo já se encontrava alerta, com abertura ocular espontânea, com movimentos de retirada à dor e com resposta verbal confusa, que se deve à patologias do utente.

Após avaliação da equipa da VMER, o utente foi transferido para o serviço de urgência médico-cirúrgica mais próximo, tendo realizado angiotomografia computadorizada torácica, que evidenciou que o utente apresentava um TEP agudo bilateral.

Tabela 1: Classificação do NEWS 2: Risco Clínico Extremo (Pontuação ≥ 7).

Alinhado com a resposta imediata da VMER e internamento direto em Medicina.

Parâmetro Fisiológico	Valor Registrado	Pontuação NEWS 2
Frequência Respiratória	22 ciclos por minuto	2
Saturação de Oxigénio	87% (Em ar ambiente)	3
Uso de Oxigénio Suplementar	Sim (Colocado a 5L/min)	2
Tensão Arterial Sistólica	73 mmHg	3
Frequência Cardíaca	128 bpm	2
Estado de Consciência	Novo quadro de prostração/irreatividade	3
Temperatura	36,7°C	0
PONTUAÇÃO TOTAL		15 pontos

LINHA TEMPORAL DO CASO (TIMELINE)

02:15h - Identificação da deterioração clínica súbita do utente; início da avaliação ABCDE e implementação de intervenções de suporte imediato.

02:30h - Ativação do Sistema Integrado de Emergência Médica, com pedido de apoio diferenciado.

02:35h - Perda transitória de consciência e bradipneia.

02:40h - Chegada da equipa de Bombeiros Voluntários ao local.

02:50h - Chegada da equipa da VMER ao local.

03:10h - Após estabilização inicial, o utente foi transportado para o serviço de urgência do hospital de referência.

03:40h - Admissão hospitalar.

04:30h- Realização de análises sanguíneas, gasometria, hemoculturas, colheita de urina para urocultura e radiografia torácica.

05:30h- Realização de angiotomografia computadorizada torácica, que confirmou a presença de TEP agudo bilateral.

29/04-06/05 - Período de Internamento hospitalar, início de terapêutica anticoagulante e desmame de oxigenoterapia. Alta clínica a 6 de maio com retorno à UCCI.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Diagnósticos Médicos: TEP agudo bilateral e insuficiência respiratória (tratada).

Diagnósticos de Enfermagem Formulados NANDA-I (Herdman & Kamitsuru, 2021):

Diagnóstico	Código	Classe	Domínio
Confusão aguda	00128	4 • Cognição	5 • Percepção/cognição
Risco de aspiração	00039	2 • Lesão física	11 • Segurança /proteção
Risco de choque	00205	2 • Lesão física	11 • Segurança /proteção
Padrão respiração ineficaz	00032	4 • Respostas cardiovasculares/ pulmonares	4 • Atividade/repouso

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS E DE ENFERMAGEM

Durante a fase inicial de abordagem na UCC, foram implementadas intervenções imediatas de enfermagem orientadas para a estabilização clínica do utente, nomeadamente monitorização dos sinais vitais, aspiração de secreções da cavidade oral com o objetivo de promover a permeabilidade da via aérea, administração de oxigenoterapia por máscara facial para correção da hipóxia e vigilância neurológica sistemática.

Foi ainda colocado um acesso venoso periférico, com administração de fluidoterapia com Lactato de Ringer, perante o quadro de hipotensão e instabilidade hemodinâmica. Face ao agravamento clínico e ao risco iminente de falência respiratória, foi colocado um tubo orofaríngeo e acionado o sistema de emergência médica através do 112.

Após a avaliação pela equipa da VMER, foi decidido a transferência imediata do utente para o serviço de urgência hospitalar, assegurando a continuidade de cuidados entre os diferentes níveis assistenciais.

Em contexto hospitalar, o utente realizou exames complementares de diagnóstico, incluindo análises sanguíneas, gasometria arterial, radiografia torácica e angiotomografia computadorizada torácica, que permitiu confirmar o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar agudo bilateral.

Durante o internamento no serviço de medicina, manteve monitorização hemodinâmica, anticoagulação, oxigenoterapia, ecocardiograma com estudo doppler, gasometria arterial e análises sanguíneas.

EVOLUÇÃO CLÍNICA E RESULTADOS

Após a admissão no Serviço de Urgência e a imediata estabilização pré-hospitalar assegurada pela VMER, o utente apresentou uma evolução clínica, hemodinâmica e analítica francamente positiva em resposta às terapêuticas instituídas. No componente respiratório, a correção da hipoxemia severa inicial, caracterizada por SpO₂ de 87% em ar ambiente, foi plenamente alcançada através da administração de oxigenoterapia por máscara facial a 5 L/min, permitindo que o doente estabilizasse e mantivesse valores de SpO₂ na ordem dos 99% a 100%. Da mesma forma, a aspiração mecânica de secreções mucosas acumuladas na cavidade oral revelou-se eficaz na desobstrução e manutenção da permeabilidade da via aérea.

Sob o ponto de vista hemodinâmico, o doente superou com sucesso o quadro inicial de instabilidade tensional e taquicardia. Uma nítida melhoria nos parâmetros hematológicos, com a anemia ligeira a evoluir de 10.2 g/dL para 12 g/dL de hemoglobina.

No que concerne à esfera neurológica, verificou-se uma recuperação favorável do estado de consciência e da reatividade geral, fortemente impulsionada pela otimização da oxigenação tecidual e pelo reajuste volémico. O doente, que no pico da agudização se encontrava completamente prostrado e sem reação à estimulação dolorosa, evoluiu de forma satisfatória ao longo do internamento. À data da alta hospitalar, a 6 de maio de 2026, o utente apresentava-se clinicamente estável, em repouso no leito, com apirexia mantida e sem qualquer evidência ou registo de queixas álgicas. Embora mantendo o seu quadro basal de síndrome demencial, o doente mostrava-se facilmente despertável, direcionando o olhar ao estímulo ambiental e demonstrando-se colaborante dentro das suas limitações cognitivas, ainda que sem emitir resposta verbal.

Reunidos os critérios de estabilidade clínica, o utente obteve alta hospitalar com indicação de transferência e retorno à sua instituição de origem. O plano de continuidade de cuidados foca-se agora no seguimento clínico em regime de ambulatório pela Medicina

Interna e pelo Médico de Família, na execução programada de um ecocardiograma transtorácico e na manutenção do plano terapêutico ajustado, que inclui o cumprimento rigoroso do esquema de desmame progressivo da corticoterapia com Prednisolona® e a continuidade da hipocoagulação terapêutica com Enoxaparina® sódica duas vezes ao dia.

DISCUSSÃO

Este relato de caso evidencia o comprometimento da Linha Normal de Defesa (LND) do utente, desencadeado por um tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral. De acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, este evento constituiu um stressor fisiológico agudo que ultrapassou a Linha Flexível de Defesa (LFD), comprometendo a estabilidade do sistema cliente e colocando em risco funções vitais essenciais (Neuman & Fawcett, 2011). As alterações respiratórias, hemodinâmicas e neurológicas observadas refletem a ativação dos mecanismos compensatórios do organismo perante a diminuição da perfusão pulmonar e sistémica. A abordagem inicial baseada no algoritmo ABCDE permitiu a identificação precoce das prioridades clínicas e a implementação imediata de intervenções dirigidas, em conformidade com as recomendações internacionais para a abordagem da pessoa em situação crítica (European Resuscitation Council [ERC], 2025). No enquadramento do Modelo de Neuman, estas intervenções correspondem a medidas de prevenção secundária, uma vez que tiveram como objetivo minimizar os efeitos do stressor e restaurar a estabilidade do sistema. Destacam-se como pontos fortes a rápida identificação da deterioração clínica, a aplicação sistemática da abordagem ABCDE e o acionamento precoce dos meios de emergência. Por outro lado, as limitações inerentes ao contexto extra-hospitalar, nomeadamente a escassez de recursos humanos e de meios de monitorização avançada, evidenciaram a importância do raciocínio clínico, do pensamento crítico e das competências técnico-científicas do enfermeiro para garantir cuidados seguros e eficazes (Konstantinides et al., 2020).

CONCLUSÃO

O presente relato de caso permitiu analisar a gestão de uma situação de emergência médica em contexto institucional e extra-hospitalar, evidenciando a importância da abordagem sistemática ABCDE e da monitorização contínua dos sinais vitais na identificação precoce da deterioração clínica e na definição de prioridades de

intervenção. Este caso reforça o papel do enfermeiro na avaliação e intervenção perante a pessoa em situação crítica, destacando a relevância do pensamento crítico, da tomada de decisão e das competências em suporte imediato de vida para a prestação de cuidados seguros e eficazes. Adicionalmente, sublinha a necessidade de formação contínua e atualização de conhecimentos na área da urgência e emergência, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para uma resposta mais adequada a situações de elevada complexidade clínica.

PERSPETIVA DO DOENTE

Não foi possível obter a perspetiva direta do utente relativamente aos cuidados prestados, uma vez que este se encontrava desorientado nas vertentes temporal, espacial e pessoal, comprometendo a sua capacidade de comunicação e de expressão da experiência vivenciada. Assim, a avaliação da experiência do utente baseou-se na análise dos resultados clínicos observados e na resposta às intervenções de enfermagem e médicas implementadas, refletidas na evolução do seu estado de saúde durante o período de cuidados.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A elaboração do presente estudo de caso foi realizado em conformidade com os princípios éticos e deontológicos inerentes à prática de enfermagem. Foi assegurada a confidencialidade de todos os dados clínicos do utente, não sendo utilizados quaisquer elementos identificativos diretos ou indiretos que permitam a sua identificação, garantindo assim a preservação da sua privacidade e dignidade.

Atendendo à ausência da capacidade cognitiva e física do utente para a prestação do consentimento, foi obtido o consentimento informado através da cuidadora principal, a filha do utente. A utilização da informação clínica teve como finalidade exclusiva o desenvolvimento pedagógico e académico no âmbito desta pós-graduação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bruinink, L. J., Linders, M., de Boode, W. P., Fluit, C. R. M. G., & Hogeveen, M. (s.d.). *The ABCDE approach in critically ill patients: A scoping review of assessment tools, adherence and reported outcomes*. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2024.100763>;

- Ciampi-Dopazo JJ, Guirola-Ortiz JA, Garcia-Flores P. Current state of the interventional approach to acute pulmonary embolism. *Radiologia (Engl Ed)*. 2025 May-Jun;67(3):370-377. doi: 10.1016/j.rxeng.2024.01.008. Epub 2025 May 2. PMID: 40412850;
- European Resuscitation Council. (2025). *ERC Guidelines 2025*. <https://www.erc.edu/science-research/guidelines/guidelines-2025/>;
- Gomes IFP, Freitas SCG, Almeida CS, Miranda CJCP, Silva PES. Prophylaxis of deep vein thrombosis in the hospital environment. *REAS*. 2023 [citado 2025 Apr 10]; 23(4):e11829. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e11829.2023>;
- Herdman, T. H. & Kamitsuru, S. (Orgs.). (2021). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e classificação 2021-2023* (12. ed.). Porto Alegre: Artmed;
- Konstantinides, S. V., et al. (2019). *2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism*. *European Heart Journal*, 41(4), 543–603. <https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/4/543/5556136>;
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model* (5th ed.). Pearson;
- Ribeiro, A. (2024). *Intervenção do enfermeiro na prevenção de acidentes domésticos nas famílias com crianças no segundo ano de vida* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal;
- Silva, A. (2024). *Dinâmica Relacional Familiar no pós-alta Hospitalar do Doente Mental Grave: intervenção do EEESMP*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, Portugal.

