



Politécnico
de Viseu

Escola Superior
de Saúde de Viseu

RECOMENDAÇÕES PARA O USO DO COLAR CERVICAL: UMA SCOPING REVIEW

Jéssica Filipa Ladeira Figueiredo – nº3433

RECOMENDAÇÕES PARA O USO DO COLAR CERVICAL: UMA SCOPING REVIEW

Jéssica Filipa Ladeira Figueiredo nº3433

**Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em
Situação Crítica, 2ª edição.**

**Opção 8 – Estágio com relatório final em contexto de cuidados
intensivos/urgência**

Trabalho realizado sob a orientação de:

Professor Doutor Mauro Lopes Mota

Viseu, Janeiro de 2026

Pensamento

A conceção deste trabalho repercute e representa o percurso académico, profissional e pessoal, o qual, contribuiu para o crescimento e aprendizagem. Processo este que não teria sido possível sem o amparo de algumas pessoas às quais quero deixar a minha sincera gratidão.

Ao Sr. Professor Mauro Mota, pela disponibilidade, pela orientação e pelo ensinamento que foram essenciais para a criação deste trabalho. O conhecimento e rigor científico, foi fulcral para a concretização deste processo.

Aos meus Enfermeiros Tutores Clifton Gala, Ana Teixeira, Carlos Azevedo e Isabel Tavares pelo tempo dedicado, pela disponibilidade e pela integração durante o tempo de estágio. A paciência e o carinho foram um “trampolim” para o meu sucesso e para o meu caminho.

Em especial á minha família, pelo incentivo, paciência, amor e solidariedade por compreenderem o tempo que foi abdicado da presença deles para poder concretizar este meu objetivo.

Aos profissionais do serviço de cuidados intensivos e da urgência pelo acolhimento e pela amabilidade.

Em suma, a todos os colegas e profissionais que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

A todos o meu profundo Obrigada!

Como dizia Cora Coralina, *“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”*

Resumo

Introdução:

O presente relatório apresenta o percurso formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem da pessoa em situação crítica, realçando a aprendizagem adquirida durante o meu percurso nos estágios em serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos, mas também, a componente de investigação.

Estas vivências e estes contextos foram cruciais e fundamentais para o desenvolvimento das competências pessoais, científicas, técnicas e comunicacionais. Competências estas, que são parte integrante e essencial, para a realização de uma boa prática de enfermagem, baseada na evidência.

Objetivo:

Realizar uma análise crítica acerca dos estágios realizados, salientando o desenvolvimento de competências, e analisar a evidência científica sobre a aplicação do colar cervical não como uma intervenção independente, mas como um dos elementos potenciais numa sequência mais geral de tratamento de traumatismos a ser aplicada após a identificação e revisão contínua das características de risco num doente em situação crítica mediante a elaboração de uma scoping review para rastrear o conhecimento existente e identificar lacunas.

Metodologia:

O relatório encontra-se estruturado em duas partes. A primeira parte traduz-se numa análise reflexiva das atividades realizadas durante os estágios com base nas competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A segunda parte descreve a componente de investigação, centrada na elaboração de uma scoping review, seguindo as recomendações metodológicas conhecidas e será relatada de acordo com o PRISMA-ScR.

Resultados: Os estágios facultaram a consolidação das competências técnicas, científicas e comunicacionais. A componente de investigação aprofundou capacidades de análise crítica e pesquisa científica sobre as recomendações para o uso do colar cervical através de uma scoping review.

Conclusão: A prática clínica especializada na Área da Enfermagem permite o desenvolvimento de competências. O Enfermeiro Especialista deve possuir um nível de conhecimentos específicos para fazer face às situações com grande complexidade e dar a melhor resposta às necessidades dos utentes. A scoping review contribui para a prática baseada na evidência, sistematizando o conhecimento sobre a

recomendação do uso de colar cervical na restrição do movimento da coluna vertebral (SMR) no pré-hospitalar.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Reflexão Cognitiva; *Scoping review*; Serviço Hospitalar de Emergência; Enfermeiros

Abstract

Introduction:

This report presents the training path developed within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the critically ill, highlighting the learning acquired during my internships in the emergency department and intensive care unit, as well as the research component.

These experiences and contexts were crucial and fundamental for the development of personal, scientific, technical, and communication skills. These skills are an integral and essential part of good, evidence-based nursing practice.

Objective:

To conduct a critical analysis of the internships carried out, highlighting the development of skills, and to analyze the scientific evidence on the application of the cervical collar not as an independent intervention, but as one of the potential elements in a more general sequence of trauma treatment to be applied after the identification and continuous review of risk characteristics in a critically ill patient through the elaboration of a scoping review to track existing knowledge and identify gaps.

Methodology:

The report is structured in two parts. The first part translates into a reflective analysis of the activities carried out during the internships based on the competencies of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing. The second part describes the research component, focused on the elaboration of a scoping review, following known methodological recommendations and will be reported according to PRISMA-ScR.

Results: The internships allowed the consolidation of technical, scientific, and communication skills. The research component deepened the abilities of critical analysis and scientific research on the recommendations for the use of the cervical collar through a scoping review.

Conclusion:

Specialized clinical practice in the Nursing Area allows the development of competencies. The Specialist Nurse must have a specific level of knowledge to face situations with great complexity and give the best response to the needs of users. The scoping review contributes to evidence-based practice, systematizing

knowledge about the recommendation of the use of a cervical collar in spinal motion restriction (SMR) in the pre-hospital setting.

Keywords:

Medical-Surgical Nursing; Cognitive Reflection; Scoping review; Hospital Emergency Service; Nurses

SUMÁRIO

RECOMENDAÇÕES PARA O USO DO COLAR CERVICAL: UMA SCOPING REVIEW	3
Pensamento	5
Resumo	7
Abstract.....	10
SUMÁRIO	13
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrônimos.....	16
Parte I – Reflexão sobre as competências do Enfermeiro Especialista nos estágios.....	19
1- Introdução.....	21
2- Caracterização dos contextos da prática especializada em Enfermagem.....	25
Ensino clínico I - Serviço de Urgência	25
Ensino clínico II - Serviço de Medicina Intensiva.....	25
2.1- Ensino clínico I – Serviço de Urgência	28
2.2- Ensino clínico II – Serviço de Medicina Intensiva.....	30
3 – Competências do Enfermeiro Especialista	32
3.1. – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	33
3.1.1. – Domínio da responsabilidade ética, legal e profissional	35
3.1.2. – Domínio da melhoria contínua da qualidade	35
3.1.3. – Domínio da gestão de cuidados	36
3.1.4. – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	36
3.2. – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico— Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em situação crítica	38
3.2.1. – Cuida da Pessoa, família/Cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	38
3.2.2. – Dinamiza a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe	40
3.2.3. – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.....	41
4. – Gestão de Agitação na pessoa ventilada (RASS+2).....	46
5. – Interpretação da ESCID	47
6. – Análise Reflexiva.....	48
7. – Referências Bibliográficas	50
Parte II – Componente de Investigação	53
Resumo	55
Abstract.....	57

ÍNDICE DE FIGURAS	59
ÍNDICE DE TABELAS	59
ABREVIATURAS E SIGLAS	60
RECOMENDAÇÕES PARA O USO DO COLAR CERVICAL: UMA SCOPING REVIEW	62
INTRODUÇÃO	62
METODOLOGIA	66
Questão da revisão	66
Critérios de inclusão	66
Tipos de fontes	67
Métodos	67
Estratégia de pesquisa	68
Seleção de estudos	68
Extração de dados	69
Apresentação e análise de dados	69
RESULTADOS	71
Apresentação e Análise dos Resultados	72
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
CONCLUSÕES	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
Apêndices	94
Apêndice I- Remoção do Catéter Vesical: Cuidados e Monitorização na Prática Clínica	95
PROCEDIMENTO	96
Remoção do Cateter Vesical: Cuidados e Monitorização na Prática Clínica	96
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1º Momento – Decisão de Remoção de Catéter Vesical.....	102
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 2º Momento – Monitorização Pós Remoção de Catéter Vesical	103
Apêndice II- Humanidade de Cuidados no Serviço de Urgência Polivalente da ULS VDL- Proposta de intervenção estrutural	107
SUMÁRIO	112
ENQUADRAMENTO	113
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	114
BIBLIOGRAFIA	119

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

CMEMC-EPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

DGS- Direção Geral de Saúde

ULSVDL – Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

EE – Enfermeiro Especialista

AVC – Acidente Vascular Cerebral

ABCDE(F) – A: Airway; B: Breathing; C: Circulation; D: Disability; E: Exposure; F: Family

SNS – Serviço Nacional de Saúde

RASS - Escala de Agitação e sedação de Richmond

SCID- Escala de sedação e conforto em doentes críticos

Et al. – E outros autores

PBCI – Precauções Básicas do Controlo da Infecção

SAV – Suporte Avançado de Vida

ECG – Escala de Coma de Glasgow

SpO₂- Saturação periférica de Oxigénio

FR- Frequência respiratória

SMI- Serviço de Medicina Intensiva

SUP- Serviço de Urgência Polivalente

PIC- Pressão Intracraniana

TCE- Traumatismo crânio-encefálico

EEMC- Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica

NIH- *National Institutes of Health*

BIS - Escala de Impulsividade de Barrat

PRISMA-ScR- *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*

Scoping Review- Revisão de Escopo

Parte I – Reflexão sobre as competências do Enfermeiro Especialista nos estágios

1- Introdução

A realização deste relatório final surge e está inserido de acordo com o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV). A sua elaboração visa descrever/consolidar a experiência que adquiri ao longo dos estágios realizados; quer seja no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), bem como no serviço de urgência (SU), refletindo sobre as competências e conhecimento alcançadas neste lindo percurso formativo e académico.

Este percurso formativo visa capacitar o enfermeiro para a prestação de cuidados altamente diferenciados a pessoas em situação de elevada instabilidade fisiológica, frequentemente associada a risco iminente de vida, exigindo uma intervenção célere, sistematizada e baseada na melhor evidência disponível (Urden, Stacy & Lough, 2022; Morton & Fontaine, 2023).

No decorrer dos estágios desenvolvidos, tornou-se imperativo a identificação precoce de sinais de agravamento e como tal, uma intervenção adequada e atempada, minimizando a probabilidade de progressão de falência orgânica e de intervenções mais invasivas.

O método/plano contemplado no Curso contempla a realização dos estágios em contexto de urgência e cuidados intensivos. O estágio em contexto de cuidados intensivos realizou-se na Unidade Local de Saúde de Viseu (ULSVDL) durante o período de 16 de Setembro de 2025 a 13 de Novembro de 2025 (decorreu durante 8 semanas, perfazendo um total de 180 horas), sob orientação do Senhor Professor António Madureira e Tutoria da Enfermeira Especialista Ana Teixeira. O segundo estágio realizou-se no SU da ULSVDL, no período de 17 de Novembro de 2025 e 27 de Janeiro de 2026 totalizando 180 horas de contacto direto, sob a orientação da EE Isabel Tavares e do EE Carlos Azevedo e supervisão da Senhora Professora Doutora Madalena Cunha.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica assume um papel diferenciador na avaliação clínica avançada. Antecipa complicações, colabora na tomada de decisão e na coordenação dos cuidados, contribuindo de forma decisiva para a segurança e qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021).

O Serviço de Urgência de um hospital Polivalente é, assim, um ambiente distintamente exigente, marcado pela imprevisibilidade, elevada afluência de doentes e necessidade de resposta imediata a situações de emergência ou críticas.

De acordo com a European Society for Emergency Medicine (2023), os serviços de urgência desempenham um papel fundamental nos sistemas de saúde, sendo maioritariamente o primeiro serviço de saúde a ser procurado pelas pessoas em situação crítica. O enfermeiro assume um papel relevante na triagem, estabilização, encaminhamento do doente, nomeadamente, no serviço de urgência, primeiro serviço aquando da chegada do doente.

De acordo com a European Society for Emergency Medicine (2023), o serviço de urgência é frequentemente a porta de entrada no sistema de saúde para pessoas com situações clínicas graves e potencialmente fatais. A atuação especializada traduz-se ainda na promoção da dignidade da pessoa, no controlo da dor e no suporte à família em momentos de elevada vulnerabilidade.

No SMI o enfermeiro deve realizar uma avaliação sistematizada da pessoa em situação crítica utilizando escalas validadas (ex.: *National Institutes of Health* (NIH), Escala de Impulsividade de Barrat (BIS), Escala de agitação e sedação de Richmond (RASS), Escala de Coma de Glasgow (GCS)), participar ativamente na monitorização hemodinâmica, respiratória e metabólica.

O EE deve ser capaz de gerir dispositivos invasivos e não invasivos, garantir a prevenção de complicações; colaborar na gestão de emergências intra-hospitalares; promover a comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar e com a família; refletir criticamente sobre a prática, identificando necessidades de melhoria.

Com este relatório pretende-se:

- Descrever o desenvolvimento das Competências comuns e específicas do EE na área da pessoa em situação crítica;
- Averiguar/examinar a prática clínica desenvolvida nos diferentes estágios;
- Refletir sobre os vários desafios/experiências e estratégias adquiridas nos cuidados de Enfermagem prestados nas diversas situações complexas;
- Evidenciar a importância da investigação e da prática baseada na evidência na melhoria dos cuidados.

De acordo com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Portugal, Regulamento nº 140/2019), o enfermeiro fundamenta os seus processos de decisão em conhecimento científico válido, atual e pertinente, assumindo um papel ativo na investigação e na promoção da melhoria contínua da prática clínica.

Visto que uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018) se assume na prestação cuidados à pessoa em situação crítica e na antecipação da instabilidade e do risco de falência orgânica, é fundamental adquirir e desenvolver competências nesta área. Como tal, *“os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”* (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018, p. 19362).

Em síntese, o presente relatório visa refletir o percurso desenvolvido ao longo do estágio, evidenciando desafios, dificuldades, competências adquiridas e o contributo para a consolidação enquanto estudante em Enfermagem Médico-cirúrgica.

2- Caracterização dos contextos da prática especializada em Enfermagem

Ensino clínico I - Serviço de Urgência

Ensino clínico II - Serviço de Medicina Intensiva

Os estágios foram realizados na ULSVDL (Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, E.P.E.), entidade pública de saúde integrante do Serviço Nacional de Saúde, que engloba os cuidados hospitalares e de cuidados de saúde primários, representando um modelo organizacional que visa reforçar a coordenação entre diferentes níveis de cuidados, a eficiência e a qualidade na prestação dos serviços no âmbito do SNS.

Esta missão está em sintonia com os princípios gerais de prestação de cuidados de saúde defendidos na literatura, que realçam a importância da centralidade no doente, eficiência na utilização de recursos e promoção da saúde baseada em evidência científica (Zhao et al., 2023).

A visão da ULS centra-se na resposta mais eficaz à população, praticando assim excelentes cuidados de saúde e a melhoria das práticas clínicas de forma a responder de forma eficaz as necessidades emergentes da população. Tem como aspiração ser uma instituição de referência no que diz respeito à qualidade, segurança e humanização dos cuidados de saúde. (Zhao et al., 2023).