DA FRATURA DO FÉMUR AO CHOQUE: RELATO DE CASO

Beatriz Salsa¹, Catarina Neves¹, Maria Margarida Cardador¹, Mariana Fialho¹, Margarida Pedras-Alvas¹

¹Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Departamento de Enfermagem, Pós-Graduação em Cuidados de Saúde em Emergência e Urgência 2025/2026

Abstract

Introdução: A população geriátrica apresenta maior vulnerabilidade a eventos traumáticos e maior risco de lesões ocultas, frequentemente subvalorizadas na avaliação inicial. Descreve-se o caso de uma utente geriátrica admitida no serviço de urgência após queda da própria altura, com diagnóstico inicial de fratura pertrocantérica direita, tendo sido submetida a encavilhamento cirúrgico.

Método: RELATO DE CASO baseado na observação clínica, com abordagem estruturada segundo as *guidelines* CARE.

Resultados: No período pós-operatório imediato, observou-se agravamento clínico caracterizado por hipoxemia e instabilidade hemodinâmica, com dispneia, hipotensão, taquicardia, palidez e diaforese. Perante a deterioração do estado geral, foi realizada radiografia torácica que revelou hemopneumotórax traumático associado a fraturas de arcos costais não identificadas na avaliação inicial. Foram implementadas intervenções dirigidas, incluindo monitorização contínua clínica, respiratória e hemodinâmica, administração de oxigenoterapia, suporte transfusional, controlo da dor e assistência na colocação urgente de dreno torácico. Após drenagem pleural, verificou-se melhoria clínica imediata, com evolução favorável ao longo do internamento, culminando na recuperação completa da função respiratória e desmame progressivo de oxigénio.

Conclusão: Este caso reforça a importância de uma avaliação sistemática e vigilância contínua na abordagem à pessoa vítima de trauma, especialmente no contexto geriátrico. A identificação tardia de lesões torácicas pode comprometer significativamente o prognóstico, sendo fundamental manter elevado grau de suspeição clínica para lesões ocultas, mesmo sujeitos a mecanismos de trauma menores.

Palavras-chave: RELATO DE CASO, Insuficiência Respiratória, Diagnóstico Tardio, Hemopneumotórax, Choque.

INTRODUÇÃO

O trauma resultante de queda constitui uma das principais causas de morbilidade, especialmente em populações vulneráveis, como a geriátrica, estando frequentemente associado a lesões potencialmente graves com impacto significativo no prognóstico e na funcionalidade dos doentes. Neste grupo etário, fatores como fragilidade, comorbilidades e alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento contribuem para uma apresentação clínica frequentemente atípica, podendo mascarar a gravidade das lesões. Adicionalmente, algumas lesões traumáticas podem manifestar-se de forma inespecífica ou tardia, contribuindo para situações de subdiagnóstico ou atraso na sua identificação (Shimoni et al., 2025).

Perante esta complexidade, torna-se essencial uma abordagem sistematizada à vítima de trauma. Protocolos internacionalmente reconhecidos, como o Advanced Trauma Life Support (ATLS), o International Trauma Life Support (ITLS), o Prehospital Trauma Life Support (PHTLS) e o Suporte Básico de Vida (SBV), foram desenvolvidos com o objetivo de padronizar a abordagem clínica, promovendo uma avaliação estruturada e eficiente desde a fase primária até à secundária (Costa MEM et al., 2024).

A avaliação primária, quando realizada de forma rigorosa, desempenha um papel determinante na identificação e tratamento imediato de lesões ameaçadoras de vida. Contudo, a avaliação secundária assume igual relevância, permitindo uma análise mais detalhada e sistemática da vítima, com o objetivo de identificar lesões menos evidentes que possam comprometer a evolução clínica. Paralelamente, a monitorização contínua e a reavaliação sistemática são fundamentais em todas as fases do cuidado, possibilitando a deteção precoce de sinais de deterioração clínica e a implementação atempada de intervenções adequadas, prevenindo complicações e melhorando os resultados clínicos (Zaparoli et al., 2022; Alves et al., 2024).

Neste contexto, o presente RELATO DE CASO visa descrever a evolução clínica

de uma doente após episódio de queda, evidenciando a importância de uma avaliação inicial minuciosa e da realização adequada da avaliação secundária e da monitorização contínua, com valorização dos sinais de alerta. Recorre-se ainda às taxonomias CIPE, NIC e NOC, como contributo para a sistematização dos cuidados e para a melhoria da prática clínica.

REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

O presente RELATO DE CASO fundamenta-se no Modelo das Necessidades Humanas Básicas de Virginia Henderson, o qual se destaca pela sua abordagem holística centrada na pessoa e pela ênfase na promoção da autonomia e independência funcional (Tomey & Alligood, 2004). A sua estrutura, baseada em 14 necessidades fundamentais, permite uma avaliação sistemática e pragmática, particularmente útil em contextos de urgência, onde a identificação rápida de necessidades comprometidas como a respiração, circulação e segurança é determinante para a tomada de decisão clínica.

No contexto do trauma geriátrico descrito, este modelo revelou-se especialmente pertinente ao facilitar a deteção precoce de alterações respiratórias e hemodinâmicas, sustentando a reavaliação contínua e a identificação de lesões ocultas. A sua aplicabilidade prática e compatibilidade com o processo de enfermagem tornam-no particularmente adequado em cenários de elevada complexidade e instabilidade clínica.

Assim, embora nenhum modelo, isoladamente, responda à totalidade das exigências clínicas, o modelo de Henderson demonstra elevada adequação no contexto apresentado, pela sua objetividade, aplicabilidade imediata e foco nas necessidades básicas comprometidas. A sua articulação com taxonomias como CIPE, NIC e NOC potencia a sistematização dos cuidados, reforçando o raciocínio clínico e a segurança na prática de enfermagem.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

CARACTERIZAÇÃO DO DOENTE

A utente em estudo corresponde a um indivíduo do sexo feminino, de 83 anos, que deu entrada no serviço de ortopedia, no dia 12 de fevereiro de 2026 após episódio de queda da própria altura no domicílio, tendo sido diagnosticada com fratura pertrocantérica à direita. Apresenta antecedentes pessoais de doença [APD] relevantes de Diabetes Mellitus tipo 2, Talassemia, Valvulopatia Cardíaca, Fibrilhação Auricular [FA]

sob terapêutica anticoagulante oral [TACO], Hipertensão Arterial [HTA], Insuficiência Cardíaca [IC] e Síndrome Demencial.

Aquando da admissão no serviço de urgência encontrava-se clinicamente estável, sem sinais aparentes de instabilidade hemodinâmica, embora necessitasse de vigilância clínica acrescida devido à idade avançada, mecanismo de lesão, comorbilidades e APD associados.

HISTÓRIA CLÍNICA E AVALIAÇÃO INICIAL

À chegada ao serviço de ortopedia, a utente apresentou como sintomatologia principal queixas álgicas moderadas associadas à mobilização e limitação funcional do membro inferior direito [MID] após queda no domicílio.

A avaliação inicial sistematizada, com base na abordagem ABCDE, permitiu uma observação estruturada do estado clínico da utente. Na avaliação da via aérea (A - *Airway*), esta apresentava-se patente, sem sinais de obstrução. Ao nível da respiração (B - *Breathing*), verificou-se um agravamento progressivo da função respiratória no decurso inicial do internamento, com instalação súbita de hipoxemia, inicialmente controlada com oxigenoterapia a 1 l/min por óculos nasais. Devido ao declínio gradual dos níveis de saturação periférica de oxigênio [SpO₂] e sinais de esforço respiratório, verificou-se a necessidade de aumentar para 3 l/min, mantendo-os no dia em que foi sujeita ao protocolo pré-operatório. O respetivo agravamento clínico foi notificado à equipa médica. Relativamente à circulação (C - *Circulation*), apesar de estabilidade hemodinâmica inicial, a doente apresentava risco cardiovascular acrescido associado aos antecedentes de FA associando a toma de TACO e HTA. Analiticamente, destacou-se anemia significativa com Hemoglobina de 7,0g/dl, no contexto da talassemia descompensada, tendo sido realizada previamente à intervenção cirúrgica, uma transfusão de Unidade de Concentrado de Eritrócitos, conforme indicação da Medicina Interna. Houve uma Posterior melhoria dos valores de hemoglobina para 8,7g/dl, tendo sido instituída terapêutica, pela equipa médica, com sulfato ferroso. Na avaliação do estado neurológico (D - *Disability*), a doente encontrava-se vígil, apresentando alterações cognitivas compatíveis com o antecedente de demência, sem evidência de défice neurológico agudo. Relativamente à exposição (E - *Exposure*), observou-se a limitação funcional marcada do MID, como referido anteriormente.

Durante esta fase de avaliação, foram aplicadas escalas clínicas validadas e pertinentes, nomeadamente a Escala de Coma de Glasgow, a Escala Numérica da Dor,

a Escala de Morse e a Escala de Braden. Esta abordagem permitiu uma avaliação sistematizada e precoce, orientada para a identificação de necessidades prioritárias, favorecendo a prevenção de complicações e sustentando uma tomada de decisão clínica segura e fundamentada.

EXAME FÍSICO E DADOS CLÍNICOS

A utente foi submetida a cirurgia para Encavilhamento de Affixus no dia 18/02/2026.

No pós-operatório imediato, à admissão na UCPA, a doente apresentou agravamento clínico súbito, evidenciado no exame físico por palidez cutânea, diaforese, polipneia e aumento do esforço respiratório. Verificou-se diminuição da saturação periférica de oxigénio, motivando a instituição de oxigenoterapia com máscara de Venturi a 40%. Simultaneamente, apresentava instabilidade hemodinâmica, com hipotensão arterial, taquicardia e ritmo de fibrilhação auricular.

Perante os dados clínicos, foi realizada radiografia torácica que evidenciou pneumotórax à direita, associado a fraturas costais e instabilidade da parede torácica. Foi então colocado dreno torácico de forma urgente, com saída imediata de ar e pequena quantidade de conteúdo hemático, confirmando hemopneumotórax traumático.

Após a intervenção, observou-se melhoria clínica progressiva, com redução do esforço respiratório, melhoria da oxigenação e estabilização hemodinâmica. A revisão imagiológica Posterior permitiu identificar fraturas costais previamente não valorizadas, confirmando a etiologia traumática do quadro.

Tabela 1. Linha Temporal do Caso (Timeline)

Data	Evolução Clínica
12/02/2026	Admissão por fratura pertrocantérica direita após queda no domicílio.
13/02/2026	Episódio de hipoxémia com necessidade de oxigenoterapia a 1l/min.
13/02/2026	Deteção de anemia moderada (HB 7,0g/dl) e realização de transfusão de 1 unidade concentrada de eritrócitos.
Pós-Transfusão 16/02/2026	Hemoglobina de 8,7g/dl e início de sulfato ferroso.

Data	Evolução Clínica
18/02/2026	Submetida a encavilhamento de Affixus à direita sob anestesia subaracnoidea.
Pós-Operatório Imediato	Instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória (IR) na UCPA.

18/02/2026	Diagnóstico de hemopneumotórax direito com volet costal e colocação de dreno torácico.
19 a 22/02/2026	Internamento na Unidade de Cuidados intermédios cirúrgicos (UCIC).
21/02/2026	Remoção de dreno torácico após débito cumulativo aproximado de 90cc de líquido hemático.
22/02/2026	Transferência para a enfermaria do Serviço de Cirurgia.
26/02/2026	Regresso ao serviço de origem - Ortopedia.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Diagnósticos Médicos

- Fratura Pertrocantérica à direita;
- Fraturas múltiplas de arcos costais direitos com volet costal;
- Hemopneumotórax traumático à direita;
- Insuficiência Respiratória [IR] aguda;
- Anemia no contexto de talassemia descompensada;
- Fibrilhação Auricular;
- Instabilidade Hemodinâmica pós-operatório.

Diagnósticos de Enfermagem (CIPE, 2019):

Com base na avaliação clínica realizada, evolução da situação de saúde e necessidades identificadas, foram formulados os seguintes diagnósticos de enfermagem hierarquizados por ordem prioritária, segundo CIPE:

Choque presente (10018050), relacionado com instabilidade hemodinâmica no

pós-operatório imediato, evidenciado por hipotensão arterial, taquicardia, palidez cutânea e diaforese.

Sistema respiratório comprometido (10016970), relacionado com lesão torácica traumática secundária à queda, evidenciado por quadro de hipoxemia, polipneia, aumento do esforço respiratório e necessidade progressiva de oxigenoterapia. Este diagnóstico foi particularmente relevante no período pós-operatório imediato, após agravamento respiratório associado à identificação de pneumotórax à direita e tórax instável.

Troca gasosa comprometida (10008309), relacionada com alteração da ventilação pulmonar decorrente de hemopneumotórax traumático e pneumotórax direito, evidenciada pela diminuição dos níveis de oxigenoterapia para Máscara de Venturi a 40% e subsequente necessidade de drenagem torácica. A colocação do dreno torácico permitiu melhoria progressiva da ventilação e oxigenação, com repercussão favorável no estado clínico geral.

Dor aguda presente (10000454), relacionada com lesão traumática osteoarticular, fraturas dos arcos costais e procedimento cirúrgico, evidenciada por verbalização de dor, limitação funcional e agravamento à mobilização.

Risco de coping familiar comprometido (10032364), relacionada com a complexidade do estado clínico da doente, idade avançada, défice cognitivo prévio e potencial aumento da dependência funcional após evento traumático e cirúrgico, implicando a necessidade de suporte emocional, informação adequada e envolvimento da família no planeamento da continuidade dos cuidados e processo de recuperação.

Tabela 2. Intervenções Terapêuticas e de Enfermagem (NIC, 2010)

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Choque presente (10018050)	Regulação hemodinâmica (4150)
	● Monitorizar sinais vitais ● Manter equilíbrio hídrico
	Controlo do choque (4250)
	● Retirar gases do sangue arterial e monitorizar oxigenação tecidual ● Inserir e manter acesso IV
	Controle Hídrico (4120)

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	● Manter registo preciso de ingestão e eliminação ● Administrar terapêutica EV conforme prescrito Oxigenoterapia (3320) ● Manter vias aéreas desobstruídas ● Monitorizar a eficácia da oxigenoterapia (oximetria de pulso, gasometria arterial), conforme apropriado Monitorização respiratória (3350) ● Monitorizar frequência, ritmo, profundidade e esforço nas respirações ● Monitorizar a ocorrência de respirações ruidosas, com sibilos e roncos; Administração de medicação (2300) ● Monitorizar possíveis alergias, interações e contraindicações aos medicamentos ● Seguir os “5 certos” da administração de medicação Vigilância (6650) ● Monitorizar o estado neurológico ● Monitorizar a perfusão tecidual
Sistema respiratório comprometido (10016970)	Monitorização respiratória (3350) Controlo das vias aéreas (3140) ● Posicionar o paciente de modo a maximizar o potencial ventilatório Oxigenoterapia (3320) Posicionamento (0840) Cuidados ao dreno: Torácico (1872) ● Manter o recipiente da drenagem abaixo do nível do tórax ● Observar volume, transparência, cor e consistência da drenagem Vigilância (6650)

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Troca gasosa comprometida (10008309)	Monitorização respiratória (3350) Controlo das vias aéreas (3140) Oxigenoterapia (3320) Posicionamento (0840) • Posicionar o paciente para aliviar a dispneia Vigilância (6650) profundidade e esforço nas respirações • Monitorizar a ocorrência de respirações ruidosas, com sibilos e roncos Administração de medicação (2300) • Monitorizar possíveis alergias, interações e contraindicações aos medicamentos • Seguir os “5 certos” da administração de medicação Vigilância (6650) • Monitorizar o estado neurológico monitorizar a perfusão tecidual
Sistema respiratório comprometido (10016970)	Monitorização respiratória (3350) Controlo das vias aéreas (3140) • Posicionar o paciente de modo a maximizar o potencial ventilatório Oxigenoterapia (3320) Posicionamento (0840) Cuidados ao dreno: Torácico (1872) • Manter o recipiente da drenagem abaixo do nível do tórax • Observar volume, transparência, cor e consistência da drenagem Vigilância (6650)

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Troca gasosa comprometida (10008309)	Monitorização respiratória (3350) Controlo das vias aéreas (3140) Oxigenoterapia (3320) Posicionamento (0840) • Posicionar o paciente para aliviar a dispneia Vigilância (6650)
Dor aguda presente (10000454)	Controlo da dor (1400): • Realizar uma avaliação completa da dor • Determinar o impacto da experiência da dor Administração de analgésicos (2210) • Assegurar que o paciente não seja alérgico ao analgésico a ser administrado • Documentar a dor do paciente Monitorização dos sinais vitais (6680) Redução da ansiedade (5820) • Utilizar abordagem calma e tranquilizadora • Esclarecer expectativas de acordo com o comportamento do paciente Posicionamento (0840) • Posicionar o paciente para aliviar a dor Vigilância (6650)
Risco de coping familiar comprometido (10032364)	Suporte à família (7140) • Escutar as preocupações, sentimentos e perguntas da família; Promoção do coping familiar (7110) • Identificar as capacidades dos membros da família para o envolvimento nos cuidados do paciente Apoio emocional (5270) • Conversar com o paciente sobre as experiências emocionais

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
	Redução da ansiedade (5820)
Risco de coping familiar comprometido (10032364)	Suporte à família (7140) • Escutar as preocupações, sentimentos e perguntas da família; Promoção do coping familiar (7110) • Identificar as capacidades dos membros da família para o envolvimento nos cuidados do paciente Apoio emocional (5270) • Conversar com o paciente sobre as experiências emocionais Redução da ansiedade (5820)

No âmbito das intervenções implementadas foi assegurada uma articulação interdisciplinar entre os diferentes profissionais envolvidos na prestação de cuidados à doente, nomeadamente, Ortopedista, Internista, Anestesiologia, Cirurgião e Enfermeiro, permitindo uma abordagem integrada e centrada na pessoa. Esta colaboração revelou-se fundamental na monitorização da evolução clínica, gestão das comorbilidades, otimização do pré-operatório e atuação perante a complicação no pós-operatório imediato. Paralelamente, foram consideradas intervenções dirigidas à continuidade dos cuidados, incluindo recuperação funcional, prevenção de complicações na mobilização e envolvimento da família/cuidadores, com o objetivo de uma transição segura entre os cuidados hospitalares e os cuidados fora do meio hospitalar.

EVOLUÇÃO CLÍNICA E RESULTADOS

Após o hemopneumotórax ter sido ~~descomprimido~~ e drenado, observou-se uma melhoria clínica significativa com reversão progressiva do quadro de IR e estabilização hemodinâmica.

Durante o internamento na unidade de cuidados intermédios cirúrgicos [UCIC], entre 19 e 22 de fevereiro, a doente manteve drenagem torácica até dia 21 de fevereiro com débito cumulativo de aproximadamente 90ml de conteúdo hemático desde a sua colocação, observou-se evolução clínica favorável, permitindo desmame progressivo de oxigenoterapia. Subsequentemente foi transferida para a enfermaria do Serviço de Cirurgia e, após estabilização clínica, regressou ao serviço de Ortopedia a 26 de fevereiro.

Como resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem destacam-se (NOC, 2010):

- Estado Respiratório: ventilação adequada (0403)
- Estado Respiratório: Troca gasosa eficaz (0402)
- Permeabilidade das vias aéreas (0410)
- Estado circulatório: Levemente comprometido (0401)
- Estados dos sinais vitais: Nenhum desvio em relação aos parâmetros esperados (0802)
- Nível da dor: Leve (2102)
- Integridade Familiar: Consistentemente demonstrado (2603)

DISCUSSÃO

A insuficiência respiratória observada, caracterizada por hipoxemia, foi secundária a hemopneumotórax traumático, traduzindo falência das trocas gasosas (Martins et al., 2022). A evolução para choque obstrutivo, evidenciada por hipotensão, taquicardia e hipoperfusão, resultou do aumento da pressão intratorácica, com compromisso do retorno venoso e diminuição do débito cardíaco (Lisboa et al., 2025).

Este caso evidencia a importância de abordagens sistematizadas, como o ITLS, sobretudo em doentes geriátricos, nos quais mecanismos de baixa energia podem originar lesões graves e de apresentação tardia (Battle et al., 2020). A fratura pertrocantérica atuou como lesão distrativa, contribuindo para um quadro de *missed injury* (Selva & Casadei, 2022).

As lesões distrativas representam um desafio significativo à prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma, apesar de existirem ferramentas de avaliação que possibilitem uma abordagem organizada e segura (Selva & Casadei, 2022).