A missão da ULSVDL reflete princípios de equidade, qualidade e acessibilidade. Segundo Baptista (2019), a missão das ULS de Portugal centra-se em “proporcionar cuidados integrados, de forma humanizada, articulada e eficiente, garantindo o acesso e promovendo a saúde em todas as fases da vida”.

Neste contexto, a ULSVDL assume como missão:

- Prestar cuidados de saúde integrados e continuados;
- Articular diferentes níveis de cuidados evitando ruturas assistenciais;
- Promover o bem-estar da população através das práticas baseadas na evidência.
- Centralidade no utente e promoção da sua dignidade;
- Qualidade e segurança dos cuidados;
- Ética, integridade e responsabilidade profissional;
- Colaboração interprofissional e trabalho em equipa;

- Humanização e respeito pela diversidade e necessidades individuais.
- Transparência
- Paixão

Os serviços de SU e SMI são estruturas essenciais presentes no sistema de saúde, de elevada complexidade e cuja resposta e intervenção deve ser imediata.

A pessoa em situação crítica caracteriza-se pela presença ou risco iminente de falência de um ou mais sistemas considerados vitais, necessitando de vigilância e intervenção contínua (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2022).

A literatura enfatiza a importância da enfermagem especializada, destacando competências como o raciocínio clínico avançado, a liderança em situações de emergência, a gestão do risco e a humanização dos cuidados (Benner, 2001; Moritz et al., 2020).

De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), a urgência distingue-se da emergência por não implicar risco iminente de vida, necessariamente, mas que exija uma resposta rápida e eficaz.

A avaliação inicial, nomeadamente do enfermeiro, é fulcral, sendo operacional nos hospitais através de sistemas estruturados. A triagem de Manchester permite a estratificação da gravidade clínica e priorizar os utentes em risco, assegurando que os casos mais críticos sejam atendidos o mais rápido possível e de forma mais eficaz.

Em Portugal o SU representa o nível mais diferenciado de resposta em situações de urgência e emergência, segundo Despacho nº 10319/2014. Encontra-se dotado de recursos humanos, técnicos, materiais, equipamentos necessários para assegurar cuidados altamente especializados à população.

Dentro da sua equipa fazem parte os enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de imagiologia, administrativos, seguranças e agentes da polícia de segurança pública

Segundo Nunes e Rego (2020), a reforma dos serviços de urgência portugueses procurou garantir maior acessibilidade, segurança clínica e equidade territorial.

O SMI assume um papel essencial no tratamento de doentes críticos. Rohen et al (2017) defendem que os serviços de Medicina Intensiva representam “nível mais elevado de vigilância e suporte vital”.

São unidades com forte interdependência funcional com o SU dado que, grande número de pessoas em situação crítica são lá originados.

No contexto de várias diretrizes institucionais e nacionais, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica — Pessoa em Situação Crítica desempenha um papel crucial na concretização destes princípios. A sua formação avançada e competências específicas permitem-lhe:

- Assegurar cuidados clínicos de alta complexidade, mantendo sempre a segurança e dignidade da pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2021);
- Contribuir para a qualidade e excelência clínica, através da implementação de práticas baseadas na melhor evidência disponível (Melnik & Fineout-Overholt, 2023);
- Atuar como líder clínico e facilitador de equipas, promovendo um ambiente de trabalho colaborativo e eficaz, essencial em contextos de urgência e criticidade (Benner, 2021);
- Integrar os valores éticos e humanísticos na prática diária, incentivando a humanização, respeito e dignidade em todos os momentos de cuidado (Elliott et al., 2020).

2.1- Ensino clínico I – Serviço de Urgência

O serviço de urgência polivalente da ULSVDL localiza-se no 2º piso, serviço este que visa dar resposta às situações de urgência/emergência.

Dentro da sua equipa fazem parte os enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de imagiologia, administrativos, seguranças e agentes da polícia de segurança pública. A equipa de enfermagem é organizada em 6 equipas, dos quais 6 são chefes de equipa e 1 Enfermeiro exerce funções de gestão do Serviço de Urgência.

A ULSVDL realizou remodelações e requalificação, aumentando assim o SU e dividindo-o em várias áreas, que passo a descrever:

1. Gabinete de Triagem: Tem 3 postos de triagem, apenas 2 postos ativos, onde os utentes são atendidos, orientados e encaminhados para os respetivos locais de forma rápida e eficaz, em conformidade com as prioridades estabelecidas pela Triagem de Manchester, com recurso ao programa ALERT;
2. Sala de Emergência: prestação de cuidados emergentes e de curta duração a pessoas em situação crítica. Podem apresentar patologia médica, cirúrgica ou serem vítimas de trauma. Dispõe de 4 unidades individuais, equipadas com monitor/desfibrilhador, ventilador, rampa de oxigénio, ar respirável, rampa de aspiração, seringas/bombas infusoras e carro de apoio com todo o material clínico e farmacológico indispensável ao tratamento da pessoa em situação crítica. Existe também alocado a esta área um quarto de isolamento, por exemplo, usado em patologias como sarampo, varicela, Tuberculose...
3. Sala de pequena cirurgia: são executados cuidados às pessoas vítimas de trauma com ferimentos de várias origens, no entanto, o risco de compromisso vital do doente não está inerente. Realiza-se o tratamento de feridas, suturas e pequenas cirurgias;
4. Área Cirúrgica e Área Médica: são duas áreas distintas, onde são encaminhados doentes não urgentes e pouco urgentes, destinada à prestação de cuidados dos doentes que se encontram em maca (independentemente da prioridade atribuída e do encaminhamento para a área médica urgente ou não urgente), cadeira de rodas ou a pé (doentes de todas as especialidades médicas).

Realizam-se cuidados como: colheita de sangue para análise, punção de cateter periférico, cateterismo vesical, entubações oro/nasogástricas, terapêutica endovenosa, apoio às especialidades cirúrgicas e médicas e cuidados de higiene e de conforto. O que diferencia estas áreas é a especialidade;

5. Área dos Verdes e Azuis: área para onde são encaminhados os clientes que deambulam a pé e/ou cadeira de rodas encaminhados;
6. Unidade de Decisão Clínica (UDC): área polivalente, na qual podem permanecer doentes que precisam de monitorização e vigilância permanente (idealmente durante um período de 6-8 horas);
7. Sala de Observação (SO): unidade com capacidade para alocação de 12 doentes, em que dois destes são quartos de isolamento. O internamento é curto, idealmente inferior a 24 horas.

Dentro do SU, existem ainda variados gabinetes, salas de aprovisionamento, salas de espera dos utentes conforme a sua triagem, uma sala da farmácia, onde existe Stock de medicação e uma sala de Stock de material médico, uma sala de reuniões e uma copa para os profissionais de saúde.

Existe um acesso direto de elevador para o bloco operatório e para o serviço de medicina intensiva.

A equipa multidisciplinar tem como objetivo comum prestar os melhores cuidados aos doentes, cuidados estes que visam a estabilização, monitorização contínua e reabilitação da pessoa em situação crítica, assegurando simultaneamente apoio à família.

2.2- Ensino clínico II – Serviço de Medicina Intensiva

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) integra o Serviço de Medicina Intensiva de um hospital central, neste caso clínico, na Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões e é composta por duas unidades no mesmo piso, a UCIP 1 e a UCIP 2.

A UCIP 1 inaugurou a 17 de Agosto de 1997 e a UCIP 2 a 22 de Julho de 2022.

É constituída por um diretor de serviço da Equipa Médica Residente, cumprindo com uma escala pré-definida a quem competem as decisões de internamento/alta e o tratamento dos doentes.

Também é constituída por um Enfermeiro Gestor e por uma equipa de Enfermeiros (contempla Enfermeiros generalistas e Enfermeiros nas especialidades de Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em Saúde Materna e Saúde Mental) e Técnicos Operacionais de Saúde.

A SMI funciona 24 horas por dia, 7 dias da semana dispondo de um médico escalado em presença física e consoante a taxa de ocupação poderá necessitar de um médico extra. A equipa de enfermagem tem uma escala ou horário, formada por equipas, cada uma com um chefe de equipa e o número de elementos conforme as dotações seguras.

A UCIP 1 tem uma lotação de 8 camas, 4 em sala aberta, 2 de isolamento ou quartos individuais e 2 numa outra sala.

A UCIP 2 tem uma lotação de 12 camas, 5 quartos com camas individuais, 2 quartos com duas camas e 1 quarto com 3 camas. Todas estas estruturas dispõem de equipamento de monitorização hemodinâmica invasiva, capnografia, meios de suporte ventilatórios, seringas e bombas infusoras, entre outras.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos intensivistas, enfermeiros especialistas e generalistas, fisioterapeutas, nutricionistas, psiquiatras e assistentes operacionais. Os cuidados prestados visam a estabilização, monitorização contínua e reabilitação da pessoa em situação crítica, assegurando simultaneamente apoio à família.

A visão da Instituição consiste em assegurar níveis e cuidados de saúde peculiares e objetivos, visando a qualidade e valorização do corpo humano.

Assim a Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões rege-se pelos seguintes princípios éticos:

- Centralidade do Cidadão;
- Humanismo;
- Equidade;
- Cooperação;
- Ética;
- Rigor;
- Inovação.

O SMI está envolvido em vários projetos e o mais recente é o STOP Infecção 2.0 que se caracteriza por ser um projeto vigilância epidemiológica de Infecção na UCI, coordenada pelo PNCI e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, este programa realiza a análise dos seguintes indicadores:

- Infecções relacionadas com o cateter;
- Pneumonias associadas a ventilador;
- Infecções relacionadas com o cateter vesical.

A unidade trabalha com uma dotação segura aproximada de **um enfermeiro para cada 1 a 2 doentes**, dependendo da gravidade. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2021), nas unidades de cuidados intensivos, a dotação deve assegurar “um rácio mínimo de enfermeiro por cada dois doentes, podendo ser ajustado para um enfermeiro por doente consoante a complexidade clínica e tecnológica envolvida”. O modelo de organização dos cuidados é centrado na pessoa, com documentação eletrónica e plano de cuidados baseados no processo de enfermagem.

Os enfermeiros assumem a responsabilidade integral pelos cuidados globais, incluindo vigilância da hemodinâmica elétrica e respiratória, administração de terapêutica complexa, prevenção de complicações e apoio à família.

3 – Competências do Enfermeiro Especialista

O conjunto de competências que os EE devem atender devem estar alinhados aos que foram definidos no Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros, 2019) conforme presente no (Regulamento nº 429/2018, de 16 de Julho).

A pessoa em situação crítica caracteriza-se pela presença ou risco iminente de falência de um ou mais sistemas considerados vitais, necessitando de vigilância e intervenção contínua (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2022).

A literatura enfatiza a importância da enfermagem especializada, destacando competências como o raciocínio clínico avançado, a liderança em situações de emergência, a gestão do risco e a humanização dos cuidados (Benner, 2001; Moritz et al., 2020).

Visto que uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018) se assume na prestação cuidados à pessoa em situação crítica e na antecipação da instabilidade e do risco de falência orgânica, é fundamental adquirir e desenvolver competências nesta área. Como tal, *“os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”* (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018, p. 19362).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), o EE em Enfermagem à Pessoa em situação crítica deve ser capaz de:

- Avaliar e monitorizar parâmetros clínicos e laboratoriais relevantes.
- Implementar intervenções complexas de suporte avançado de vida.
- Integrar a família no processo de cuidados.
- Liderar equipas em situações de emergência.
- Promover práticas seguras, baseadas na evidência científica.

Assim, o Enfermeiro deve responsabilidade profissional, ética e legal, assegurar cuidados seguros e de qualidade e realizar intervenções complexas em contexto intensivo. Liderar e coordenar cuidados em

situações críticas e têm como finalidade a aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e culturais adequadas à prestação de cuidados de enfermagem em médico-cirúrgica, servindo de guia orientador das experiências.

O Enfermeiro Especialista deve:

- Aprofundar a capacidade de avaliação sistematizada da pessoa em situação crítica, integrando dados clínicos, exames complementares e monitorização contínua,
- Identificar em contexto profissional, necessidades e problemáticas no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica na área de urgência/emergência,
- Implementar, avaliar e executar cuidados de enfermagem médico-cirúrgica, interpretando tendências e participando no processo de decisão clínica em situações de instabilidade,
- Participar na mobilização precoce da pessoa crítica, de forma segura e interprofissional,
- Desenvolver competências relacionais, garantindo comunicação terapêutica com a pessoa e família,
- Aprofundar competências de liderança e gestão, nomeadamente priorização de cuidados, tomada de decisão e trabalho em equipa,
- Integrar a Prática Baseada na Evidência (PBE) na fundamentação das intervenções implementadas,
- Refletir criticamente sobre a prática, identificando áreas de melhoria e evidenciando evolução profissional.

3.1. – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O REPE (Regulamento do exercício profissional dos Enfermeiros) estabelece uma base comum de competências para todos os enfermeiros. O desenvolvimento das competências do EE em Portugal assenta num quadro regulador definido pela Ordem dos Enfermeiros, no qual se estabelece que estas competências resultam do aprofundamento e expansão das competências do enfermeiro de cuidados gerais traduzindo-se num nível superior de complexidade clínica, científica e organizacional.

No atual enquadramento normativo, os domínios das competências comuns organizam-se em quatro áreas fundamentais: a responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e equipas e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estes domínios

refletem uma visão integrada do exercício profissional especializado, orientado para a excelência clínica, a segurança do doente e a sustentabilidade dos sistemas de Saúde (OE, 2025).

No decorrer deste percurso nos ensinamentos clínicos, dediquei-me a atingir os objetivos a que me propus, considerando os domínios mais essenciais, nomeadamente, o domínio da ética e responsabilidade profissional, da gestão de cuidados, do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e da melhoria contínua da qualidade. (OE, 2019)

Adquiri, neste estágio, os seguintes objetivos:

- Agir segundo as normas do serviço implementadas de acordo com o Código de trabalho e deontológico dos Enfermeiros;
- Integrar-me na equipa multidisciplinar e nas dinâmicas do serviço, obtendo uma postura correta, profissional e respeitosa, de confiança e cooperação na equipa multidisciplinar;
- Gerir cuidados a pessoas e gerir pessoas, realizando através da triagem de Manchester; realizar gestão de recursos, áreas de trabalho com uma perspetiva de responsável de turno com a enfermeira tutora, assumindo um cargo de gestão e supervisora de turno;
- Elaborar trabalho científico e relatório final de Ensino Clínico (procedeu-se a realização de um documento consoante os critérios de apresentação da ULS Viseu Dão-Lafões, sobre a reformulação de uma sala existente no serviço de urgência com o objetivo de adaptar a comunicação e a intervenção de situações com necessidade de transmissão de más notícias a pessoas e famílias; enquadrando-se no princípio da humanização dos cuidados de saúde e na UCIP por haver dúvidas em relação à prática e princípios recomendados para a remoção do cateter vesical no doente crítico, no sentido de prevenir as infeções do trato urinário, desenvolvemos um protocolo com o intuito de integrar um procedimento institucional que se baseia em estabelecer linhas de orientação e práticas seguras para a sua remoção, normalizando assim a conduta de atuação da equipa de enfermagem integrante no SMI);
- O enfermeiro especialista deve realizar avaliação sistematizada da pessoa em situação crítica utilizando escalas validadas (ex.: NIH, BIS, RASS, GCS), participar ativamente na monitorização hemodinâmica, respiratória e metabólica;
- Gerir dispositivos invasivos e não invasivos, garantindo a prevenção de complicações; colaborar na gestão de emergências intra-hospitalares; promover a comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar e com a família; refletir criticamente sobre a prática, identificando necessidades de melhoria.