A evidência científica aponta que lesões traumáticas concomitantes podem permanecer ocultas ou serem detetadas tardiamente quando estamos perante uma lesão

ortopédica primária, reforçando a necessidade da aplicação de protocolos ITLS. O caso em estudo revela similaridades com situações descritas na literatura associadas a fratura do fémur em idade geriátrica, frequentemente associadas a diversas comorbilidades, maior fragilidade clínica e risco acrescido de complicações em contexto cirúrgico (Roche et al., 2005).

A monitorização contínua e reavaliação sistemática foram determinantes para a deteção precoce da deterioração clínica e implementação de intervenções adequadas, incluindo oxigenoterapia, transfusão e drenagem torácica.

Destaca-se o papel fundamental da abordagem multidisciplinar, envolvendo ortopedia, cirurgia, medicina interna, anestesiologia e enfermagem, cuja articulação permitiu diagnóstico célere, intervenção eficaz e estabilização clínica. Esta cooperação foi essencial para garantir cuidados seguros e centrados na pessoa.

O Modelo de Virginia Henderson contribuiu para a identificação das necessidades comprometidas, orientando o raciocínio clínico e a priorização das intervenções.

CONCLUSÃO

O presente RELATO DE CASO evidencia a complexidade da abordagem ao utente geriátrico em contexto de trauma e pós-operatório, particularmente perante apresentações clínicas atípicas e evolução potencialmente insidiosa. A ocorrência de hemopneumotórax traumático reforça a necessidade de uma avaliação rigorosa, sistematizada e contínua, mesmo em situações aparentemente de baixo risco, como a queda da própria altura.

A monitorização clínica contínua e a reavaliação sistemática revelaram-se determinantes para a identificação precoce da deterioração respiratória e hemodinâmica, permitindo uma intervenção atempada e eficaz. Destaca-se o papel do raciocínio clínico e da utilização de instrumentos de avaliação na tomada de decisão em contexto de elevada complexidade.

A atuação articulada de uma equipa multidisciplinar, envolvendo ortopedia, cirurgia, medicina interna, anestesiologia e enfermagem, foi essencial para garantir uma resposta integrada, segura e centrada na pessoa, contribuindo decisivamente para a estabilização clínica e evolução favorável da doente.

A aplicação do Modelo de Virginia Henderson constituiu um suporte relevante na identificação das necessidades comprometidas e na organização dos cuidados, reforçando uma abordagem holística e individualizada.

Em síntese, este caso reforça a importância de uma abordagem estruturada, vigilância contínua e trabalho interdisciplinar no cuidado ao doente crítico, contribuindo para a deteção precoce de complicações, melhoria dos resultados clínicos e qualidade dos cuidados de saúde.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Ao longo do presente RELATO DE CASO foram respeitados os princípios de confidencialidade, anonimato e utilização exclusiva do caso para fins académicos. Para esse efeito, foi obtido consentimento informado da respetiva doente, o qual se encontra apresentado abaixo (DGS, 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, T. C., Borges, L. P., Costa, P. H., Rocha, S. L. S., Silva, J. C. M., de Lima, M. G. A., ... & Araújo, G. M. C. (2024). Impacto da avaliação primária adequada no prognóstico e na sobrevivência das vítimas de trauma. *Brazilian Journal of Implantology and Heather Sciences*, 6(4), 726-734. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n4p726-734>;
- Battle, C.E., Hutchings, H., & Evans, P, A. (2020). *New horizons in rib fracture management in the older adults. Age and Ageing*, 49(2), 161-167. [10.1093/ageing/afz157](https://doi.org/10.1093/ageing/afz157);
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)* (S. I. de Oliveira et al., Trads.), Elsevier;
- Cecconi, M., De Backer, D., Antonelli, M., Beale, R., Bakker, J., Hofer, C., Rhodes, A (2014). Consensus on circulatory shock and hemodynamic monitoring. *Intensive Care Medicine*, 40(12), 1795-1815. DOI: [10.1007/s00134-014-3525-z](https://doi.org/10.1007/s00134-014-3525-z);
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>;
- Costa, M.E.M, et al. (2024). Uso de protocolos de resposta rápida no atendimento de politraumatizados: uma revisão literária. *Brazilian Journal of Implantology and*

Health Sciences; 6(9): 237-253. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p237-253>;

Direção Geral da Saúde. (2015). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Obtido de https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf;

Ferreira, F. I. da S. (2025). *Retriagem no serviço de urgência pelo enfermeiro: Aplicação da escala de NEWS* [Relatório de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde]. Repositório Científico do Politécnico de Leiria;

Gazel, W. F., Gonçalves, A. M., da Trindade, Â. C., Teodoro, C. R. G., Hoh, J. B. P., de Amorim, R. B., & Gomes, R. G. (2025). Protocolos de atendimento pré-hospitalar no trauma: Impacto na mortalidade e sobrevivência. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 11(2), 1919-1926. <https://doi.org/10.51891/rease.v11i2.18233>;

Henderson, V. (2007). *The concept of nursing*. *Journal of Advanced Nursing*, 53(1), 21-34. (Obra original publicada em 1966)

Lindborg, R., Jambhekar, A., Chan, V., Laskey, D., Rucinski, J., & Fahoum, B. (2018). *Distracting injury defined: Does an isolated hip fracture constitute a distracting injury for clearance of the cervical spine?* *Emergency Radiology*, 25(1). 35-39. doi: [10.1007/s10140-017-1555-x](https://doi.org/10.1007/s10140-017-1555-x);

Lisboa, T. M. X. de C., Miguel, M. E. G., Jorge, M. L. F., Lima, C. V. Q., Zanetti, K.

L. S., Dias, T. de O., Santos, G. V. P., Martins, F. J., Soares, R. M., Chociai, C. S., Passaglia, L. R., & Lima, B. G. da S. (2025). *O estado de choque: Classificação e estratégias iniciais de manejo*. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 7(2), 2073–2086. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n2p2073-2086>;

Martins, A., Fernandes, M., Maia, J. M., Cortesão, N., Ferrão, C., Neves, J., & Leuschner, P. (2022). *Respiratory failure: A definition and classification proposal*. *Internal Medicine*, 29(4), 248–255. <https://doi.org/10.24950/rspmi.1359>;

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., & Swanso, E. (2010). *NOC – Classificação dos Resultados de Enfermagem*. Elsevier;

- Pfeifer, R., & Pape, H.C. (2008). *Missed injuries in trauma patients: A literature review. Patient Safety in Surgery*, 2(20). [10.1186/1754-9493-2-20](https://doi.org/10.1186/1754-9493-2-20);
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier;
- Queiroz, S. M. B. D. (2018). Subconjunto terminológico da CIPE para pessoas idosas com traumas musculoesqueléticos de membros inferiores: fundamento em Virgínia Henderson;
- Roche, J.J. W., Wenn, R.T., Sahota, O., & Moran, C. G. (2005). *Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture. BMJ*, 331(7529), 1374. DOI: [10.1136/bmj.38643.663843.55](https://doi.org/10.1136/bmj.38643.663843.55);
- Rui, C., Zhou, S., & Yin, Y (2026). Intraoperative hypotension is associated with adverse postoperative clinical outcomes in elderly patients with hip fractures. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*. doi: [10.1186/s13018-026-06731-5](https://doi.org/10.1186/s13018-026-06731-5);
- Scala R, Heunks L. Highlights in acute respiratory failure. *European Respiratory Review* 2018; 27: 180008. doi: <https://doi.org/10.1183/16000617.0008-2018>;
- Selva, B., & Casadei, J. I. (s.d.). *¿Cuál es la frecuencia y cuáles son los factores que influyen en las lesiones ocultas en trauma? Un análisis de: "Missed injuries during the initial assessment in a cohort of 1124 level-1 trauma patients"* [Revisão crítica]. Sociedad Argentina de Emergencias, Comité de Trauma.
- Shimoni, Z., Abu D. F., Hermush, V., & Froom, P. (2025). *Older hospitalised patients with a chief complaint of weakness and nonspecific presentations are not at risk of adverse health outcomes. Journal of Evaluation in Clinical Practice*. <https://research.ebsco.com/c/gf44mk/viewer/html/43fv2dhp45>;
- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2004). *Nursing theorists and their work* (6th ed.). Mosby;
- Vicens Ferrer, J., Sarubbo, M. F., Sánchez Cuadrado Olea, D. S., González de Cabo, M., Estremera Rodrigo, A., & Agudo García, M. (2025). *Eficacia de la formación ITLS (International Trauma Life Support) en el manejo del paciente con trauma grave en un servicio de urgencias: creación de herramientas de mejora. Educación Médica*, 26, Article 101056. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2025.101056>;
- Zaparoli, A. M., Silva, M. L. D., Assis, R. D., & Gaspar, A. A. C. D. S. (2022). Assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado. *CuidArte, Enferm*, 119-127.

ÍNDICE DE PÓSTERES

1- O CIRCUITO DO DOENTE ENTRE UMA URGÊNCIA BÁSICA E UMA URGÊNCIA POLIVALENTE NUMA REGIÃO A SUL DO PAÍS: O PAPEL DO ENFERMEIRO

Autores: Ana Isabel Canhoto, Dulce Velez, Marta Félix, Mónica Alves, Patrícia Ameixa

2- VESTÍGIOS FORENSES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PRESERVAÇÃO DA EVIDÊNCIA

Autores: Ana Sofia dos Santos Cassiano, Ana Laura Gomes Fernandes, José Miguel Borrego Rodrigues, Manuel Rita Guerreiro, Miguel António Cláudio Colaço Romão e Alice Ruivo

3- TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NA TRIAGEM EM SITUAÇÃO DE MULTÍTIMAS: IMPLICAÇÕES PARA A SEGURANÇA DO DOENTE

Autores: Adélia Pereira, Beatriz Guedes, Inês Mataloto, Isabel Santana, Miguel Abreu, Guida Amaral e Alice Ruivo

4- RACIOCÍNIO CLÍNICO: UMA FERRAMENTA NO DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM CLÍNICA

Autores: Ana Cláudia Aguilar Dinis Pereira Bento, Carolina Isabel Azevedo Gonçalves, Diana Machado Pires, Inês Pesquinha Canal Guerreiro, Isabel Dias de Sá Oliveira, Margarida de Sousa Magalhães, Tiago Daniel Ferreira Santos, Marta Sofia Inácio Catarino, Rute Isabel Quadrado Pires

5- INTEGRAÇÃO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA ENFERMAGEM: BENEFÍCIOS, APLICABILIDADE E DESAFIOS ÉTICOS

Autores: Célia Catarino, Alexandre Ramalho, Ana Margarida Perdigão, Carlos Varandas, Mónica Alves e Patrícia Ameixa

6- DO TREINO À AÇÃO: O IMPACTO DA SIMULAÇÃO CLÍNICA NA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO PERANTE A PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA

Autores: Eduardo Miguel Duarte Pires, Inês Alexandra de Sousa Jerónimo, Rui Miguel da Cruz Costa e Valter Coelho Ferreira