3.1.1. – Domínio da responsabilidade ética, legal e profissional

Constitui base estruturante da prática do EE, implicando o desenvolvimento de uma atuação autónoma, responsável e sustentada pelos princípios éticos, deontológicos e legais.

A responsabilidade ética ultrapassa o cumprimento normativo, exigindo uma atuação baseada nos princípios como a dignidade, autonomia e segurança da pessoa, orientando assim uma tomada de decisão em contextos clínicos complexos. Constitui um elemento central na garantia de cuidados seguros e de qualidade, influenciando diretamente o comportamento clínico. (Sousa et al., 2024).

3.1.2. – Domínio da melhoria contínua da qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade traduz a responsabilidade do EE na promoção de cuidados seguros, de forma objetiva, rápida e eficaz, desenvolvendo competências na área de enfermagem ao doente crítico.

O estabelecimento de uma relação de empática e de respeito com o doente, bem como, a demonstração de sensibilidade pela situação aguda do doente, para com este e com a sua família são práticas clínicas de excelência.

No âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, tive a oportunidade de realizar de um documento consoante os critérios de apresentação da ULS Viseu Dão-Lafões, sobre a reformulação de uma sala existente no serviço de urgência com o objetivo de adaptar a comunicação e a intervenção de situações com necessidade de transmissão de más notícias a pessoas e famílias; enquadrando-se no princípio da humanização dos cuidados de saúde. Esse documento foi oficialmente endereçado ao Conselho Administrativo da ULS. A implementação visa melhorar a experiência do utente e família, apoiar os profissionais de saúde e alinhar a prática com as recomendações de boas práticas nacionais e internacionais em comunicação clínica.

Aquilo que foi proposto é a reformulação do espaço com pintura do mesmo em tons pastel, num contexto mais minimalista, iluminação suave e regulável, isolamento acústico e adequado, decoração simples e não hospitalar e mobiliário confortável (sofá, mesa redonda, máquina de água, máquina de chá). Tenho a certeza que com estes pequenos gestos e mudança a comunicação passa a ser com qualidade e eficaz e que se consegue apoiar emocionalmente profissionais, utentes e famílias ou pessoas

de referência. O enfermeiro especialista tem papel determinante na implementação e monitorização destas práticas (OE, 2019).

No contexto UCIP por haver dúvidas em relação à prática e princípios recomendados para a remoção do cateter vesical no doente crítico, no sentido de prevenir as infeções do trato urinário, desenvolvemos um protocolo com o intuito de integrar um procedimento institucional que se baseia em estabelecer linhas de orientação e práticas seguras para a sua remoção, normalizando assim a conduta de atuação da equipa de enfermagem integrante no SMI, aguarda parecer da Comissão Científica do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos);

Esta proposta, de carácter multidisciplinar, destina-se a todos os profissionais de saúde da instituição, sendo a responsabilidade pela sua implementação atribuída à equipa de enfermagem. A minha participação neste projeto permitiu-me refletir sobre a importância da normalização de procedimentos, da definição clara de critérios de atuação e da promoção da segurança clínica, contribuindo ativamente para a construção de práticas baseadas na evidência e centradas na pessoa.

3.1.3. – Domínio da gestão de cuidados

O EE assiste a pessoa, família, cuidador nas perturbações emocionais decorrente da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, gerindo cuidados de Enfermagem e otimizando a resposta da equipa e articulação na equipa em saúde.

Deve assim, adaptar, a liderança e a gestão dos recursos às situações e aos contextos assegurando a garantia da qualidade dos cuidados. De acordo com o REPE, o Enfermeiro participa na organização e gestão dos cuidados em enfermagem, sendo que, o EE assume um papel acrescido na coordenação, supervisão (OE,2015).

3.1.4. – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais reflete a responsabilidade do EE na formação, supervisão, clínica e desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem, pois atribui ao

EE um papel ativo na capacitação de equipas e na promoção da aprendizagem ao longo da vida (OE,2019).

Os estágios na ULSVDL permitiram o desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros (2019). A integração na equipa multidisciplinar, a exposição a doentes de elevada complexidade e a prática supervisionada contribuíram para uma evolução significativa nos domínios clínico, ético, relacional e de gestão dos cuidados.

Foi desenvolvida capacidade de avaliação sistematizada e integrada, incorporando dados provenientes de:

- Monitorização contínua (ECG, SpO₂, FR, Pressão arterial invasiva);
- Análise hemodinâmica (lactatos, débito urinário, perfusão periférica);
- Ventilação mecânica (pressões, volumes, sincronia);
- Escalas de sedação, dor, delírio e conforto (RASS, ESCID, CPOT).

A utilização sistemática da **RASS** e da **ESCID** revelou-se essencial para orientar intervenções seguras e adequadas, garantindo sedação leve, reconhecida como estratégia protetora (Devlin et al., 2018).

As dinâmicas do serviço exigiram capacidade de priorizar cuidados em situações de rápida deterioração clínica, garantindo vigilância hemodinâmica rigorosa; intervenção antecipada em instabilidade respiratória; comunicação eficaz com a equipa médica; utilização de escalas para suportar decisões.

Desenvolveram-se competências relacionais de elevada importância:

- Participação ativa em passagens de turno;
- Interação terapêutica com familiares em contextos de elevada carga emocional;
- Capacidade de explicar procedimentos de forma clara e empática.

3.2. – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico— Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em situação crítica

A crescente complexidade dos contextos de saúde, associada à evolução científica e tecnológica, tem vindo a exigir dos profissionais de enfermagem um elevado nível de diferenciação, particularmente no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.

Paralelamente, o enfermeiro especialista assume um papel determinante na coordenação de cuidados, liderança clínica, formação de equipas e promoção de práticas baseadas na evidência, reforçando a articulação entre prática clínica, investigação e desenvolvimento profissional.

A OE (em 2018) clarifica as competências do EE em EMC-EPSC agrupando-as em três itens importantes:

3.2.1. – Cuida da Pessoa, família/Cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Inserido neste contexto está a possibilidade que tive em vivenciar uma diversidade de patologias e diagnósticos clínicos, agudos ou exacerbação de diagnósticos crónicos. Patologias como Tromboembolismo Pulmonar (TEP), Edema Agudo do Pulmão (EAP), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Trauma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), casos em que requereram intervenções ajustadas à condição clínica e ao nível de gravidade.

Para além destas situações, foram identificadas também outras urgências médicas, como, sobredosagens medicamentosas, reações alérgicas, intoxicações medicamentosas, evidenciando bem, a complexidade e a dinâmica que é o SU, impondo uma intervenção baseada no conhecimento científico, diferenciado, holístico e sobretudo sensível.

A admissão em cuidados intensivos ocorre em contexto de doença aguda grave — sépsis, choque, insuficiência respiratória, pós-operatório complexo, trauma ou outras condições que ameaçam a vida —

exigindo cuidados de enfermagem de alta complexidade, precisão técnica e tomada de decisão baseada na evidência (Brochard, Slutsky & Pesenti, 2022).

A ventilação mecânica é uma intervenção central na atuação em cuidados intensivos, é indicada quando insuficiência respiratória aguda, pós-operatório complexo, sépsis grave, trauma ou em situações que comprometam a compliance ventilatória.

Os princípios da ventilação protetora — volume corrente baixo (4–8 mL/kg PBW), pressão de platô < 30 cmH₂O e níveis adequados de PEEP — são fundamentais para prevenir lesão pulmonar induzida pelo ventilador (Yoshida & Fujino, 2022).

O cuidado de enfermagem envolve:

- Vigilância contínua dos parâmetros ventilatórios;
- Verificação da sincronia doente-ventilador;
- Implementação de medidas de segurança (cuff pressure, alinhamento corporal);
- Prevenção de complicações como a pneumonia associada à ventilação (PAV);
- Comunicação efetiva com a equipa sobre alterações clínicas;
- Participação ativa no processo de *weaning* e avaliação de readiness.

A prática baseada em bundles, como o ABCDEF melhora resultados, reduz dias de ventilação e aumenta a segurança do doente.

A- Avaliar, prevenir e tratar a dor (Assess, prevent and manage), a dor avaliada é feita através de escalas como a Escid, CPOT, cujo objetivo é prevenir sofrimento, ajustar terapêutica e garantir conforto.

B- Interromper ou ajustar sedação (Both spontaneous awakening and breathing trials), envolve a interrupção diária da sedação e a realização de provas de respiração espontânea. Esta técnica visa reduzir tempo de ventilação mecânica, diminuir complicações e reduzir tempo de internamento.

C- Escolher a sedação adequada (choice of analgesia and sedation), deve ter como objetivo privilegiar a escolha daqueles que causam menor impacto sobre o estado cognitivo e hemodinâmico; ajustando à

condição clínica e objetivos de tratamento. O mais adequado é manter o doente no grau – 2 a 0 na escala de RASS.

- D- Avaliar e gerir o Delirium (assess, prevent and manage). A prevenção inclui estratégias não farmacológicas como sono adequado, reorientação e correção de défices sensoriais.
- E- Exercício e Mobilização precoce (Early mobility and exercise), promove a recuperação funcional previne fraqueza e perda de tónus muscular
- F- Envolver a família (Family engagement and empowerment). A família deve ser integrada no plano de cuidados, deve receber informação clara, apoio emocional e oportunidade de participação. A presença da mesma reduz ansiedade e incute cuidado mais humanizado.

3.2.2. – Dinamiza a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe

As situações de emergência do SU, ocorrem, essencialmente na sala de Emergência, no entanto podem acontecer noutro serviço, noutra área integrante do SU ou no exterior e na comunidade.

Uma emergência acontece “ quando ocorre uma situação que não pode ser adiada, que deve ser realizada rapidamente, pois caso demore, pode haver risco ou óbito do indivíduo”. (Campos et al. 2020, citado por Aguiar et al., 2022, p.5).

Lidar com este tipo de situações implica, grande parte das vezes, implementar cuidados de alta complexidade técnica, como preparação de medicação, preparação de material, procedimentos invasivos, como Ventilação Mecânica invasiva, colocação de cateter central, linha arterial, drenos torácicos, entre outros.

O trabalho profissional do Enfermeiro Especialista revela ganhos em saúde e ganhos em tempo, pois perante as circunstâncias, ele dinamiza cuidados, estabiliza vidas, avalia e antecipa situações de agravamento.

Existe um protocolo de atuação na ULS Viseu Dão-Lafões em caso de catástrofe, foi-me apresentado pelo meu Enfermeiro tutor, existe uma caixa com vários cartões identificativos das funções atribuídas a cada elemento de equipa, bem como da divisão de áreas de atuação conforme diagnósticos e áreas de cuidados de Enfermagem.

3.2.3. – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

Este princípio implica a implementação de medidas rigorosas de higiene, técnicas assépticas, desinfeção e vigilância contínua, adaptadas à complexidade clínica e à necessidade de respostas rápidas e adequadas.

Estudos recentes indicam que a aplicação sistemática de protocolos de prevenção e controlo da infeção reduz significativamente a incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde e contribui para a segurança do doente, particularmente em unidades de alta complexidade (WHO, 2021; Tchouaket et al., 2022).

A atuação do enfermeiro especialista integra estas práticas como parte da sua competência técnica e ética, garantindo cuidados seguros, eficazes e baseados em evidência científica (OE, 2021; Melnyk & Fineout-Overholt, 2023).

O EE assume um papel ativo na promoção da adesão às precauções básicas e adicionais, na supervisão da correta colocação e remoção dos Equipamentos de Proteção Individual e na sensibilização da equipa para práticas seguras, contribuindo para a redução do risco de infeção e da disseminação de microrganismos multirresistentes.

O uso adequado de EPI é uma medida fundamental na prevenção da transmissão cruzada de microrganismos, protegendo simultaneamente a pessoa em situação crítica e os profissionais de saúde. De acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde e da Direção-Geral da Saúde, a seleção e utilização correta de EPI, nomeadamente luvas, bata, máscara cirúrgica, proteção ocular e viseira, devem ser adequadas ao risco do procedimento e ao estado clínico da pessoa (DGS, 2022).

A técnica de colocação de Sonda Vesical é uma intervenção, que por norma, é prática colocar na pessoa em situação crítica, está associada a um risco elevado de infeção do trato urinário.

A literatura evidencia que a aplicação rigorosa da técnica asséptica, a higienização adequada das mãos, a utilização de material estéril e a avaliação contínua da necessidade de manutenção do cateter são medidas essenciais para a prevenção deste tipo de infeções (Hooton et al., 2019; CDC, 2022). Neste âmbito, o enfermeiro especialista desempenha um papel determinante na implementação do protocolo institucional de algáliação, na vigilância de sinais de infeção e na promoção da remoção precoce do cateter, sempre que clinicamente possível, minimizando riscos associados à sua permanência.

Sendo este um tema tão particular e tão importante, durante este estágio procurei atuar na adoção das melhores práticas tendo como princípio a prevenção da infeção, para atuar em conformidade com o que pretendia consultei o Plano Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Observei e li documentos existentes nesta área para conseguir adequar ainda mais os meus cuidados.

A minha atuação fundamentou-se na necessidade de respostas rápidas, seguras e adequadas à complexidade da situação clínica, contribuindo para a segurança da pessoa em situação crítica, para o controlo da infeção e para a mitigação do fenómeno da resistência aos antimicrobianos, em consonância com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2021).

O serviço foi recentemente reestruturado e existe, no mesmo, condições disponíveis aos diversos profissionais da equipa multidisciplinar para uma boa e constante higienização das mãos, bem como, para o uso dos diversos EPI's. Todas as estruturas e setores dispõem de lavatório com água corrente, sabão, toalhetes de papel e solução antisséptica de base alcoólica. É de salientar que na fase de estágios muitos utentes acederam à ULSVDL por quadros de dispneia e por infeções associadas por COVID-19 e Gripe A, e também, por esse motivo, o nível da situação exigia o uso dos EPI's e da desinfeção correta das estruturas, materiais e da lavagem/desinfeção das mãos.

Estes equipamentos e a adoção das técnicas evidenciou-se que foram sempre alvo de reflexão das pessoas e da equipa multidisciplinar e também foi sempre incentivado pela equipa em geral.

Quero salientar que toda a abordagem à vítima foi baseada em protocolos e algoritmos de atuação, uma correta avaliação inicial e abordagem à vítima e família, realizando debriefing após cada final de turno.