7- ABORDAGEM INICIAL À PESSOA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA ADMITIDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: SCOPING REVIEW

Autores: Andreia Pereira, Carolina Pinto, Filomena Santos, Mariana Ferreira, Mariana Pessoa, Marisa Guerra

8- CARRO DE EMERGÊNCIA: REALIDADE DE UM SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DE UMA ULS DA REGIÃO SUL DO PAÍS

Autores: Maria João Infante Godinho, Cristina Isabel Frangão Magro, Margarida dos Santos Ferreira de Almeida Sanina, Susana Isabel Vicente Figueira Dias, Teresa Sofia Chocalheiro dos Santos

O CIRCUITO DO DOENTE ENTRE UMA URGÊNCIA BÁSICA E UMA URGÊNCIA POLIVALENTE NUMA REGIÃO A SUL DO PAÍS: O PAPEL DO ENFERMEIRO

Ana Isabel Canhoto¹, Dulce Velez¹, Marta Félix¹, Mónica Alves¹, Patrícia Ameixa¹

¹Unidade Local de Saúde Alentejo Central, Serviço de Urgência Básica de Estremoz, Évora, Portugal

Abstract

Introdução: O circuito do doente nos serviços de urgência é complexo e exige articulação entre níveis de resposta, nomeadamente o Serviço de Urgência Básica (SUB) e o Serviço de Urgência Polivalente (SUP). A elevada procura e complexidade dos cuidados tornam essencial uma gestão eficaz do fluxo, centrada na continuidade, segurança e qualidade. Os enfermeiros assumem papel central na triagem, priorização clínica, coordenação inter-serviços e monitorização na transferência. A transferência entre SUB e SUP constitui um momento crítico, associado a riscos acrescidos, exigindo planeamento, vigilância e capacidade de resposta. A intervenção do enfermeiro inclui preparação, estabilização e acompanhamento do doente, contribuindo para a melhoria da qualidade, redução de tempos de espera e aumento da satisfação dos utentes.

Objetivo: Melhorar a segurança e eficiência do circuito do doente entre SUB e SUP através da padronização da transferência de enfermagem.

Metodologia: Estudo de melhoria contínua da qualidade, com desenho quase-experimental do tipo antes e após. A população inclui enfermeiros do SUB e doentes transferidos entre SUB e SUP com utilização da metodologia PDCA. Os indicadores incluem tempo de transferência, completude dos registos de enfermagem, ocorrência de eventos adversos e perceção dos profissionais. A intervenção consiste na implementação de um protocolo de transferência de enfermagem e utilização de ferramentas padronizadas de comunicação, como o ISBAR. A avaliação será realizada comparando indicadores antes e após intervenção.

Resultados: Prevê-se que a intervenção reduza o tempo de transferência, melhore a completude dos registos e diminua eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar. Espera-se ainda uma perceção mais positiva dos profissionais relativamente à organização do circuito, reforçando a segurança e continuidade dos cuidados. Em 2025, o SUB registou 29 735 atendimentos, dos quais 2 884 (9,7%) resultaram em transferência para outras unidades. Apenas 30 transferências para o SUP foram registadas como acompanhadas por enfermeiro, valor provavelmente subestimado devido a registos incompletos. Estes dados permitem caracterizar a população e orientar indicadores de qualidade e segurança, assegurando princípios éticos de confidencialidade e anonimato.

Discussão: A implementação de protocolos estruturados e comunicação padronizada contribui para a gestão do fluxo de doentes, reduzindo tempos de espera e prevenindo eventos adversos. O enfermeiro destaca-se como elemento-chave na articulação entre SUB e SUP, assegurando monitorização e continuidade dos cuidados. Entre as limitações destacam-se carga de trabalho, resistência à mudança e variabilidade organizacional, que podem condicionar a implementação. Os dados preliminares reforçam a necessidade de intervenções estruturadas, sobretudo considerando a reduzida formalização do acompanhamento de enfermagem nas transferências.

Conclusão: O estudo encontra-se em fase inicial de análise do circuito do doente entre SUB e SUP. Os resultados preliminares evidenciam a necessidade de padronização da transferência e da comunicação, com impacto esperado na segurança, eficiência e qualidade dos cuidados. Os enfermeiros assumem um papel central na coordenação e monitorização do processo. A fase seguinte permitirá avaliar o impacto da intervenção e orientar melhorias contínuas.

Palavras-Chave: Cuidados de Enfermagem; Segurança do paciente; Serviço Hospitalar de Emergência; Transferência de Pacientes

Referências Bibliográficas:

Benjamin, E. (2024). The work of patient flow management: A grounded theory study of emergency nurses. *International Emergency Nursing*, 74, 101457. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101457>;

Benjamin, E., & Wolf, L. A. (2022). "Nurses are every bit of the flow:" Emergency department nurses' conceptualization of patient flow management. *Journal of Nursing Scholarship*, 57(6), 1407–1414. <https://doi.org/10.1111/nuf.12834>;

Benjamin, E. (2025). Innovations in emergency nursing: Adapting patient flow management to emergency department overcrowding. *Journal of Emergency Nursing*, 51(2), 261–268. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2024.10.002>;

Hou, H., et al. (2025). The lived experience of presenteeism among emergency nurses. *BMC Nursing*, 24, 1255. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03902-3>;

Murata, M., Nakagawa, N., Kawasaki, T., Yasuo, S., Yoshida, T., Ando, K., Okamori, S., & Okada, Y. (2022). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Emergency Medicine*, 52, 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.11.021>.

VESTÍGIOS FORENSES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA **A ENFERMAGEM E A PRESERVAÇÃO DA EVIDÊNCIA:** **UMA SCOPING REVIEW**

Ana Cassiano¹, Ana Fernandes², José Rodrigues³, Manuela Guerreiro¹, Miguel Romão¹ e Alice Ruivo⁴

¹Unidade Local de Saúde Baixo Alentejo, Serviço de Urgência Básica de Castro Verde, Beja, Portugal

²Unidade Local de Saúde São José, Hospital Curry Cabral, Unidade Cuidados Intensivos Polivalente, Lisboa, Portugal

³Unidade Local de Saúde Alto Alentejo, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, Portalegre, Portugal

⁴Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbel, Portugal

Abstract

Introdução: O aumento de situações de violência torna os serviços de urgência contextos críticos para a identificação de vítimas e gestão de vestígios com relevância médico-legal. Os enfermeiros desempenham um papel central na colheita, preservação e documentação da evidência, garantindo a cadeia de custódia sem comprometer a estabilização clínica. Contudo, as práticas descritas na literatura permanecem dispersas, justificando a necessidade de mapear sistematicamente a evidência disponível e identificar lacunas de conhecimento.

Objetivo: Mapear a evidência científica relativa às práticas de colheita, preservação, documentação e manutenção da cadeia de custódia de vestígios forenses realizadas por enfermeiros em contexto do Serviço de Urgência. Como objetivos específicos: Descrever os procedimentos sobre a colheita, preservação, documentação e manutenção da cadeia de custódia de vestígios forenses; identificar os instrumentos normativos que regulam a prática forense no contexto nacional.

Metodologia: Foi realizada uma *Scoping Review* seguindo a metodologia do Joanna Briggs Institute, estruturada segundo a abordagem PCC: População: enfermeiros/as em

serviços de urgência/emergência; Conceito: práticas de colheita, preservação, documentação e manutenção da cadeia de custódia de vestígios ou indícios de crime; Contexto: serviços de urgência/emergência. A pesquisa foi realizada no EBSCOhost em todas as bases de dados disponíveis, com equação booleana integrando termos DeCS/MeSH e linguagem natural. Foram identificados 56 artigos; após aplicação de critérios de inclusão dos últimos cinco anos e triagem por título, resumo e leitura integral, a revisão foi finalizada com 7 artigos. Paralelamente realizou-se pesquisa do enquadramento legal e normativo português. Do ponto de vista ético, não foram envolvidos participantes humanos, sendo dispensável parecer de comissão de ética; foram respeitados os princípios de rigor científico e propriedade intelectual.

Resultados: A literatura identifica quatro eixos centrais da prática forense em enfermagem: colheita de vestígios, preservação, documentação e manutenção da cadeia de custódia. Os estudos descrevem procedimentos de recolha de evidência biológica e física, técnicas adequadas de preservação e embalagem, registos clínicos objetivos e rastreabilidade rigorosa até à entrega às autoridades. Os enfermeiros de urgência desempenham um papel central nestes processos, contudo as práticas revelam heterogeneidade associada a lacunas formativas, ausência de protocolos estruturados e constrangimentos organizacionais, consistente com o reportado na literatura internacional.

Conclusão: Os resultados evidenciam a necessidade de reforçar a formação específica e contínua em enfermagem forense e de desenvolver protocolos institucionais claros para colheita, preservação, documentação e manutenção da cadeia de custódia. Sugere-se a dotação de recursos materiais adequados, como kits de evidência e formulários padronizados, e a realização de investigação que avalie o impacto dessas intervenções nos desfechos judiciais. A integração estruturada da dimensão forense na prática clínica melhora a qualidade dos cuidados às vítimas e reforça o sistema de justiça. Em Portugal, esta é uma competência do enfermeiro especialista em EMCPSC, reconhecida pela OE como competência acrescida diferenciada. Como limitações, destaca-se o reduzido número de estudos incluídos, a heterogeneidade metodológica e a escassez de investigação no contexto português, limitando a transferibilidade dos resultados para a realidade nacional.

Palavras-Chave: Enfermagem Forense; Enfermagem em Emergência; Serviços Médicos de Emergência; Manuseio de Amostras; Banco de Espécimes Biológicos.