A segurança do doente é um pilar central das práticas de enfermagem em cuidados intensivos, exigindo estratégias rigorosas e baseadas na evidência.

A avaliação dos utentes nunca se efetivou sem antes garantir as condições de segurança no meio de prestação de cuidados e, após esse cuidados, seguiu-se sempre uma metodologia ABCDE(F) (A- Airway, B- Breathing, C- Circulation, D-Disability, E-Exposure, F- Family). Deste modo, permitiu seguir uma ordem de priorização de cuidados e garantir que era realizada uma abordagem correta e individualizada.

Cuidados como a monitorização eletrocardiográfica e de oximetria, constituindo um complemento essencial para a avaliação e deteção precoce de sinais de alarme e de instabilidade da hemodinâmica; o recurso a protocolos foi uma prática recorrente no serviço de urgência. Foram implementados diversos protocolos, entre os quais se destacam:

- **Protocolo Via Verde Cardíaca:** quando ativado pela sintomatologia do utente, o fluxograma direciona para a requisição imediata de eletrocardiograma, permitindo uma avaliação rápida de alterações cardíacas.
- **Protocolo de febre:** quando o utente apresenta temperatura timpânica superior a 38,0 °C, seja na triagem ou nas restantes áreas do serviço, o enfermeiro procede à administração de antipirético (paracetamol ou ibuprofeno) antes da observação médica.
- **Protocolo Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC):** em utentes não dependentes nos autocuidados (higiene, vestir e alimentação) que apresentem depressão súbita e mantida do estado de consciência, alteração da fala, assimetria facial ou perda de força em pelo menos um membro, contempla a colheita de sangue, a realização de eletrocardiograma e o contacto imediato com a equipa Via Verde AVC, para exames complementares de diagnóstico e de medicação direcionada.
- **Protocolo Via Verde Sépsis:** diante de critérios de suspeita de infeção ou sépsis, orienta a colheita de gasometria arterial e a avaliação de sinais vitais, permitindo a monitorização de lactatos, pressão arterial sistólica e pressão parcial de oxigénio no sangue arterial.

Todos os dias os profissionais de saúde verificam a estabilidade e segurança dos equipamentos, cumprindo com a avaliação dos mesmos segundo protocolos internos, complementando com a realização de testes aos desfibriladores nas diversas áreas e dos ventiladores.

No serviço da SMI a pessoa em situação crítica encontra-se em elevado risco de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), devido à gravidade clínica, procedimentos invasivos e fragilidade imunológica. A prevenção da Pneumonia associada à ventilação (PAV) assenta na implementação de *bundles* de cuidados que incluem:

- Elevação da cabeceira 30 – 45°;
- Higiene oral com octenidina;
- Aspiração das secreções subglóticas quando disponível;
- Avaliação diária de condições para extubação;
- Verificação da pressão do cuff.

Relativamente à prevenção de úlceras por pressão e complicações da imobilidade, a pessoa em situação crítica está em risco de desenvolver úlceras por pressão devido à imobilidade, ventilação mecânica entre outras. A prevenção requer:

- Mudança de decúbito programada;
- Superfícies de apoio adequadas;
- Avaliação com escalas preditivas;
- Mobilização o mais precoce possível.

Estas medidas reduzem significativamente a incidência de PAV (Ely, 2017; Devlin et al., 2018).

Durante o estágio tive oportunidade de avaliar, tratar e planear vários doentes com diagnósticos clínicos complexos. Cada caso constituiu uma oportunidade valiosa de consolidação de competências em EMC-EPSC, é assim que, conseguimos integrar conhecimentos teóricos com a prática clínica, atuar de forma ativa e eficaz, desempenhar um papel ativo junto do doente em situação de instabilidade aguda, com necessidade de monitorização contínua e tomada de decisão veloz. Foi possível aplicar os princípios da avaliação sistematizada (ABCDE), reconhecer sinais de dificuldade respiratória e colaborar na administração de terapêutica, evidenciando a importância da atuação precoce e da articulação interinstitucional, evidenciando o papel do enfermeiro especialista na coordenação e continuidade dos cuidados.

A aplicação de ventilação não invasiva, a administração de terapêutica complexa e a monitorização rigorosa, a interpretação de valores gasimétricos, laboratoriais, clínicos e a capacidade de refletir permitiu estabilizar doentes. A capacidade de refletir criticamente sobre as intervenções realizadas, dos cuidados realizados, de identificar pontos fortes e áreas a melhorar, e de colaborar em equipa, são pilares fundamentais na formação do EEEMC-EPSC.

Neste período de ensinamento, aprendizagem e de vivências únicas, como já referido anteriormente, realizámos um documento nos âmbitos dos documentos oficiais da ULS Viseu Dão-Lafões sobre a reformulação de uma sala existente no serviço de urgência com o objetivo de adaptar a comunicação e a intervenção de situações com necessidade de transmissão de más notícias a pessoas e famílias; enquadrando-se no princípio da humanização dos cuidados de saúde. Esse documento foi oficialmente endereçado ao Conselho Administrativo da ULS. A implementação visa melhorar a experiência do utente e família, apoiar os profissionais de saúde e alinhar a prática com as recomendações de boas práticas nacionais e internacionais em comunicação clínica.

Aquilo que foi proposto é a reformulação do espaço com pintura do mesmo em tons pastel, num contexto mais minimalista, iluminação suave e regulável, isolamento acústico e adequado, decoração simples e não hospitalar e mobiliário confortável (sofá, mesa redonda, máquina de água, máquina de chá). Tenho a certeza que com estes pequenos gestos e mudança a comunicação passa a ser com qualidade e eficaz e que se consegue apoiar emocionalmente profissionais, utentes e famílias ou pessoas de referência. O enfermeiro especialista tem papel determinante na implementação e monitorização destas práticas (OE, 2019).

4. – Gestão de Agitação na pessoa ventilada (RASS+2)

Durante um turno da manhã na SMI, acompanhei um doente ventilado invasivamente, sedado com propofol e analgesiado com fentanil. Apresentava agitação (RASS +2), movimentos incoordenados e assincronia ventilatória. A ESCID indicava desconforto respiratório moderado. A equipa clínica tinha solicitado evitar aumentar a sedação devido a hipotensão borderline.

Nesta situação, senti responsabilidade e alguma apreensão inicial, uma vez que era necessário garantir conforto e segurança sem comprometer a hemodinâmica. Simultaneamente, percebi que a situação me permitiria aplicar competências adquiridas.

A agitação comprometia a ventilação e aumentava o risco de auto-extubação e o aumento de sedação não era a opção mais segura. A aplicação de intervenções não farmacológicas era uma alternativa apropriada e sustentada pela literatura. Tentei acalmar o doente através da estimulação verbal e da conversa terapêutica. Após cerca de três minutos, o doente demonstrou sinais de relaxamento: diminuição do tônus muscular, redução de movimentos acessórios e melhoria da sincronia ventilatória.

Reavaliei a RASS, que passou para 0/-1, e a ESCID indicou conforto adequado. A técnica evitou o aumento de sedativos, contribuindo para estabilidade hemodinâmica e manutenção de ventilação protetora. Esta intervenção alinou-se com o **ABCDEF bundle**.

Com esta experiência, aprendi que intervenções não farmacológicas, quando integradas com escalas objetivas, são altamente eficazes e seguras. Reforcei a importância de avaliações sistemáticas (RASS/ESCID) e da intervenção autónoma especializada.

5. – Interpretação da ESCID

Assistia uma pessoa com ventilação espontânea em pressão de suporte, não comunicante com TVM. A ESCID apresentava valores indicativos de desconforto (agitação leve, aumento da tensão muscular e taquipneia). O RASS situava-se em +1 e não existiam sinais de dor segundo CPOT e a sedação pretendia manter-se leve. Inicialmente senti incerteza sobre a origem do desconforto mas achava possibilidade e confiança de usar as ferramentas de avaliação disponíveis.

Identifiquei que a taquipneia e a tensão muscular podiam ser indícios de desconforto respiratório, possivelmente devido à posição ou sincronia ventilatória. Era necessário intervir sem recorrer imediatamente a sedação adicional. Realizei mudança de decúbito, otimizei o posicionamento, assegurei permeabilidade do tubo e verifiquei parâmetros ventilatórios.

Após as intervenções, a FR reduziu, a sincronia ventilatória melhorou e a ESCID indicou conforto adequado. O RASS estabilizou em 0 e a intervenção evitou o uso desnecessário de sedação e contribuiu para o processo de mobilização precoce posteriormente realizado. Fortaleci competências na interpretação de escalas complementares (ESCID + RASS + CPOT) e percebi o impacto da avaliação holística na segurança do doente.

6. – Análise Reflexiva

A análise reflexiva-constructiva do percurso de estágio constitui um elemento central no processo formativo do mestrado, impulsionando uma reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas, a aquisição dos conhecimentos teóricos na prática clínica e o desenvolvimento de competências enquanto futuro enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica.

O estágio desenvolvido no Serviço de Urgência do Hospital de Viseu revelou-se um contexto altamente desafiante, marcado pela imprevisibilidade, pela elevada complexidade clínica e pela necessidade de respostas rápidas e eficazes. A exposição a situações de emergência vital, como insuficiência respiratória aguda, trauma, permitiu o aprofundamento da capacidade de avaliação clínica avançada, de priorização de cuidados e de tomada de decisão em tempo útil, competências essenciais ao exercício da enfermagem especializada (Elliott et al., 2020; Morton & Fontaine, 2023). A reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas revelou-se essencial para compreender a complexidade do cuidar em contextos de elevada instabilidade clínica, emocional e organizacional.

Um dos aspetos mais desafiantes do estágio relacionou-se com o contacto frequente com famílias mais apelativas e muitas vezes com sinais evidentes de ansiedade e instabilidade. Claro é, derivado de situações de elevada vulnerabilidade emocional e incerteza.

O serviço de urgência, enquanto porta de entrada no sistema de saúde, é frequentemente o primeiro local onde a família confronta a gravidade da situação clínica do seu familiar e é aqui, neste contexto, que se torna evidente a importância do papel do EE na mediação da comunicação, no apoio emocional e na promoção de cuidados humanizados. Segundo Ribeiro et al. (2020), a comunicação terapêutica em contextos de urgência assume um papel central na redução do sofrimento emocional e na promoção da confiança da família na equipa de saúde.

O ambiente agitado e imprevisível do serviço de urgência constituiu outro desafio relevante ao longo do estágio; a elevada afluência de doentes, a pressão temporal e a necessidade de priorização constante de cuidados exigiram o desenvolvimento de competências de gestão do stress, de organização e de tomada de decisão rápida e fundamentada. Assim foi mais facilmente percecionado a importância do pensamento crítico e da capacidade de adaptação do enfermeiro especialista, competências essenciais em ambientes de elevada complexidade assistencial (Benner, 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2021).

O contacto com situações clínicas particularmente complexas e peculiares, muitas delas associadas a falência multiorgânica ou rápida deterioração do estado clínico, reforçou a necessidade de uma avaliação contínua e sistematizada da pessoa em situação crítica, evidenciando a importância da integração entre

conhecimento teórico, experiência clínica e prática baseada na evidência. De acordo com Silva e Lapão (2021), a capacidade de reconhecer precocemente sinais de deterioração clínica é uma competência nuclear do enfermeiro especialista, com impacto direto nos resultados em saúde.

A integração de ferramentas de avaliação como **RASS**, **ESCID**, na UCIP, associada a intervenções autônomas permitiu uma abordagem holística, segura e humanizada da pessoa crítica. A prática de enfermagem tornou-se mais consciente, fundamentada e sensível às necessidades individuais da pessoa e da família.

Adicionalmente, o estágio reforçou a importância da articulação entre sedação leve, prevenção de delírio, mobilização precoce e comunicação terapêutica, pilares reconhecidos nas guidelines internacionais. O trabalho em equipa, a prontidão na resposta a situações emergentes e a capacidade de antecipação consolidaram-se como competências essenciais para a prática futura.

A atuação do EE deve ser feita na gestão do risco e da prevenção de complicações associadas aos dispositivos invasivos, à sedação, analgesia, infeções, colocando em prática clínica os protocolos, as *bundles* de prevenção e a utilização de estratégias de comunicação estruturada, como o método ISBAR, reconhecidas como essenciais para a segurança do doente e redução de eventos adversos em contextos críticos (The Joint Commission, 2022).

Em suma, este meu percurso revelou-se determinante para a construção de uma prática profissional mais reflexiva, consciente e fundamentada. As experiências vivenciadas permitiram fortalecer a identidade profissional enquanto enfermeira especialista, promovendo uma atuação mais autônoma, ética e centrada na pessoa, na família e na segurança dos cuidados, em consonância com os princípios que orientam a enfermagem especializada em contextos de elevada complexidade clínica. O meu percurso contribui para o desenvolvimento pensamento crítico fomentando a autorresponsabilização e a consciencialização de que somos seres indispensáveis no trato e no cuidar da pessoa humana.

7. – Referências Bibliográficas

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico*. In *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros* (Anexo II à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 180. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70226291>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 429/2018*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 743/2019*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 184. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 743/2019. Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 184, 25 de setembro, 128–146. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124163224>
- Escola Superior de Saúde de Viseu. (2025). Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 2ª edição-Guia Orientador de Estágios
- Benner, P. (2021). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Pearson Education.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. DGS. <https://www.dgs.pt>
- Elliott, D., Aitken, L. M. & Chaboyer, W. (2020). *Critical care nursing*. Elsevier Health Sciences.
- Klompas, M., Branson, R., Eichenwald, E. C., Greene, L. R. & Howell, M. D. (2022). Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia. *Clinical Infectious Diseases*, 74(2), 87–94. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab848>
- Magbity, J. B., Ofei, A. M. & Wilson, D. (2020). Leadership styles of nurse managers and turnover intentions. *Journal of Nursing Management*, 98(2), 45–50. <https://doi.org/10.1080/00185868.2020.1750324>

Melnyk, B. M. & Fineout-Overholt, E. (2023). Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice. Wolters Kluwer.

Morton, P. G. & Fontaine, D. K. (2023). Critical care nursing: A holistic approach. Wolters Kluwer.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Pereira, S. M., Lopes, S. & Carvalho, A. S. (2019). Comunicação de más notícias em saúde: desafios éticos e emocionais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 22, 45–52. <https://doi.org/10.19131/rpesm.022.06>

Ribeiro, O., Martins, M. & Tronchin, D. (2020). Comunicação terapêutica e humanização dos cuidados em serviços de urgência. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20015>

Silva, A. F. & Lapão, L. V. (2021). Competências avançadas de enfermagem em contextos de elevada complexidade clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 4(1), 23–31.

Torres, A., Niederman, M. S., Chastre, J. & Ewig, S. (2021). Prevention of ventilator-associated pneumonia. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 204(10), 1254–1265. <https://doi.org/10.1164/rccm.202103-0559CI>

World Health Organization. (2021). Guidelines on core components of infection prevention and control programmes. WHO. <https://www.who.int>

Portugal. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019, art. 2). Diário da República. <https://dre.tretas.org/dre/3608205/regulamento-140-2019-de-6-de-fevereiro>

Portugal, Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Paliativa, Perioperatória e Crónica. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Parte II – Componente de Investigação

Resumo

Contexto: Os cuidados pré-hospitalares da coluna cervical têm evoluído drasticamente, uma vez que a prática de longa data do uso de colares cervicais na imobilização da coluna vertebral tem sido questionada. Os sistemas recentes passaram a utilizar a restrição seletiva do movimento da coluna vertebral, que enfatiza a estratificação de risco centrada no doente, a atenção ao manuseio e as reavaliações precoces, em oposição à aplicação de colares em todos os casos. **Objetivo:** Esta revisão exploratória foi realizada para mapear e descrever as recomendações existentes sobre o uso de colares cervicais no contexto pré-hospitalar e fornecer um resumo da natureza e do nível de evidência que fundamenta essas recomendações. **Métodos:** As fontes relevantes foram identificadas e sintetizadas de acordo com os princípios PRISMA-ScR, que se basearam numa metodologia de revisão exploratória. Ela continha 18 artigos completos publicados entre 2011 e 2025 e incluía revisões sistemáticas, revisões narrativas/críticas, estudos observacionais, pesquisas qualitativas e publicações orientadas por diretrizes. **Resultados:** Nos 18 artigos incluídos, foram poucos os estudos que indicavam que o uso rotineiro de colares rígidos para melhorar os resultados neurológicos era raramente encontrado, e danos potenciais foram repetidamente relatados, como desconforto, problemas relacionados à pressão, limitação respiratória, desafios na gestão das vias aéreas e efeitos potenciais do aumento da pressão intracraniana em traumatismo crânio-encefálico. As sugestões tendiam mais para restrição seletiva do movimento da coluna vertebral seletivo com base em instrumentos de decisão qualificados e a prática operacional, e cuidados específicos ou prevenção em traumatismos penetrantes. **Conclusões:** As melhores práticas existentes não favorecem o uso habitual de colares cervicais rígidos em todos os doentes com traumatismo antes da chegada ao hospital. Em vez disso, elas apoiam o uso de estratégias seletivas de restrição seletiva do movimento da coluna vertebral que consideram os possíveis benefícios e riscos relatados, bem como a existência de lacunas de evidência e variabilidade na implementação de diferentes serviços.

Palavras-chave: *colar cervical; restrição do movimento da coluna vertebral; cuidado pré-hospitalar; traumatismo*

Abstract

Context: Pre-hospital care for the cervical spine has evolved dramatically, as the long-standing practice of using cervical collars to immobilise the spine has been questioned. Recent systems have shifted to selective spinal motion restriction, which emphasises patient-centred risk stratification, careful handling, and early reassessment, as opposed to the application of collars in all cases. **Objective:** This exploratory review was conducted to map and describe existing recommendations on the use of cervical collars in the pre-hospital setting and to provide a summary of the nature and level of evidence underpinning these recommendations. **Methods:** Relevant sources were identified and synthesised according to PRISMA-ScR principles, which were based on an exploratory review methodology. It contained 18 full-text articles published between 2011 and 2025 and included systematic reviews, narrative/critical reviews, observational studies, qualitative research, and guideline-oriented publications. **Results:** In the 18 articles included, there were few studies that indicated that routine use of rigid collars to improve neurological outcomes was rarely found, and potential harms were repeatedly reported, such as discomfort, pressure-related problems, respiratory limitation, airway management challenges, and potential effects of increased intracranial pressure in traumatic brain injury. Suggestions tended more toward selective restriction of spinal motion based on qualified decision tools and operational practicality, and specific care or prevention in penetrating trauma. **Conclusions:** Existing best practices do not favour the routine use of rigid cervical collars in all trauma patients prior to hospital arrival. Instead, they support the use of selective strategies for selective restriction of spinal movement that consider the reported potential benefits and risks, as well as the existence of evidence gaps and variability in implementation across different services.

Keywords: *cervical collar; spinal motion restriction; prehospital care; trauma.*

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma do processo de inclusão dos estudos (Fonte: http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx)	71
Figura 2: Distribuição dos artigos por ano de publicação	72
Figura 3: Países de afiliação dos estudos incluídos	73

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Análise dos artigos incluídos	74
Tabela 2: Tendência geral dos estudos incluídos quanto ao uso do colar cervical no ambiente pré-hospitalar	78
Tabela 3: Recomendações atuais sobre a utilização do colar cervical no ambiente pré-hospitalar..	80
Tabela 4: Principais fundamentos apresentados pelos estudos para limitar o uso rotineiro do colar cervical rígido.....	81

ABREVIATURAS E SIGLAS

APH - Atendimento Pré-Hospitalar

SEM – Serviços de Emergência médica

SEM - Emergency Medical Services

(TAE) - técnicos de ambulância de Emergência

ICP -*Intracranial Pressure* (inglês)

PIC - Pressão intracraniana

RCT's - *Randomized Controlled Trials*: Ensaios clínicos randomizados

SCI - *Spinal Cord Injury*: Lesão da medula espinhal

TBI -*Traumatic Brain Injury*: Traumatismo cranioencefálico (TCE)

RECOMENDAÇÕES PARA O USO DO COLAR CERVICAL: UMA SCOPING REVIEW

INTRODUÇÃO

A ciência e a medicina têm estado em constante evolução, assim como o tratamento de suspeitas de lesões na coluna cervical em cuidados pré-hospitalares de traumatologia. A prática de décadas da maioria dos serviços médicos de emergência de implementar o uso rotineiro e rigoroso de colares cervicais como parte da chamada imobilização espinhal, no esforço de limitar o movimento durante o resgate e o transporte e, nesse processo, minimizar o risco de danos neurológicos secundários, tem sido questionada (Kwan et al., 2001; Sundstrøm et al., 2014).

Desde os traumatismos contusos (e, no passado, penetrantes), existe o receio de que o tratamento ou transporte de doentes com lesões espinhais instáveis possa agravar a lesão, causando potencialmente mais lesões na medula espinhal e danos neurológicos. No entanto, este argumento tem sido substanciado em grande parte pela plausibilidade biomecânica e pela opinião de especialistas, em oposição a evidências clínicas aleatórias que podem comprovar um resultado neurológico positivo com o uso regular de colares cervicais. Isto mudou nos últimos anos para a restrição do movimento da coluna vertebral (SMR): um modelo estratificado por risco e centrado no doente que visa controlar o movimento clinicamente significativo da coluna vertebral ao mínimo possível durante a ausência de equipamento desnecessário e restrição prolongada face a possíveis desproporções entre danos e benefícios. As recomendações e diretrizes da prática moderna concentram-se na SMR seletiva, no cuidado rigoroso dos doentes e na reavaliação precoce, ao invés do uso rotineiro de planos duros e colares em todos os doentes traumatizados (Fischer et al., 2018; NICE, 2016).

A diretriz do NICE sobre a avaliação e o tratamento inicial de lesões na coluna vertebral (aplicável em cuidados pré-hospitalares e de emergência) centra-se na avaliação sistemática precoce e enfatiza a estabilização manual em linha, especialmente quando as vias respiratórias estão envolvidas, e evita movimentos desnecessários da coluna vertebral (NICE, 2016). O enquadramento considera os colares não como uma intervenção independente, mas como um dos elementos potenciais numa sequência mais geral de tratamento de traumatismos, a ser aplicada após a identificação e revisão contínua das características de risco. Simultaneamente, outras diretrizes clínicas regionais citam diretamente a escassez de evidências clínicas de que qualquer colar tenha um impacto significativo no agravamento

neurológico na fase pré-hospitalar, apoiando assim a ideia de que deve ser usado com prudência e por indicação, mas não de forma regular (ACI, 2025).

No caso de traumatismo penetrante, o uso de imobilização espinhal de rotina (incluindo colares) é especialmente contestado, pois pode atrasar o tratamento definitivo e a hemorragia sensível ao tempo. O resultado da imobilização da coluna vertebral em traumatismos penetrantes revelou-se pior em grandes estudos observacionais, o que é uma conclusão consistente com a recomendação atual contra a imobilização de rotina em lesões penetrantes isquêmicas isoladas sem perda neurológica (Haut et al., 2010; Fischer et al., 2018).

Entretanto, os problemas relacionados com a utilização dos colares cervicais estão a ser mais bem documentados. Lesões cutâneas causadas por pressão são um problema importante, especialmente quando se usa o colar por muito tempo, em casos de baixos níveis de consciência, hospitalização com cuidados de alto nível e ajuste inadequado. Numa revisão sistemática e meta-análise de 2022, estimou-se que os doentes submetidos às imobilizações prolongadas com colar rígido tinham uma prevalência combinada de úlceras por pressão de cerca de 7%, com disfagia e desconforto também sendo comumente relatados (Brannigan et al., 2022). O design e o ajuste do dispositivo parecem ser clinicamente relevantes: estudos de bioengenharia revelam que as pressões de interface tendem a ser mais elevadas na região occipital em doentes em posição supina, e a diferença entre os modelos e materiais dos colares pode ter um impacto significativo, o que pode ditar a escolha do dispositivo, o seu tamanho e a remoção precoce como medida de mitigação de risco (Russell et al., 2024).

A outra área controversa é a dinâmica intracraniana. Meta-análises de pesquisas fisiológicas e clínicas mostraram que colares rígidos ou semirrígidos têm o potencial de causar elevações menores, mas significativas, na pressão intracraniana (PIC) em populações com traumatismo crânio-encefálico (TCE) e medidas substitutas da pressão intracraniana, como o diâmetro da bainha do nervo óptico (ONSD) em estudos não invasivos. Essas alterações não foram completamente justificadas clinicamente na maioria dos doentes, no entanto, podem ser aplicáveis em casos selecionados de casos com complacência intracraniana comprometida. Com base nisso, há várias diretrizes e declarações de posição que se concentram na avaliação das vias aéreas, capacidade de trocas gasosas eficazes, oxigenação/ventilação, posicionamento da cabeça e avaliação contínua como potencialmente benéficos quando os riscos são avaliados como superiores aos benefícios em doentes individuais (Núñez-Patiño et al., 2019; Bazaie et al., 2021; Woster et al., 2018; Richman et al., 2019)).

A implementação ainda é heterogênea e a formação pode basear-se em ferramentas de decisão organizadas. Na prática, as diretrizes pré-hospitalares são frequentemente baseadas em diretrizes

derivadas de hospitais (ou justificativas) para informar a SMR seletiva, em particular, as regras de baixo risco NEXUS e a Regra Canadiana da Coluna Cervical (CCR). Embora estas ferramentas tenham sido desenvolvidas e validadas em contextos de serviços de urgência, há indícios de que podem, de facto, ser utilizadas por paramédicos em contextos extra-hospitalares, o que apoia a questão de um movimento geral no sentido da imobilização seletiva e não da imobilização universal (Vaillancourt et al., 2009).

A seleção e a sequência dos dispositivos fazem parte dos resultados. Atualmente, as melhores práticas adotam a SMR como uma combinação regulamentada de medidas: a redução do movimento desnecessário dos doentes, a utilização da estabilização manual em linha durante as atividades das vias respiratórias, a utilização de equipamentos rígidos (por exemplo, plano duro espinhal longa ou maca de resgate), que são usados principalmente como meio de transferência e resgate, e a movimentação dos doentes para superfícies mais confortáveis e que restringem o movimento (por exemplo, colchão a vácuo) sempre que necessário, com uma revisão oportuna e remoção do equipamento quando for seguro.

A combinação destas duas abordagens reforça um argumento importante: os colares não são soluções isoladas e os seus benefícios só podem funcionar quando são devidamente indicados, ajustados, integrados na SMR e removidos precocemente quando as condições para a sua utilização posterior não são satisfeitas (Fischer et al., 2018).

Embora haja uma mudança para o SMR seletivo, ainda existem algumas evidências dispersas sobre quando e como os colares cervicais devem ser usados nos cuidados pré-hospitalares em diferentes jurisdições e órgãos profissionais e mesmo em relação ao mecanismo da lesão, idade do doente, apresentação clínica (incluindo TCE) e contexto das operações. Essa fragmentação complica o processo de comparação de orientações entre médicos, enfermeiros e técnicos de ambulância de Emergência (TAE), bem como a realização da base probatória das recomendações e áreas de controvérsia e persistência da investigação (Fischer et al., 2018; NICE, 2016).

Esta *scoping review* tem como objetivo mapear e descrever as recomendações atuais sobre o uso de colares cervicais em SMR pré-hospitalares e resumir a natureza e a extensão das evidências utilizadas para apoiar as recomendações. Em particular, a revisão irá: (i) localizar documentos de orientação relevantes (por exemplo, diretrizes nacionais, declarações de consenso e protocolos de EMS); e estudos empíricos importantes; (ii) comparar indicações, contraindicações e alterações nos doentes (por exemplo, traumatismo contuso vs. penetrante; adultos vs. idosos; suspeita de TCE); (iii) sintetizar os benefícios e malefícios relatados (por exemplo, resultados neurológicos, lesões por pressão, disfagia, conforto do doente, alterações na PIC/ONSD); e (iv) apresentar áreas de concordância, inconsistência e lacunas nas evidências para o processo de definição do estudo e o relatório serão baseados nas estruturas

e normas existentes. Para o desenvolvimento desta scoping recorreu-se às orientações do documento orientador da ESSV (ESSV, 2025) e do Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESSV (2025). Consideraram-se, também, as orientações Scoping Reviews do Joanna Briggs Institute (JBI) Reviewer's Manual (Peters et al., 2020).

METODOLOGIA

Questão da revisão

A presente revisão scoping abordará a seguinte questão de investigação: Quais são as recomendações atuais sobre a utilização do colar cervical no ambiente pré-hospitalar?

Critérios de inclusão

População

Esta revisão exploratória abrangerá as fontes que tratam de vítimas de trauma de qualquer idade (pediátrica, adulta e geriátrica) atendidas no ambiente pré-hospitalar, nas quais há suspeita de lesão na coluna cervical ou se considera a proteção da coluna cervical durante a avaliação, o resgate e o transporte. As vítimas de traumatismos serão definidas como indivíduos com lesões conhecidas ou suspeitas resultantes de traumatismos contusos ou penetrantes, tais como acidentes de viação, quedas, esmagamentos, explosões e outras exposições traumáticas, normalmente tratadas pelos serviços de urgência.

Conceito

A ideia principal desta revisão são as diretrizes para o uso do colar cervical na prática pré-hospitalar. Isso inclui recomendações e diretrizes clínicas relativas às indicações, à exclusão do colar cervical, sua aplicação e dimensão, verificação e manipulação do ajuste e posicionamento, monitorização e reavaliação de doentes com colar, bem como, o momento e os critérios de remoção do colar. Uma vez que os sistemas modernos de traumatologia abordam frequentemente o colar como parte de uma abordagem mais ampla de restrição do movimento da coluna vertebral, esta revisão irá também examinar como a aplicação do colar se enquadra nas vias de restrição do movimento da coluna vertebral e como interage com a estabilização manual em linha, dispositivos de extração, superfícies de transporte e questões de conforto/segurança do doente (Rottave et al., 2025).