Referências Bibliográficas:

- Direção-Geral da Saúde. (2016). Violência interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde (2.^a ed.). Direção-Geral da Saúde;
- Hickey, J., White, M., & Gantz, S. (2024). Best Practices in the Nursing Care of Patients With Injuries From Violence: An Integrative Review. *Critical Care Nurse*, 44(5), 32–41. <https://doi.org/10.4037/ccn2024639>;
- Jeong, S., & Lee, M. K. (2026). Development of a forensic evidence preservation protocol for militar emergency departments: A methodological study. *Medicine*, 105(8), e47722. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000047722>;
- Rosado, M. E. C. P., Oliveira, T. D. de, Soares, J. da S., Barbosa, K. T. F., Almeida, F. das C. A. de Souto, R. Q., & Santos, J. de S. (2025). Práticas forenses realizadas por enfermeiros em urgência e emergência a pessoas em situação de violência: revisão de escopo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 46. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240350.pt>;
- Silva, R. X., Ferreira, C. A. A., Sá, G. G. de M., Souto, R. Q., Barros, L. M., & Galindo-Neto, N. M. (2022). Preservação de vestígios forenses pela enfermagem nos serviços de emergência: revisão de escopo. In *Revista latino-americana de enfermagem* (Vol. 30, p. e3593). NLM (Medline). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5849.3593>

TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NA TRIAGEM **EM SITUAÇÃO DE MULTIVÍTIMAS:** **IMPLICAÇÕES PARA A SEGURANÇA DO DOENTE**

Adélia Pereira¹, Beatriz Guedes², Inês Mataloto¹, Isabel Santana³, Miguel Abreu¹, Guida Amaral⁴ e Alice Ruivo⁴

¹Unidade Local de Saúde Alentejo Central, Hospital do Espírito Santo de Évora, Évora, Portugal

²Unidade Local de Saúde Arrábida, Hospital Ortopédico Santiago do Outão, Setúbal, Portugal

³Unidade Local de Saúde Alto Alentejo, Hospital Santa Luzia de Elvas, Portalegre, Portugal

⁴Instituto Politécnico de Setúbal, Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal

Abstract

Introdução: A tomada de decisão do enfermeiro na triagem em incidentes com múltiplas vítimas constitui uma das decisões clínicas mais precoces e críticas, orientada para identificar rapidamente a gravidade das lesões, priorizar recursos escassos e minimizar consequências negativas para os doentes. Em cenários de desastre, decisões rápidas e consistentes influenciam diretamente a adequação da priorização, o fluxo assistencial e a utilização eficiente dos recursos, com impacto na segurança do doente e nos resultados clínicos.

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre os fatores determinantes da tomada de decisão dos enfermeiros na triagem, em situações de múltiplas vítimas, e as suas implicações para a segurança do doente.

Metodologia: Foi realizada uma *scoping review* de acordo com a metodologia do Joanna Briggs Institute e com as recomendações do PRISMA-ScR. A questão de investigação foi estruturada segundo a estratégia PCC (População–Conceito–Contexto), considerando enfermeiros envolvidos em processos de triagem, a tomada de decisão e o contexto de

incidentes com múltiplas vítimas. A pesquisa foi realizada na plataforma PubMed, utilizando descritores MeSH/DeCS combinados com operadores booleanos. Foram definidos critérios de inclusão relativos ao período temporal, idioma e disponibilidade do texto integral. Foram incluídos estudos publicados nos últimos cinco anos, em português, inglês ou castelhano. Após o processo de seleção, oito estudos foram incluídos.

Resultados: Os estudos incluídos apresentam diversidade metodológica (quantitativos observacionais, qualitativos e revisões da literatura) e abrangem contextos hospitalares, pré-hospitalares e de simulação. A tomada de decisão na triagem é influenciada por fatores individuais, formativos e organizacionais. Destacam-se como determinantes individuais a experiência clínica, o conhecimento em preparação para desastres, a intuição e as capacidades cognitivas, associados a maior precisão na classificação das vítimas. Ao nível formativo, o treino específico em gestão de desastres, a utilização de cenários de simulação e a aplicação de protocolos estruturados contribuem para decisões mais consistentes. Por outro lado, fatores organizacionais, como falhas de comunicação, escassez de recursos e dificuldades logísticas, comprometem a qualidade da decisão, aumentando o risco de subtriagem e sobretriagem, com impacto em atrasos no tratamento e aumento da mortalidade.

Discussão: A tomada de decisão na triagem em situações de múltiplas vítimas configura um processo complexo, dependente da interação entre competências individuais, preparação formativa e condições organizacionais. A evidência sugere que o treino contínuo e baseado em simulação constitui um elemento central para a melhoria da precisão da triagem, enquanto fragilidades organizacionais podem comprometer a eficácia da resposta. Estes fatores influenciam diretamente a priorização das vítimas, a gestão de recursos e a segurança do doente.

Conclusão: A tomada de decisão na triagem de múltiplas vítimas tem influência de vários fatores, requer formação específica, treino simulado, protocolos estruturados e apoio organizacional para garantir segurança do doente. A pesquisa revela fragilidades, nomeadamente escassez de estudos em cenários reais e foco predominante em simulações, além da falta de formação em sistemas de triagem que reduzam erros e aumentem a sobrevivência. O Enfermeiro Especialista em EMC-PSC assume um papel central na conceção de planos de catástrofe eficazes, éticos e cientificamente fundamentados.

Palavras-chave: Decision Making; Triage; Mass Casualty Incidents; Patient Safety; Nursing.

Referências Bibliográficas:

- Açık, C., & Sevim, T. Y. (2025). The experiences of nurses as first responders to disaster: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*. <https://doi.org/10.1111/nhs.70084>;
- Alruqi, F., Aglago, E. K., Cole, E., & Brohi, K. (2023). Factors associated with delayed pre-hospital times during trauma-related mass casualty incidents: A systematic review. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 17(e525), 1–9. <https://doi.org/10.1017/dmp.2023.187>;
- Azizpour, I., Mehri, S., & Habibi Soola, A. (2022). Disaster preparedness knowledge and its relationship with triage decision-making among hospital and pre-hospital emergency nurses - Ardabil, Iran. *BMC Health Services Research*, 22(1), 934. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08311-9>;
- Ghanbari, V., Ardalan, A., Zareiyan, A., Nejati, A., Hanfling, D., Bagheri, A., & Rostamnia, L. (2021). Fair prioritization of casualties in disaster triage: A qualitative study. *BMC Emergency Medicine*, 21(118). <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00515-2>;
- Schulz, F., Hultin, M., & Gyllencreutz, L. (2025). Self-assessment of learning outcomes in prehospital disaster response skills: instrument development and validation for mass casualty incident training. *BMJ Open*, 15, e098284. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-098284>;
- Suda, A. J., Franke, A., Hertwig, M., & Gooßen, K. (2025). Management of mass casualty incidents: A systematic review and clinical practice guideline update. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 51(5). <https://doi.org/10.1007/s00068-024-02727-0>;
- Suzer, N. E., Umaç, G. A., & Yilmaz, S. (2025). The impact of receiving hospitals on the management and outcomes of injured patients in traffic accidents causing mass casualty incidents. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 31(7), 627–635. <https://doi.org/10.14744/tjtes.2025.04643>;
- Wisnesky, U. D., Kirkland, S. W., Rowe, B. H., Campbell, S., & Franc, J. M. (2022). A qualitative assessment of studies evaluating the classification accuracy of personnel using START in disaster triage: A scoping review. *Frontiers in Public Health*, 10, Artigo 676704. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.676704>.

RACIOCÍNIO CLÍNICO: UMA FERRAMENTA NO DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM CLÍNICA

Ana Dinis¹ Ana Bento¹, Carolina Gonçalves¹, Diana Pires¹, Inês Guerreiro¹, Isabel Oliveira¹, Margarida Magalhães¹, Tiago Santos¹, Marta Catarino², Rute Pires²

¹Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Departamento de Enfermagem, 1º ano Licenciatura em Enfermagem 2025/2026, Évora, Portugal

²Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Departamento de Enfermagem, Évora, Portugal

Introdução: O raciocínio clínico engloba a avaliação inicial, o diagnóstico, a tomada de decisão e a intervenção, aumentando a capacidade de resolução de problemas associados ao desenvolvimento do mesmo. Sabendo ainda que o Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui uma das principais causas de incapacidade adquirida, exigindo dos profissionais de saúde competências avançadas de raciocínio clínico, avaliação rápida e tomada de decisão fundamentada — aspetos centrais nos contextos de urgência e emergência, foi então analisado um caso de uma mulher de 74 anos, internada após AVC isquémico, que apresenta défices motores, disartria e ansiedade significativa.

Objetivo: Analisar os principais problemas clínicos identificados após AVC isquémico — capacidade funcional, comunicação e ansiedade — e discutir as suas implicações para a prática de enfermagem em contextos de urgência e emergência.

Metodologia: Análise descritiva e interpretativa de caso clínico, de pessoa idosa com 74 anos de idade internada após AVC isquémico. Foi realizada análise da anamnese, sinais e sintomas, história clínica e juízos diagnósticos formulados segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Esta análise foi concretizada mediante recolha sistemática de dados com recurso a avaliação funcional, escalas validadas (ex. HADS para ansiedade), identificação de focos clínicos prioritários, formulação de diagnósticos e validação com evidência científica.

Resultados: Da análise emergiram três diagnósticos principais, nomeadamente, i) capacidade para executar higiene comprometida, associada à diminuição da força muscular no hemicorpo direito e dependência parcial nas atividades de autocuidado; ii) capacidade para comunicar através da fala comprometida relacionada com disartria pós-AVC, afetando a inteligibilidade verbal e a expressão de necessidades; e, iii) ansiedade elevada, manifestada pela preocupação com a perda de autonomia, regresso a casa e alterações do estado funcional. As intervenções propostas incluíram: promoção da autonomia, apoio emocional, técnicas de relaxamento, estratégias facilitadoras de comunicação e referenciação para terapia da fala, tendo a evidência científica analisada comprovado a adequação destas intervenções.

Discussão: Os défices funcionais e comunicacionais após AVC têm impacto direto na segurança clínica, risco de complicações e capacidade de resposta em situações de urgência. A dependência parcial na higiene e mobilidade aumenta o risco de quedas, infeções e deterioração funcional — aspetos críticos em ambientes de elevada rotatividade e pressão assistencial. A disartria compromete a comunicação terapêutica, podendo atrasar a identificação de necessidades urgentes. A ansiedade elevada interfere com a adesão ao tratamento, qualidade do sono e capacidade de coping, sendo um fator de risco para descompensações emocionais durante o internamento. A integração de intervenções baseadas na CIPE e suportadas por evidência científica reforça a importância do raciocínio clínico estruturado na prática avançada em urgência e emergência.

Conclusão: A análise do caso evidencia a necessidade de uma abordagem multidimensional no cuidado à pessoa após AVC, integrando avaliação funcional, comunicação e saúde emocional. Como limitações evidenciamos a utilização de um único caso clínico e ausência de follow-up após a alta. Contudo, destacam-se as implicações para a prática clínica, como a importância da avaliação holística e da tomada de decisão rápida e fundamentada em contextos de urgência e emergência, onde alterações funcionais e emocionais podem alterar drasticamente a situação do doente.

Palavras-chave: AVC; Enfermagem; Ansiedade; Comunicação; Autocuidado.