Contexto

No contexto clínico, foi utilizado apenas o atendimento de emergência pré-hospitalar. Aqui, cuidados pré-hospitalares significam cuidados prestados por serviços médicos de emergência e outros sistemas pré-hospitalares semelhantes no local do evento e no transporte para o hospital, juntamente com processos de extração e transferência. Este é o contexto caracterizado pela tomada de decisões críticas em termos de tempo em ambientes com recursos limitados e fisicamente exigentes, fornecido de acordo com diretrizes de documentação operacional, diretrizes de triagem, diretrizes clínicas, procedimentos, práticas de encaminhamento e diretrizes locais ou regionais.

Tipos de fontes

Diretrizes serão elegíveis para inclusão, estudos empíricos e sínteses de evidências (incluindo revisões sistemáticas e revisões de scoping review) também podem ser incluídos. O desenho dos estudos empíricos não foi limitado, desde que a fonte de informação tenha dados extraíveis que descrevam recomendações clínicas relativas ao uso de colares cervicais no ambiente pré-hospitalar e para se capturar o desenvolvimento dos conceitos de restrição do movimento espinhal, nos idiomas português e inglês.

Métodos

Na revisão proposta, foi aplicado um método de revisão scoping, abordagem adequada para identificar e mapear a extensão das evidências disponíveis sobre um tema num conjunto heterogêneo de fontes, tais como diretrizes clínicas, documentos de consenso, literatura empírica e sínteses de evidências (Peters *et al.*, 2020). A revisão foi realizada utilizando as recomendações metodológicas reconhecidas sobre revisões scoping e foi relatada de acordo com o PRISMA-ScR. O protocolo foi criado com base nos princípios PRISMA-P, que proporcionarão transparência e reprodutibilidade do processo de revisão.

Estratégia de pesquisa

A literatura foi identificada por meio de uma estratégia de pesquisa em três etapas, a fim de selecionar a literatura publicada e relevante. Primeiro, foi realizada uma pesquisa preliminar restrita para determinar as fontes potencialmente significativas e avaliar as palavras do texto incluídas nos títulos e resumos e as palavras de indexação que descrevem colares cervicais, imobilização cervical, restrição do movimento espinhal e cuidados pré-hospitalares.

Em segundo lugar, foi implementado um plano de pesquisa abrangente nas bases de dados selecionadas com a ajuda de palavras-chave e termos de indexação identificados, em combinação com operadores booleanos e ajustados à sintaxe das bases de dados. Em terceiro lugar, as listas de referências das fontes incluídas serão analisadas para identificar outros documentos potencialmente elegíveis e foi realizada uma pesquisa específica, quando necessário, para encontrar documentos de orientação importantes e relatórios técnicos criados por agências reconhecidas, sociedades profissionais e sistemas pré-hospitalares.

Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados Scopus, Web of Science, CINAHL Complete EBSCO Host, PubMed e Literatura cinzenta e foi utilizada uma combinação de palavras em português e inglês para incluir os termos "colar", "ambiente pré-hospitalar", "restrição do movimento da coluna vertebral", "pré-hospitalar", "mecanismos de traumatismo" e "documentos do tipo recomendação" (termos diretrizes, recomendação, consenso, declaração de posição, protocolo e relatório técnico). A pesquisa foi feita em áreas facilitadas por cada base de dados, tais como título, resumo e títulos de assuntos (quando aplicável). A pesquisa foi realizada em setembro e outubro de 2025 e foi registrada para garantir que a mesma possa ser repetida.

Seleção de estudos

Após a pesquisa, todas as citações encontradas serão importadas para um gestor de referências (Graziatti) e as duplicações serão eliminadas. Os títulos e resumos serão analisados por dois revisores independentes entre si, a fim de determinar a elegibilidade com base nos critérios de inclusão. Um conjunto inicial de 25 registros foi analisado para fornecer um processo de triagem piloto para equilibrar

a interpretação dos critérios de elegibilidade. As decisões de triagem serão comparadas e discutidas, e o refinamento dos critérios de elegibilidade foi feito apenas quando necessário para garantir a consistência na sua implementação. O processo piloto continuará até que pelo menos 75% dos revisores concordem.

Todos os registos que permanecerem após a análise do título e do resumo serão então acedidos para recuperar os textos completos, e os textos completos serão então acedidos pelos mesmos dois revisores usando os critérios de inclusão, as diferenças serão resolvidas por meio de discussão. As decisões e razões da análise e exclusão do texto completo serão documentadas e o processo de seleção do estudo foi relatado em um diagrama de fluxo no estilo PRISMA.

Extração de dados

Um instrumento estruturado de tabulação de dados personalizado para esta revisão foi utilizado para extrair os dados, o que implicará a recuperação de informações sobre a fonte, a população e a situação em discussão e, particularmente, o conteúdo das recomendações. Os dados extraídos conterão, sempre que possível, o órgão e a jurisdição emissora, o ano de emissão, o tipo de documento, a sua finalidade, as populações às quais as recomendações se aplicam, as situações clínicas às quais são aplicadas (mecanismo ou lesão e população especial, quando mencionado) e o conteúdo da recomendação pertinente ao uso de colares cervicais. O conteúdo das recomendações foi tabulado em relação às indicações e contra-indicações, aplicação e conselhos sobre tamanho/ajuste, expectativas de monitorização e reavaliação, critérios de eliminação, alinhamento com as vias de restrição do movimento da coluna vertebral e quaisquer considerações de implementação, incluindo formação, viabilidade e limitações operacionais. A ferramenta de extração de dados foi testada nas poucas fontes incluídas, a fim de verificar se nenhum dado foi omitido ou mal interpretado, e os dois revisores extrairão os dados individualmente, sendo que quaisquer discrepâncias serão resolvidas por meio de discussão.

Apresentação e análise de dados

Os dados que serão extraídos serão representados num formato de mapeamento estruturado de acordo com a questão da revisão e foi feita uma síntese narrativa sobre como as recomendações mapeadas serão comparadas entre jurisdições, tipos de documentos e grupos de doentes. A síntese irá

concentrar-se na descrição do panorama das recomendações sobre o uso do colar cervical no contexto pré-hospitalar, áreas de convergência e divergência das indicações, aplicação e remoção do colar cervical e a sua integração nas políticas de restrição do movimento da coluna vertebral. Outras descrições, como o ano da orientação, geografia, foco populacional e temas das recomendações, podem ser descritas quando necessário para ajudar a interpretar como as recomendações mudaram e onde ainda há incerteza ou controvérsia.

RESULTADOS

A identificação dos estudos nas bases de dados foi efetuada de forma sistemática, resultando na recolha e triagem de um total de 3896 artigos inicialmente identificados. Destes, 196 artigos foram retirados por duplicação, restando 3700 artigos para a seleção inicial. Após a leitura dos títulos, foram excluídos 1528 artigos após leitura do título e 1933 após leitura do resumo, resultando em 239 artigos selecionados para leitura integral. Destes, 221 artigos foram retirados por não cumprirem os critérios de elegibilidade previamente estabelecidos. Finalmente, 18 artigos foram incluídos na análise final. O fluxo do processo de inclusão dos estudos é apresentado na Figura 1, e foi realizado de acordo com o PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Tricco et al., 2018)).

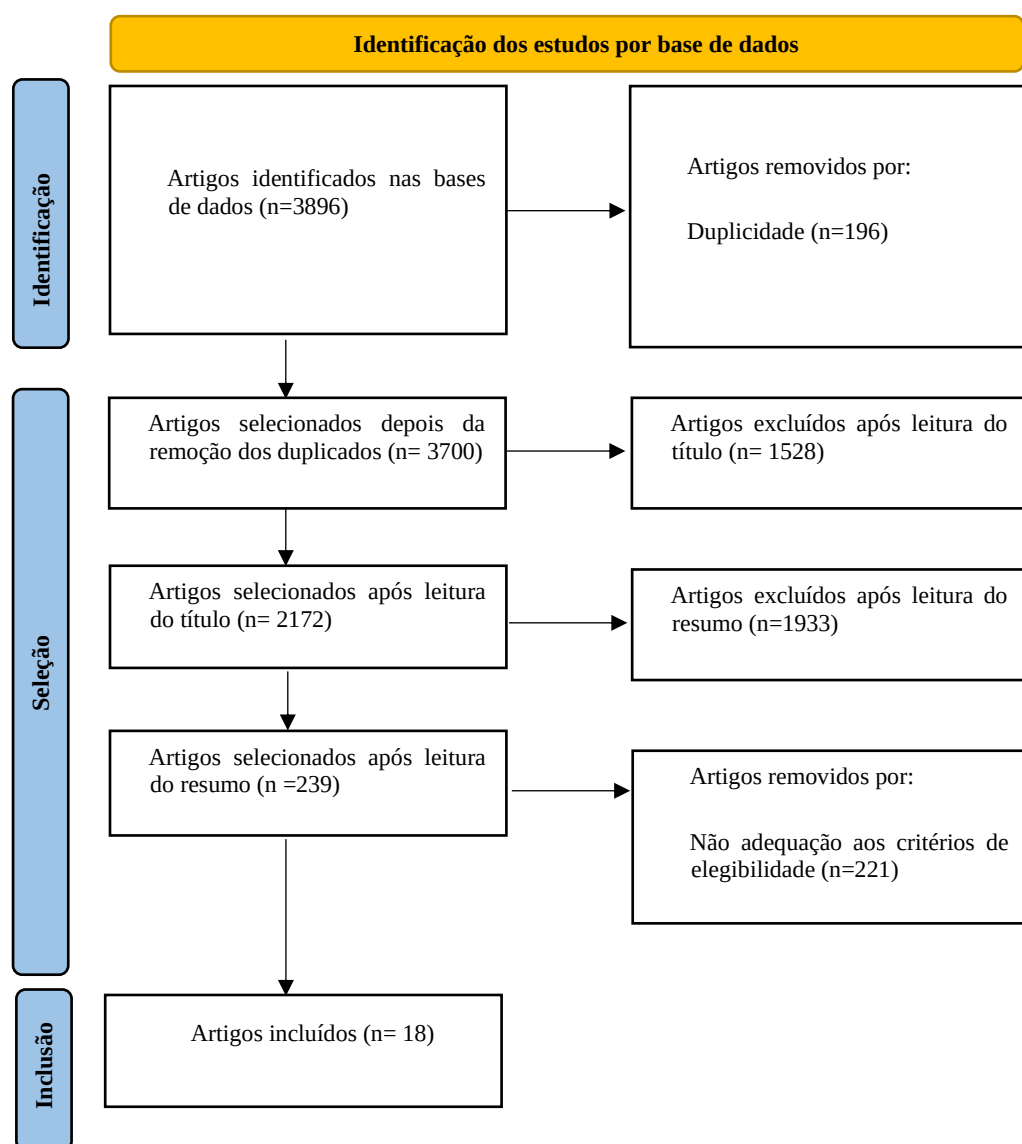


Figura 1: Fluxograma do processo de inclusão dos estudos (Fonte: <http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>)

Apresentação e Análise dos Resultados

Passando a uma análise mais pormenorizada, podemos observar na figura 2 a distribuição dos artigos no que respeita aos anos de publicação:

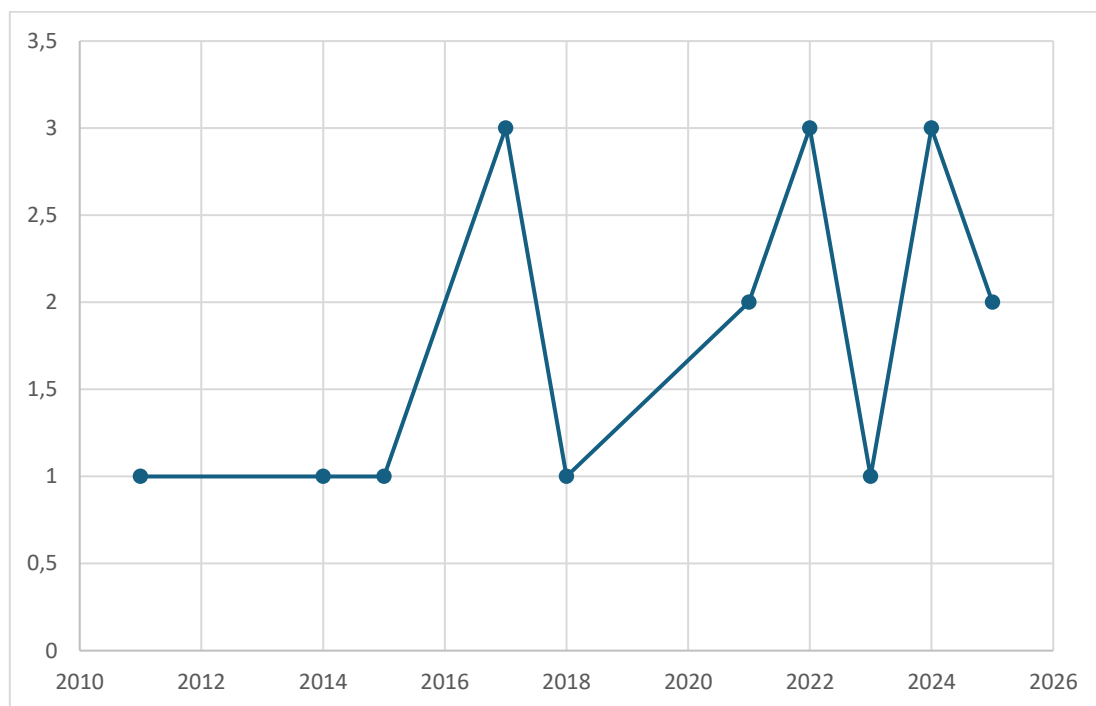


Figura 2: Distribuição dos artigos por ano de publicação

Ao analisar a Figura 2, é possível identificar que as publicações estão concentradas no período entre 2011 e 2025, e que o crescimento é mais acentuado a partir de 2021. O maior número de publicações ocorre em 2022 e 2024, com três artigos em cada um desses anos. Em seguida, vêm 2017, 2021 e 2025 (dois artigos por ano). Os outros anos analisados (2011, 2014, 2015 e 2018) têm um artigo publicado cada. Esta tendência indica um interesse emergente e crescente pelo tema, especialmente em relação à análise aguda das práticas convencionais de imobilização cervical e à mudança teórica para medidas de restrição do movimento espinhal com recurso a colar cervical.

Em seguida, apresenta-se na Figura 3 a frequência dos países de afiliação nos estudos incluídos.

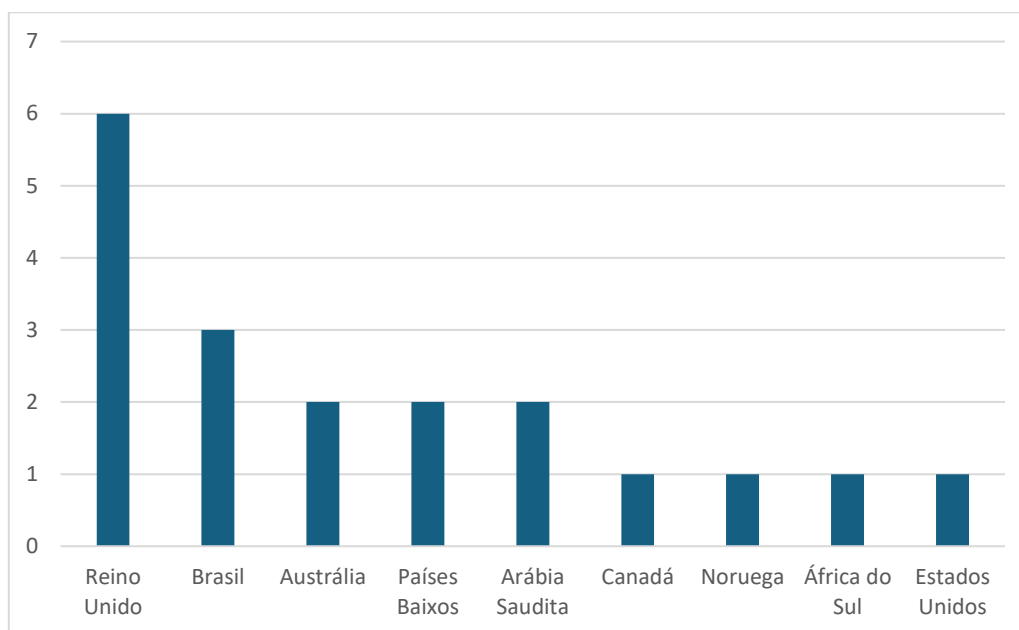


Figura 3: Países de afiliação dos estudos incluídos

Os casos mais repetidos, conforme visto na Figura 3, são os do Reino Unido, onde há seis casos que indicam uma contribuição particularmente pertinente no debate moderno sobre a (des)continuação do colar cervical rígido e a implementação de métodos seletivos. O Brasil, a Austrália e os Países Baixos surgem igualmente em destaque, cada um com três artigos incluídos. O Canadá, a Noruega, a África do Sul, os Estados Unidos e a Arábia Saudita são listados uma vez. Em geral, o corpus demonstra que há uma concentração em certos países com uma longa tradição de pesquisa/padronização no campo do trauma e atendimento pré-hospitalar, mas também há contribuições de diferentes contextos, variando sistemas e protocolos de EMS.

Na tabela 1 apresenta-se a análise dos artigos incluídos.

Tabela 1: Análise dos artigos incluídos

Código	Autores, ano e país	Tipo de estudo e objetivo	Amostra ou fonte analisada	Principais resultados
A1	Ahn et al., 2011, Canadá	Revisão sistemática com formulação de recomendações. Objetivo: identificar a melhor evidência disponível sobre o cuidado pré-hospitalar da pessoa com suspeita de lesão medular e propor recomendações clínicas.	47 estudos incluídos sobre cuidados pré-hospitalares em doentes com suspeita de lesão medular.	Recomenda a restrição do movimento da coluna com colar cervical, imobilização da cabeça e prancha, embora reconheça limitações da evidência disponível. Defende redução do tempo de permanência em prancha, cuidados acrescidos na via aérea e formação dos profissionais para decisão clínica e eventual exclusão da lesão cervical.
A2	Hood e Considine, 2015, Austrália	Revisão sistemática. Objetivo: analisar a evidência sobre imobilização espinal no contexto pré-hospitalar e no serviço de urgência.	47 estudos incluídos, maioritariamente observacionais e com evidência indireta.	Conclui que não existe evidência robusta de benefício clínico da imobilização rotineira e que há indícios de potenciais danos e complicações. Defende decisão individualizada invés de aplicação universal.
A3	Sundstrøm et al., 2014, Noruega	Revisão crítica. Objetivo: avaliar criticamente o uso do colar cervical em vítimas de trauma no contexto pré-hospitalar.	Aproximadamente 50 publicações relevantes sobre colar cervical em trauma pré-hospitalar.	A evidência de benefício neurológico é limitada e inexistem ensaios clínicos aleatorizados. São descritos efeitos adversos como aumento da pressão intracraniana, dificuldades na abordagem da via aérea e maior risco em doentes com espondilite anquilosante. Propõe uma abordagem sem uso rotineiro do colar cervical.
A4	Oosterwold et al., 2017, Países Baixos	Estudo observacional retrospectivo. Objetivo: caracterizar doentes com trauma contuso e suspeita de lesão vertebral e descrever a abordagem pré-hospitalar adotada.	1082 adultos com trauma contuso e suspeita de lesão da coluna, identificados em registos dos serviços de	A imobilização foi aplicada na maioria dos casos. As razões mais frequentes foram dor ou sensibilidade na linha média posterior e lesões potencialmente distratoras. Os eventos adversos registados foram raros, embora possivelmente subnotificados. Os autores salientam a necessidade de clarificar critérios clínicos de aplicação.

			emergência pré-hospitalar.	
A5	Rogers, 2017, Reino Unido	Revisão narrativa com reflexão crítica. Objetivo: discutir criticamente o uso do colar cervical rígido no ambiente pré-hospitalar e a necessidade de mudança de prática.	Literatura publicada e orientações internacionais sobre colar cervical rígido no trauma.	Conclui que não existe evidência robusta que sustente o uso rotineiro do colar rígido. Refere mobilização residual significativa apesar do dispositivo, além de aumento da pressão intracraniana, restrição respiratória, dor, atrasos no transporte e riscos em populações específicas. Defende transição para estratégias de restrição do movimento da coluna vertebral.
A6	Stanton et al., 2017, África do Sul	Recomendação de boas práticas baseada em revisão estruturada. Objetivo: adaptar recomendações internacionais ao contexto sul-africano para o manuseio pré-hospitalar da suspeita de lesão cervical.	Evidência disponível e recomendações internacionais aplicadas ao contexto do trauma pré-hospitalar.	Recomenda restrição seletiva do movimento da coluna vertebral com base na avaliação clínica, nomeadamente na Canadian C-Spine Rule. Não recomenda o uso rotineiro do colar rígido devido a eventos adversos como aumento da pressão intracraniana, desconforto, lesão cutânea e limitação respiratória. Prefere colchão de vácuo e reserva a plano duro para extração.
A7	ten Brinke et al., 2018, Países Baixos	Revisão histórica e narrativa. Objetivo: analisar a evolução histórica da imobilização espinhal pré-hospitalar e a fundamentação científica das práticas atuais.	Literatura histórica e estudos observacionais recentes sobre trauma penetrante e trauma contuso.	Conclui que a implementação histórica da imobilização pré-hospitalar não assentou em evidência científica sólida. Em trauma penetrante, há dados que sugerem aumento da mortalidade associado ao colar cervical; em trauma contuso, a evidência permanece inconclusiva. Recomenda revisão crítica dos protocolos.
A8	Bazaie et al., 2022, Reino Unido e Arábia Saudita	Revisão sistemática com meta-análise. Objetivo: avaliar o impacto do colar cervical na pressão intracraniana nos doentes com traumatismo crânio-encefálico.	3 estudos prospectivos observacionais, com 59 doentes no total.	Demonstrou aumento da pressão intracraniana após colocação do colar cervical, com redução após a sua remoção. Embora a evidência seja limitada pelo reduzido número de estudos e participantes, os resultados sugerem risco potencial nos doentes com traumatismo crânio-encefálico.

A9	Pirozi et al., 2021, Brasil	Revisão narrativa. Objetivo: analisar os cuidados de enfermagem à luz das orientações sobre o uso rotineiro do colar cervical no atendimento pré-hospitalar.	Literatura publicada sobre uso do colar cervical, cuidados de enfermagem e protocolos clínicos.	Identifica associação entre imobilização e complicações iatrogênicas, incluindo alterações respiratórias, dor, úlceras por pressão e dificuldades de comunicação. Destaca uso excessivo ou inadequado do dispositivo e reforça a necessidade de avaliação individualizada e de correta aplicação.
A10	Thompson et al., 2021, Reino Unido	Estudo qualitativo com grupos focais. Objetivo: explorar a perspectiva de profissionais de emergência pré-hospitalar sobre a imobilização sem colar cervical semirrígido.	45 profissionais de emergência pré-hospitalar, distribuídos por 3 grupos focais.	Os participantes manifestaram preferência por uma abordagem pragmática centrada na restrição do movimento da coluna vertebral, sem recurso rotineiro ao colar semirrígido. Referiram preocupação com danos associados à prática tradicional, necessidade de autonomia clínica e importância da formação.
A11	Cowley et al., 2022, Reino Unido	Estudo de melhoria da qualidade e desenvolvimento de orientação clínica. Objetivo: propor alterações às orientações para vítimas de trauma com potencial lesão vertebral num serviço regional de ambulâncias.	Prática institucional de um serviço regional de ambulâncias, apoiada por revisão da literatura, consulta a redes de trauma e parecer de peritos.	Produziu sete recomendações, incluindo remoção do colar semirrígido dos protocolos, adoção de sistema de estratificação de risco, uso de instrumentos validados e valorização da auto-extração e da restrição do movimento da coluna vertebral. Defende abordagem centrada no risco individual.
A12	Hawkrige et al., 2022, Reino Unido	Revisão sistemática. Objetivo: reunir a evidência sobre a utilização de colares cervicais na estabilização de lesões vertebrais no ambiente pré-hospitalar.	9 estudos retrospectivos incluídos.	Seis estudos desaconselham o uso do colar cervical, três são inconclusivos e nenhum demonstra benefício claro. Alguns estudos associam o colar a maior mortalidade em trauma penetrante. Os autores salientam discrepância entre a literatura e certas orientações clínicas.
A13	Brigolini e Ciconet, 2023, Brasil	Estudo exploratório de natureza qualitativa e quantitativa. Objetivo: analisar o conhecimento de profissionais de enfermagem sobre a restrição do movimento da coluna vertebral.	27 profissionais de enfermagem, 14 do contexto intra-hospitalar e 13 do contexto pré-hospitalar.	Apenas parte dos participantes demonstrou conhecer as recomendações atuais sobre restrição do movimento da coluna vertebral. Observou-se falta de padronização entre serviços, persistência do conceito tradicional de imobilização e necessidade de atualização formativa e articulação entre níveis de cuidados.

A14	Bruton et al., 2024, Austrália	Estudo de coorte. Objetivo: avaliar o uso de colares moles na imobilização cervical pré-hospitalar, considerando resultados neurológicos, conforto do doente e perspectiva dos paramédicos.	2098 aplicações de colar mole; 76 lesões cervicais confirmadas; 8 casos de lesão medular.	O colar mole não se associou a aumento do risco de deterioração neurológica. Houve elevada aceitabilidade por parte dos doentes e percepção favorável dos paramédicos quanto à aplicabilidade e adesão. Os resultados sugerem que pode constituir alternativa mais segura e confortável ao colar rígido.
A15	Kolli et al., 2024, Estados Unidos	Revisão da literatura. Objetivo: sintetizar a evidência disponível sobre o uso do colar cervical na abordagem da lesão medular.	33 estudos publicados entre 2014 e 2024, incluindo revisões, estudos observacionais, meta-análises e orientações clínicas.	A evidência para o uso rotineiro do colar rígido é limitada. São referidos riscos como úlceras por pressão, aumento da pressão intracraniana e redução do retorno venoso. A tendência atual favorece a restrição do movimento da coluna vertebral e a avaliação individualizada do risco e benefício.
A16	Pandor et al., 2024, Reino Unido	Revisão sistemática. Objetivo: avaliar a eficácia da imobilização cervical após trauma contuso no ambiente pré-hospitalar e no contexto de urgência.	6 estudos comparativos observacionais incluídos.	Não foi demonstrado benefício claro da imobilização cervical na prevenção de deterioração neurológica, lesão vertebral ou mortalidade. Foram descritos efeitos negativos, como dor, desconforto e complicações anatómicas. A qualidade da evidência foi considerada baixa.
A17	Al-zuabi et al., 2025, Arábia Saudita	Revisão narrativa. Objetivo: discutir, na perspectiva dos paramédicos, a abordagem pré-hospitalar da suspeita de lesão da coluna cervical.	Literatura sobre epidemiologia, fisiopatologia, avaliação clínica e técnicas de restrição do movimento da coluna vertebral no contexto pré-hospitalar.	Destaca a importância da avaliação seletiva com instrumentos clínicos validados. Reconhece riscos associados à imobilização rotineira, como desconforto, compromisso respiratório e aumento da pressão intracraniana. Sublinha a mudança conceptual para restrição do movimento da coluna vertebral.
A18	Marchenta et al., 2025, Brasil	Revisão narrativa da literatura. Objetivo: analisar a eficiência do uso do colar cervical nos doentes politraumatizados no contexto pré-hospitalar.	6 artigos incluídos, identificados em bases de dados ao longo de um período de 15 anos.	Não encontrou evidência clara a favor ou contra o uso do colar cervical. Refere que o dispositivo não assegura imobilização completa e pode associar-se a compressão jugular, aumento da pressão intracraniana, limitação ventilatória e dor. Aponta para a necessidade de rever protocolos e desenvolver alternativas.

A apresentação do conteúdo da revisão dos 18 estudos em análise revelou uma heterogeneidade não só no desenho metodológico ou no contexto geográfico; no entanto, o que se destaca é uma evolução no conteúdo das recomendações no que diz respeito à utilização do colar cervical no contexto pré-hospitalar.

A fim de tornar esta revisão mais objetiva e abordar melhor a questão de investigação, os resultados foram reestruturados em três dimensões mutuamente complementares, ou seja, a tendência geral dos estudos relativos à utilização dos colares cervicais, o conteúdo das recomendações clínicas atualmente divulgadas, bem como os principais argumentos propostos sobre a limitação ou abolição da sua utilização regular. Esta organização permite perceber gradualmente como a literatura existente está a ultrapassar o paradigma histórico da imobilização abrangente de todo o sistema e a avançar numa direção mais seletiva, em que a motilidade da coluna vertebral é restringida e as avaliações clínicas se baseiam no doente.

É fundamental compreender qual é o panorama geral dos estudos incluídos sobre o tema da utilização do colar cervical antes de interpretar o que abrange o conjunto específico das recomendações. Esta tendência geral está resumida na Tabela 2, e os artigos estão agrupados de acordo com a atitude que tendem a adotar predominantemente: em consonância com a abordagem tradicional, prescrevendo a utilização seletiva, alertando contra a utilização de rotina e fornecendo outras informações sobre riscos, alternativas ou cirurgia. Este levantamento preliminar permite-nos ver a tendência geral das evidências recolhidas e familiarizar-nos com a posição geral adotada na literatura mais recente.