Referências Bibliográficas:

Balzan, P., Palmer, R., & Tattersall, C. (2024). Speech and language therapists' management practices, perceived effectiveness of current treatments and interest in neuromuscular electrical stimulation for acquired dysarthria rehabilitation: An

- international perspective. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 59(4), 744–761. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12963>;
- Costa, J., Pereira, L., Silva, L., Bessa, É., Pires, O., Lopes, P., Abreu, N., Santos, R., & Sobral, S. (2025). Ansiedade e autocontrolo: Documentação de cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. *Germinare*, 5, 117–127. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17257208>;
- Hong, S., Lee, J., Jang, Y., & Lee, Y. (2021). A Cross-Sectional Study: What Contributes to Nursing Students' Clinical Reasoning Competence?. *International journal of environmental research and public health*, 18(13), 6833. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136833>;
- Instituto Português da Afasia. (2026). Afasia e disartria. <https://ipafasia.pt/afasia-e-disartria>/Joplin-Gonzales, P., & Rounds, L. (2022). The Essential Elements of the Clinical Reasoning Process. *Nurse educator*, 47(6), E145–E149. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001202>;
- International Classification for Nursing Practice [ICNP]. (2020). CIPE 2020 Português. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>;
- Joplin-Gonzales, P., & Rounds, L. (2022). The Essential Elements of the Clinical Reasoning Process. *Nurse educator*, 47(6), E145–E149. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001202>;
- Lopes, M., Pires, R., & Pinho, L. G. de. (2026). Raciocínio Clínico. In M. Lopes (Ed.), *Raciocínio Clínico em Enfermagem* (1.a, pp. 1–40). Lidel - Edições Técnicas, Lda;
- Mohammadi-Shahboulaghi, F., Khankeh, H., HosseinZadeh, T. (2021). Clinical reasoning in nursing students: A concept analysis. 56:1008-1014. <https://doi.org/10.1111/nuf.12628>;
- Ruivo, A., Marques, M. do C., Pedrosa, M., Pires, R., & Mendonça, S. (2026). Desenvolvimento de Competências de Raciocínio Clínico em Contexto de Doença Aguda. In M. Lopes (Ed.), *Raciocínio Clínico em Enfermagem* (1.a). Edições Técnicas, Lda;
- Scott I. A. (2009). Errors in clinical reasoning: causes and remedial strategies. *BMJ* (Clinical research ed.), 339, b1860. <https://doi.org/10.1136/bmj.b1860>.

INTEGRAÇÃO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA ENFERMAGEM: BENEFÍCIOS, APLICABILIDADE E DESAFIOS ÉTICOS

Célia Catarino¹, Alexandre Ramalho¹, Ana Perdigão¹, Carlos Varandas², Mónica Alves¹, Patrícia Ameixa¹

¹Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Serviço de Urgência Básica de Estremoz, Évora, Portugal

²Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, SIV de Estremoz, Évora, Portugal

Introdução: A inteligência artificial (IA) surge como a tecnologia emergente de elevado potencial na transformação da enfermagem, apoiando a tomada de decisão, a monitorização de doentes, a gestão de fluxos de trabalho e a prática baseada em evidência (PBE). A sua utilização permite melhorar a precisão diagnóstica, antecipar complicações, reduzir erros clínicos e aumentar a eficiência operacional. Contudo, a implementação da IA enfrenta desafios éticos, técnicos e organizacionais, incluindo viés algorítmico, proteção de dados, infraestrutura tecnológica limitada e necessidade de supervisão profissional contínua.

Objetivo: Identificar os benefícios, qual a aplicabilidade e os desafios encontrados na utilização da IA no contexto de enfermagem, com enfoque na prática baseada na evidência e na qualidade dos cuidados.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura, com pesquisa na base de dados B-On, através dos descritores DeCS/MeSH “enfermagem”; “inteligência artificial”; “prática profissional”; “inovação em saúde”; “saúde digital”, que fossem de acordo com o objetivo da revisão, publicados nos últimos 5 anos. Questão de investigação: De que forma a integração da IA na enfermagem influencia a qualidade dos cuidados, a prática clínica e os desafios éticos associados?

Resultados: A IA apresenta elevado potencial para suporte à decisão clínica, deteção precoce de alterações do estado de saúde, estratificação de risco, monitorização remota de doentes e antecipação de complicações. Permite processar grandes volumes de

dados em tempo real, gerar recomendações baseadas em evidência, automatizar registos clínicos e otimizar fluxos de trabalho, reduzindo a carga administrativa e cognitiva dos profissionais de saúde. Estudos revelam elevada concordância entre diagnósticos gerados por IA e avaliações clínicas de especialistas, reforçando o seu papel como ferramenta complementar ao julgamento humano. Na educação em enfermagem, a IA favorece aprendizagem personalizada, simulações interativas e feedback imediato, fortalecendo competências técnicas, cognitivas e éticas. Ambientes simulados permitem prática repetitiva de procedimentos, reflexão sobre dilemas complexos e tomada de decisão segura.

Discussão: A IA contribui para a otimização de recursos, planeamento de intervenções individualizadas e monitorização em tempo real, promovendo maior eficiência dos cuidados e satisfação de doentes e familiares. Potencializa a inovação na PBE, acelerando a síntese de conhecimento e o desenvolvimento de intervenções em enfermagem. Contudo, a sua implementação implica desafios éticos relevantes, incluindo privacidade e confidencialidade de dados, consentimento informado, viés algorítmico e desigualdade de acesso, exigindo supervisão rigorosa. A IA não substitui competências humanas essenciais, como empatia, pensamento crítico e julgamento clínico, devendo ser utilizada como ferramenta de apoio. A responsabilidade clínica deve permanecer com profissionais de saúde, assegurando segurança do doente e qualidade dos cuidados prestados atuais.

Conclusão: A IA representa uma ferramenta transformadora, capaz de aumentar a eficiência, apoiar decisões clínicas e promover cuidados individualizados e baseados na evidência. A sua implementação deve ser ética, responsável e centrada no doente, garantindo que complemente, mas não substitua, a prática humana. Modelos híbridos que integrem julgamento clínico e insights algorítmicos são essenciais para maximizar os benefícios da IA sem comprometer empatia, ética e dignidade do doente. A adoção crítica desta tecnologia fortalece a enfermagem, melhora desfechos clínicos e consolida a PBE como pilar da qualidade assistencial.

Palavras-chave: Enfermagem; Inteligência artificial; Prática profissional; Inovação em saúde; Saúde digital.

Referências Bibliográficas:

Carneiro, H. (2024). A inteligência artificial ao serviço da enfermagem. *Servir*, 2(7), e34356. <https://doi.org/10.48492/servir0207.34356>;

- Costa, I. C. P., Costa, A. S., Mendes, K. D. S., & Limongi, R. (2024). Potential of artificial intelligence in evidence-based practice in nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(5), e770501. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2024770501pt>;
- Botero, D. A. M., Bomfim, R., Fonseca, K., Andrade-Gonçalves, R. L. P., Monroe, A. A., & Morales, F. (2025). Inteligência artificial na atenção primária à saúde brasileira: revisão de escopo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 78(Supl. 3), e20240363. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0363>;
- Vitorino, L. M., Yoshinari, G. H. Jr., & Lopes-Júnior, L. C. (2025). Artificial intelligence in nursing: Advancing clinical judgment and decision-making. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 78(4), e780401. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2025780401pt>;
- Shah, N., Bala, J., Sharma, A., Parmar, J. S., & Singh, D. (2025). Desafios e implicações do uso da inteligência artificial na área da saúde, com ênfase na enfermagem: Revisão de escopo. *Investigación y Educación en Enfermería*, 43(3), e15.

DO TREINO À AÇÃO: O IMPACTO DA SIMULAÇÃO **CLÍNICA NA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO** **PERANTE A PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA**

Eduardo Pires¹, Inês Jerónimo¹, Rui Costa¹; Valter Ferreira²

¹Instituto Nacional de Emergência Médica – INEM, Faro, Portugal

²Hospital dos Lusíadas – Albufeira, Faro, Portugal

Introdução: A paragem cardiorrespiratória constitui uma situação crítica que exige dos enfermeiros uma atuação rápida, tecnicamente rigorosa e coordenada. Neste contexto, a simulação clínica tem assumido um papel crescente na formação e desenvolvimento profissional, permitindo o treino em ambiente seguro e controlado, sem risco para a pessoa em situação crítica. Para além do aperfeiçoamento técnico, esta metodologia promove o desenvolvimento do raciocínio clínico, da comunicação, da liderança e da tomada de decisão em cenários de elevada complexidade. Torna-se relevante compreender de que forma a prática simulada contribui para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros na abordagem à pessoa em paragem cardiorrespiratória.

Objetivo: Mapear e analisar de que forma a simulação clínica contribui para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros na abordagem à pessoa em paragem cardiorrespiratória.

Metodologia: Realizou-se uma scoping review baseada na metodologia do Joanna Briggs Institute. A pesquisa foi efetuada no Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal e, através do motor de busca EBSCOHost, nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina e Cochrane Clinical Answers. Foram incluídos artigos científicos, teses e dissertações publicados entre 2020 e 2025, com texto integral disponível e revistos pelos pares. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados seis estudos para análise.

Resultados: A evidência analisada demonstra que a simulação clínica constitui uma metodologia eficaz no desenvolvimento de competências técnicas, cognitivas e relacionais dos enfermeiros na abordagem à pessoa em paragem cardiorrespiratória. Os estudos identificam melhorias na execução das manobras de reanimação, no raciocínio clínico, na capacidade de tomada de decisão e na coordenação da equipa. O treino repetido e o feedback estruturado surgem associados ao aumento da confiança e autonomia profissional. Destaca-se ainda o debriefing como elemento fundamental para a reflexão crítica, consolidação das aprendizagens e correção de erros.

Discussão: Os resultados reforçam a relevância da simulação clínica como estratégia pedagógica de aprendizagem ativa em enfermagem. Para além do treino técnico, a simulação favorece o desenvolvimento de competências não técnicas, nomeadamente comunicação, liderança, gestão do stress e trabalho em equipa, aspetos essenciais para a segurança e eficácia da intervenção em contexto de emergência. A integração sistemática desta metodologia na formação e atualização dos enfermeiros poderá contribuir para cuidados mais seguros, coordenados e sustentados na evidência científica, com potencial impacto na qualidade da resposta à pessoa em paragem cardiorrespiratória.

Conclusão: A simulação clínica afirma-se como um recurso pedagógico inovador e indispensável na capacitação dos enfermeiros perante situações de paragem cardiorrespiratória. Ao permitir a integração entre conhecimento teórico, treino prático e reflexão crítica, contribui significativamente para o desenvolvimento de competências essenciais à prestação de cuidados seguros e de qualidade. A implementação estruturada de programas de simulação poderá potenciar a preparação dos enfermeiros para responder de forma eficaz, segura e coordenada em contextos de emergência, com impacto na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Simulação clínica; Enfermagem; Paragem cardiorrespiratória; Reanimação cardiopulmonar; Desenvolvimento profissional.

Referências:

Fernandes, A. M. M. P. (2023). *Formar para reanimar no serviço de medicina intensiva: Desenvolver competências dos enfermeiros em suporte avançado de vida* [Relatório de Estágio de Mestrado, Universidade do Minho]. Repositório da UM – Universidade do Minho.
<https://repositorium.uminho.pt/server/api/core/bitstreams/378faa86-07df-4eb9-b5d3-0d088bbd6abd/content>;

- Huang, P.-T., Chou, P.-C., Su, H.-Y., & Chen, C.-C. (2023). *Applying team resource management and simulation training to improve the resuscitation process completion rate*. *The Journal of Nursing*, 70(1), 11–19. [https://doi.org/10.6224/JN.202302_70\(1\).11](https://doi.org/10.6224/JN.202302_70(1).11);
- Luna, J. A., & Behan, D. F. (2024). *Increasing nurse confidence through high-fidelity simulation*. *MEDSURG Nursing*, 33(1), 24–28, 50. <https://doi.org/10.62116/MSJ.2024.33.1.24>;
- Vaz, J. F. (2023). *A prática simulada na aquisição de competências em suporte avançado de vida pelos enfermeiros* [Relatório de Estágio de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. Instituto Politécnico de Setúbal Repositório. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/bf64f4de-c0b4-4027-8d2e-26d634163cfd>;
- Vella, R., Baker, E., Akerjordet, K., & Thyer, L. (2025). *The effectiveness and perceived value of feedback used in cardiac arrest simulation education: A mixed-method systematic review*. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 33, 164. <https://doi.org/10.1186/s13049-025-01456-6>.

ABORDAGEM INICIAL À PESSOA IDOSA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA ADMITIDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: SCOPING REVIEW

Andreia Pereira¹, Carolina Pinto², Filomena Santos³, Mariana Ferreira⁴, Mariana Pessoa³, Marisa Guerra²

¹Unidade Local de Saúde Almada-Seixal, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

²Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho – Barreiro, Hospital Nossa Senhora do Rosário, Barreiro, Portugal

³Unidade Local de Saúde da Arrábida, Hospital de São Bernardo, Setúbal, Portugal

⁴Unidade Local de Saúde Lezíria, Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal

Introdução: A violência contra a Pessoa idosa é um problema relevante de saúde pública, frequentemente subdiagnosticado e subnotificado, com consequências físicas, psicológicas e sociais significativas. Este fenómeno pode manifestar-se sob diferentes formas, incluindo abuso físico, psicológico, financeiro, sexual ou negligência. A vulnerabilidade associada ao envelhecimento, à dependência funcional e ao isolamento social aumenta o risco de exposição a maus-tratos. O serviço de urgência constitui um contexto privilegiado para a identificação destas situações, sendo fundamental que os profissionais de saúde realizem uma abordagem inicial sistematizada, permitindo a deteção precoce, a proteção da vítima e o encaminhamento adequado.

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre a abordagem inicial à Pessoa idosa vítima de violência admitida no serviço de urgência.

Metodologia: Foi realizada uma scoping review segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI) e as orientações da checklist PRISMA-ScR. A questão orientadora, foi estruturada pela mnemónica PCC: Quais os aspetos descritos na literatura sobre a abordagem inicial à Pessoa idosa (P) vítima de violência (C) no Serviço de Urgência (C)? A pesquisa foi realizada nas bases de dados EBSCOhost®/CINAHL, PubMed, Scopus e Web of Science, e na literatura cinzenta via RCAAP, com descritores MeSH/DeCS e

operadores booleanos sendo a estratégia de pesquisa "Elder Abuse"[Mesh]) AND "Violence"[Mesh]) AND "Emergency Service, Hospital"[Mesh].

Resultados: Foram incluídos 8 estudos. A violência contra a Pessoa idosa no serviço de urgência inclui abuso físico, psicológico, sexual, negligência e exploração financeira. O défice cognitivo, a fragilidade, a demência e o isolamento social constituem os principais fatores de risco, sendo o serviço de urgência muitas vezes o único ponto de contacto da vítima com o sistema de saúde. Foram identificados quatro instrumentos de rastreio — ED Senior AID, EM-SART, ERASE e VEPT —, com variabilidade em validade e aplicabilidade clínica, sem que nenhum constitua instrumento de referência. A sua utilização é limitada pela ausência de formação e de protocolos institucionais. A vergonha, o medo de retaliação e a pressão no serviço de urgência são as principais barreiras à deteção, enquanto a abordagem empática, a privacidade e as equipas interdisciplinares revelam-se aspetos facilitadores.

Discussão: A sobreposição de múltiplas formas de abuso e a complexidade dos fatores de risco identificados reforçam a necessidade de instrumentos de rastreio que avaliem simultaneamente diferentes dimensões. A ausência de instrumento de referência não invalida o rastreio sistemático; pelo contrário, evidencia que o julgamento clínico do enfermeiro é indispensável como complemento a qualquer ferramenta. As barreiras identificadas não são intrínsecas à vítima, mas respondem diretamente à qualidade da abordagem do profissional, o que posiciona a formação contínua como a intervenção com maior potencial de impacto na deteção precoce.

Conclusão: O serviço de urgência é um contexto-chave para a identificação precoce desta situação. Os enfermeiros ocupam uma posição privilegiada neste processo, dado o contacto direto e contínuo com os doentes. A implementação de instrumentos de rastreio validados, aliada à formação contínua, ao trabalho interdisciplinar e ao desenvolvimento de protocolos estruturados, é essencial para melhorar a proteção desta população vulnerável. Persistem lacunas na padronização dos instrumentos que exigem investimento futuro.

Palavras-chave: Elder abuse; Violence; Emergency Service, Hospital

Referências Bibliográficas:

Burnett, J., Campetti, R., Froberg, R., Beauchamp, J. E., & Lees-Haggerty, K. (2024).

Perspectives on elder mistreatment screening and responding in emergency departments:

A qualitative study with survivors. *International journal of psychiatry in medicine*, 59(6), 633–643. <https://doi.org/10.1177/00912174231225765>;

- Dash, K., Breckman, R., Lees-Haggerty, K., Elman, A., Lachs, M., Stoeckle, R. J., Fulmer, T., & Rosen, T. (2021). Developing a tool to assess and monitor institutional readiness to address elder mistreatment in hospital emergency departments. *Journal of elder abuse & neglect*, 33(4), 311–326. <https://doi.org/10.1080/08946566.2021.1965930>;
- El Hussein, M., & Sheehan, D. (2025). Nurse-administered screening tools for detecting elder abuse in emergency departments: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 81(6), 2946–2963. <https://doi.org/10.1111/jan.16650>;
- Riedel, H. B., Espejo, T., Dreher-Hummel, T., Bingisser, R., & Nickel, C. H. (2024). Screening for elder mistreatment in a Swiss emergency department: a prospective5. cohort study. *Swiss Medical Weekly*, 154(6), 3775–3775. <https://doi.org/10.57187/S.3775>;
- Rosen, T., Elman, A., Clark, S., Gogia, K., Stern, M. E., Mulcare, M. R., Makaroun, L. K., Gottesman, E., Baek, D., & Lachs, M. S. (2022). Vulnerable elder protection team: Initial experience of an emergency department-based interdisciplinary elder abuse program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(1), 150–158. <https://doi.org/10.1111/jgs.17967>.

CARRO DE EMERGÊNCIA: REALIDADE DE UM SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DE UMA ULS DO SUL DO PAÍS

Maria João Godinho¹, Cristina Magro¹, Margarida Sanina¹, Susana Dias¹, Teresa Santos¹

¹Unidade Local de Saúde do Alentejo Central EPE, Hospital do Espírito Santo de Évora, Évora, Portugal

Introdução: Segundo a norma 008/2011, de 28/03/2011 da DGS, o “carro de emergência” é uma estrutura móvel, transportável, que contém um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais, indispensáveis para a reanimação cardiorespiratória e outras situações emergentes. A sua existência, bem como a organização de todo o material e fármacos nele presentes, constituem ferramentas essenciais para o sucesso da abordagem de um doente crítico. O cumprimento das normas da DGS e da ULS são fundamentais para garantir a uniformização relativa ao conteúdo e disposição do material, sem esquecer as especificidades próprias do serviço.

Objetivo: Avaliar a conformidade e operacionalidade dos carros de emergência num serviço de Cirurgia Geral de uma ULS do sul do país.

Metodologia: Foi realizado um estudo observacional, através da análise das auditorias realizadas mensalmente num serviço de Cirurgia Geral, totalizando 24 auditorias, no biénio de 2024/2025, aos dois carros de emergência existentes. Foram avaliados parâmetros como a selagem do carro, cumprimento da checklist, organização e verificação do material, prazos de validade e funcionalidade dos equipamentos.

Resultados: Após a análise de 24 auditorias ao carro de emergência realizadas no biénio 2024/2025, verificou-se de forma consistente a existência do selo de segurança (100%). Constatou-se que em 50% das auditorias houve falhas de material em ambos os anos no carro da ala direita. Constatou-se que em 2024, numa auditoria,

foi encontrado um fármaco fora do prazo de validade (8%), tendo-se verificado uma melhoria em 2025, em que não houve fármacos fora do prazo de validade (0%). Encontraram-se fármacos com validade inferior a três meses da data de término em 75% das auditorias de 2024 e em 92% das auditorias de 2025.

Discussão: A monitorização de forma sistemática do carro de emergência é fundamental para uma resposta eficaz em situação de Emergência intra-hospitalar. Os resultados obtidos permitiram identificar as principais falhas e reforçar junto da equipa multidisciplinar, através da formação contínua em serviço, a importância de uniformizar procedimentos e implementar estratégias, visando a segurança e maior eficiência na resposta a situações emergentes. Evidenciou-se ainda a redução de falhas de material a partir de agosto de 2025 associado ao reforço de formação da equipa e reestruturação organizacional dos carros. A auditoria permite fomentar a substituição dos fármacos, cuja data de fim de validade se aproxima, pela Enfermeira Responsável pelos Carros de Emergência. Esta substituição é feita no próprio dia.

Conclusão: O sucesso da reanimação por equipas treinadas está condicionado à existência de um carro de emergência que permita uma atuação rápida e eficaz. O papel do enfermeiro revela-se fundamental na gestão e monitorização do carro de emergência. Os resultados obtidos reforçam a importância da realização da auditoria de forma sistemática e a necessidade de formação e sensibilização da equipa multidisciplinar. Importa ainda referir que alguns dos fármacos com data de validade inferior a três meses do prazo de validade não são substituídos por não serem disponibilizados pela farmácia hospitalar com data superior.

Palavras-chave: carro de emergência, auditoria, segurança, operacionalização

Referências Bibliográficas:

- Direção Geral da Saúde (2011). *Orientação n.º 008/2011 de 28 de março de 2011: Organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde*. Direção-Geral da Saúde;
- European Resuscitation Council. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation*, 161, 1–60. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>;
- Ordem dos Enfermeiros. (s.d.). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. Ordem dos Enfermeiros.

Tristão, F. S., Martins, R. C. S., Rutz, A. A. M., et al. (2026). Padronização de carros de emergência em um hospital de ensino: Relato de experiência. *Revista de Enfermagem da UFJF*, 12(1);

ULS Almada-Seixal. (s.d.). *Norma CA-11 – Organização dos carros de emergência* (Versão 03). ULS Almada-Seixal.