Tabela 2: Tendência geral dos estudos incluídos quanto ao uso do colar cervical no ambiente pré-hospitalar

Tendência identificada	Síntese interpretativa	Estudos	n
Manutenção da abordagem tradicional com colar cervical rígido	Apenas um estudo mais antigo sustenta explicitamente a imobilização pré-hospitalar com colar cervical, imobilização da cabeça e prancha, ainda dentro do modelo clássico de imobilização espinhal.	A1	1
Uso seletivo e individualizado, integrado na restrição do movimento da coluna vertebral	Um conjunto importante de estudos recomenda abandonar a aplicação indiscriminada do colar cervical e privilegiar uma abordagem seletiva, baseada na avaliação clínica, no risco e em instrumentos de decisão.	A2, A6, A10, A11, A15, A17	6

Desaconselhamento do uso rotineiro do colar cervical rígido	Vários estudos concluem que o uso rotineiro do colar rígido não tem benefício clínico claramente demonstrado e pode associar-se a danos, pelo que não deve ser aplicado de forma sistemática.	A3, A5, A9, A12, A16	5
Evidência complementar sobre riscos específicos, alternativas e implementação	Alguns estudos não formulam uma recomendação geral única, mas contribuem para a discussão ao identificar eventos adversos, situações de maior risco, problemas de implementação e alternativas ao colar rígido.	A4, A7, A8, A13, A14, A18	6

Uma análise da Tabela 2 revela que se verificou uma mudança significativa no conhecimento atual sobre os colares cervicais no contexto pré-hospitalar. De facto, apenas um dos estudos selecionados é mais antigo; este defende a solução tradicional, baseada no colar cervical rígido, na imobilização da cabeça e na prancha espinhal. A maioria dos estudos, no entanto, pertence a uma de duas categorias principais: por um lado, a utilização seletiva e individualizada, que é a defendida no âmbito de várias medidas tomadas para restringir o movimento da coluna vertebral; por outro, a rejeição da utilização rotineira de colares rígidos, por carecer de evidências de vantagens e caracterizar-se pela possibilidade de causar danos.

Além disso, esta mudança de paradigma é complementada por uma quantidade substancial de investigação que oferece informações sobre questões relacionadas com complicações, restrições viáveis e estratégias alternativas. Em conjunto, estes resultados podem indicar que as publicações recentes estão a tender para o abandono da lógica de generalização do colar cervical rígido e para a adoção de decisões clínicas mais razoáveis e específicas ao contexto, com base no equilíbrio risco-benefício.

Uma vez definida a orientação geral dos estudos, é necessário analisar o conteúdo específico das recomendações formuladas. As principais áreas de recomendação identificadas na literatura estão enumeradas na Tabela 3 de forma lógica, tais como a posição sobre o uso regular de colares cervicais, o modelo de prestação de cuidados a escolher, os critérios de tomada de decisão clínica, o uso de ferramentas de apoio, dispositivos alternativos, monitorização do doente e revisão do protocolo. O resumo apresentado permite responder à questão principal da revisão de forma mais direta, uma vez que explica o que está a ser recomendado atualmente na prática pré-hospitalar.

Tabela 3: Recomendações atuais sobre a utilização do colar cervical no ambiente pré-hospitalar

Domínio da recomendação	Recomendação sintetizada	Estudos que a sustentam
Utilização rotineira do colar cervical	O colar cervical rígido não deve ser utilizado de forma universal em todas as vítimas de trauma.	A2, A3, A5, A6, A9, A10, A11, A12, A15, A16, A17, A18
Modelo assistencial preferencial	Deve privilegiar-se uma abordagem de restrição do movimento da coluna vertebral, invés do modelo tradicional de imobilização rígida sistemática.	A2, A6, A10, A11, A15, A17
Base para a tomada de decisão	A aplicação ou não aplicação do colar deve depender da avaliação clínica e do nível de risco, e não apenas do mecanismo de traumatismo.	A4, A6, A11, A17
Instrumentos de apoio à decisão	Sempre que adequado ao contexto e ao tipo de doente, devem ser utilizados instrumentos validados de decisão clínica, como a Canadian C-Spine Rule ou os critérios NEXUS.	A1, A6, A11, A17
Superfícies e dispositivos de transporte	A prancha rígida não deve ser usada como solução prolongada de transporte; a sua utilização deve ser sobretudo reservada à extração, com remoção tão precoce quanto possível.	A1, A6, A11
Alternativas e adjuvantes ao colar rígido	Devem ser consideradas alternativas ou complementos, como estabilização manual em linha, imobilização cefálica, colchão de vácuo, auto-extração em casos selecionados e, em alguns contextos, colar mole.	A1, A5, A6, A11, A14
Reavaliação contínua do doente	O doente deve ser monitorizado e reavaliado quanto ao estado neurológico, dor, desconforto, dispneia, agitação e tolerância ao dispositivo.	A4, A9, A14, A16
Revisão de protocolos	Os protocolos institucionais devem ser atualizados para refletir a transição de uma lógica de imobilização rotineira para uma lógica de restrição seletiva do movimento.	A5, A6, A7, A11, A13, A15, A17, A18

Como revela a Tabela 3, as recomendações existentes vão muito além de uma simples questão de «sim» ou «não» sobre se se deve ou não utilizar um colar cervical. O que a literatura demonstra é uma reformulação geral do modelo de cuidados, em que a ênfase já não recai sobre a imobilização rígida e sistemática, mas sim na limitação da mobilidade da coluna vertebral, no

exame clínico personalizado, bem como na prevenção de eventos adversos. Nesse contexto, o uso de um colar cervical já não é considerado um ato reflexo ao trauma, mas sim uma das opções possíveis, e a sua utilização depende do quadro clínico, do risco identificado e da incompatibilidade com formas alternativas de tratamento. Outra informação revelada nesta revisão é que as ferramentas de apoio à decisão, a autoexclusão em determinadas circunstâncias, os colchões de vácuo e a necessidade de reformular os protocolos institucionais se tornaram mais relevantes. Os resultados indicam, assim, que a prática tradicional tem vindo a ser substituída por uma abordagem seletiva e aberta, com base na avaliação clínica.

Para explicar aqui a razão que poderá ter motivado a mudança indicada nas recomendações, é útil analisar os principais argumentos apresentados pelos estudos em análise, quando procuram restringir ou mesmo excluir a utilização de colares cervicais rígidos como prática-padrão. Uma visão geral da fundamentação expressa na Tabela 4 é a seguinte: benefícios clínicos insuficientes demonstrados de forma substancial, consequências fisiológicas e mecânicas inadequadas, complicações iatrogénicas, riscos em certos casos e ausência de práticas empíricas históricas de tais práticas. Esta sistematização constitui a base do facto de a análise crítica do colar cervical não se basear num único elemento; na verdade, o processo de análise crítica pode ser considerado uma síntese de elementos paradoxais que constituem argumentação clínica e operacional.

Tabela 4: Principais fundamentos apresentados pelos estudos para limitar o uso rotineiro do colar cervical rígido

Fundamento identificado	Síntese dos resultados	Estudos
Ausência de benefício clínico robustamente demonstrado	A literatura não demonstra de forma consistente que o colar cervical rígido previna deterioração neurológica, reduza mortalidade ou melhore desfechos clínicos.	A2, A3, A5, A12, A16, A18
Aumento da pressão intracraniana e compressão jugular	O colar pode aumentar a pressão intracraniana, sobretudo em doentes com traumatismo crânio-encefálico, constituindo uma preocupação relevante na prática pré-hospitalar.	A3, A5, A8, A15, A18
Desconforto e outras complicações iatrogénicas	São descritos dor, desconforto, ansiedade, agitação, úlceras por pressão, necrose cutânea e dificuldades de comunicação associadas ao uso do colar.	A4, A5, A9, A14, A16
Restrição respiratória e dificuldades no manuseio da via aérea	Alguns estudos referem limitação respiratória e maior dificuldade em procedimentos relacionados com a via aérea, o que torna a sua aplicação menos segura em determinados doentes.	A3, A5, A9, A17, A18
Risco acrescido em situações específicas	Em trauma penetrante, o colar pode associar-se a piores resultados; também são referidos riscos em populações ou condições particulares, como espondilite anquilosante e alguns contextos pediátricos.	A3, A5, A7, A12, A15
Persistência de práticas históricas pouco sustentadas	Parte da utilização do colar cervical decorre da continuidade de práticas tradicionais mais do que de	A5, A7, A11, A13, A18

	evidência científica forte, o que justifica a revisão crítica dos protocolos.	
--	---	--

Uma análise da Tabela 4 revela que a contraindicação ao uso diário de colares cervicais rígidos assenta em duas conclusões fundamentais. Por um lado, o estudo carece de dados convincentes que demonstrem que o dispositivo possa traduzir-se em qualquer benefício clínico no que diz respeito à melhoria do quadro neurológico, à redução da mortalidade ou à melhoria dos resultados.

Por outro lado, no entanto, está a tornar-se cada vez mais claro que a sua aplicação pode conduzir a efeitos secundários desagradáveis, nomeadamente aumento da pressão intracraniana, desconforto grave, lesões cutâneas, restrição respiratória e problemas de gestão das vias respiratórias. Além disso, o colar cervical também pode ser perigoso em determinadas circunstâncias, por exemplo, na presença de certas condições clínicas ou de traumatismos penetrantes.

Por fim, é também salientado por algumas investigações que o facto de tal prática se ter mantido se deve, em parte, a um efeito de inércia e, em parte, a modelos históricos de cuidados, em vez de ser uma prática empiricamente sólida. A combinação destas causas torna ainda mais premente a necessidade de mudança, que passa pela redução dos procedimentos de seleção que não dependem tanto do colar cervical rígido.

A representação probabilística global dos resultados demonstra que as diretrizes atuais sobre a utilização de colares cervicais na unidade pré-hospitalar estão gradualmente a afastar-se da prática de utilizar o dispositivo na unidade de forma unânime e uniforme. As novas tendências na literatura apontam para métodos baseados na imobilização seletiva do movimento da coluna vertebral, na observação clínica individual, na racionalidade das ferramentas de tomada de decisão e na avaliação do possível impacto negativo, em oposição ao antigo paradigma que pressupõe uma imobilização rígida.

Desta forma, os estudos integrados, pelo contrário, indicam que, em vez de estimular a remoção completa do colar cervical, o elemento favorável na adesão prolongada às estratégias, pelas quais a seleção da opção de intervenção deve ser preconditionada, é o perfil do doente e a relação entre benefícios e riscos.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A presente *scoping review* teve como objetivo mapear e sintetizar as recomendações disponíveis sobre a aplicação de colares cervicais no contexto pré-hospitalar. Nos 18 estudos incluídos, verificou-se uma tendência que se destaca: embora considere os colares cervicais como um dos pilares da imobilização espinhal em casos de traumatismo, a literatura recente lança mais dúvidas sobre a sua utilização e defende a adoção de uma estratégia mais criteriosa e baseada no risco, com base no conceito de Restrição do Movimento da Coluna Vertebral.

A prática inicial baseada em evidências, que inclui uma revisão sistemática e um conjunto de recomendações baseadas em consenso de Ahn et al. (2011), que defende a imobilização pré-hospitalar por meio de um colar cervical em conjunto com a imobilização da cabeça e um plano duro. Contudo, mesmo nesse modelo, o foco era a redução do tempo de permanência em superfícies duras.

Posteriormente, alguns estudos começaram a colocar em causa a validade das evidências que apoiavam o uso de colares cervicais de forma rotineira. Hood e Considine (2015) concluíram que não há evidências de qualidade suficiente para apoiar o uso de colares cervicais de modo sistemático, podendo mesmo ser prejudiciais, e sugeriram que a tomada de decisão deve ser individual e não universal.

Da mesma forma, Sundstrøm et al. (2014), afirmam que não havia ensaios clínicos randomizados que demonstrassem melhores resultados neurológicos com o uso do colar cervical e observaram que há potenciais consequências negativas, tais como aumento da PIC, obstrução das vias respiratórias e desconforto do doente.

Segundo Oosterwold et al. (2017), a imobilização foi utilizada em praticamente todos os casos de traumatismo contuso e era geralmente realizada segundo métricas clínicas, incluindo sensibilidade na linha média e lesões distrativas, mas os resultados negativos foram provavelmente pouco relatados. Ainda mais importante, revisões subsequentes e documentos baseados em orientações sugeriam cada vez menos o uso rotineiro de colares rígidos. Stanton et al. (2017) propuseram algumas práticas, que incluíam o uso seletivo de restrição da movimentação da coluna vertebral, invés do colar obrigatório, pois os colares rígidos poderiam aumentar a PIC e comprometer a respiração. Ao contextualizar a prática de imobilização, Ten

Brinke et al. (2018) mostraram que a prática foi historicamente desenvolvida sem estudos empíricos sólidos, especialmente no caso de traumatismo contuso, e as evidências indicavam que a prática poderia causar mais mortalidade em traumatismos penetrantes.

A questão dos danos fisiológicos é apoiada por sínteses quantitativas. Numa revisão sistemática e meta-análise, Bazaie et al. (2022) mostraram que houve um aumento estatisticamente significativo na PIC, que estava relacionado com o uso do colar cervical nos utentes com traumatismo crânio-encefálico. Hawkrigde et al. (2022) não encontrou nenhuma evidência de benefício neurológico definitivo e relatou associações com maior mortalidade em casos de traumatismo penetrante. Mais recentemente, os mesmos resultados foram obtidos por Pandor et al. (2024), que afirmaram que os estudos comparativos existentes não comprovam uma menor taxa de comprometimento neurológico ou mesmo mortalidade devido à imobilização cervical, sendo relatados eventos adversos como dor, lesões induzidas por pressão e desconforto.

Em sintonia com essas descobertas, pesquisas qualitativas e de método misto apontam para mudanças nas opiniões profissionais. Segundo Thompson et al. (2021), as estratégias de Restrição do Movimento da Coluna Vertebral sem colar também foram amplamente apoiadas por prestadores de serviços pré-hospitalares devido a razões/cuidados centrados no doente, bem como ao surgimento de novas evidências. A revisão estruturada das diretrizes numa empresa de ambulâncias do Reino Unido apresentada por Cowley et al. (2022) explicou a exclusão formal do colar semirrígido no conjunto regular de diretrizes e sugeriu o conceito de estratificação de risco e o instrumento eficaz de tomada de decisão, incluindo a Regra Canadiana da Coluna Cervical e os critérios NEXUS. Brigolini e Ciconet (2023) e Pirozi et al. (2021) descobriram que as lacunas de conhecimento e as inconsistências na implementação, especialmente entre os profissionais de enfermagem, mostraram uma mudança desigual na prática, que é predeterminada por uma cultura institucional e formação.

Recentes estudos empíricos fornecem mais informações. Como Bruton et al. (2024) avaliaram a aplicação de colares macios em ambiente pré-hospitalar e não encontraram nenhum indicativo de agravamento neurológico que pudesse ser causado pela aplicação desses colares, os resultados positivos são observados: os colares melhoraram o conforto dos doentes e a aceitação dos profissionais de saúde em ambiente pré-hospitalar. Kolli et al. (2024) apoiaram a transição para a Restrição do Movimento da Coluna Vertebral por meio do argumento de que os colares rígidos possuem apenas uma estabilidade biomecânica limitada e que a decisão deve ser tomada dentro do contexto. Al-Zuabi et al. (2025) admitiram os riscos e benefícios e, em seguida, promoveram o uso do equilíbrio e da implementação baseada na avaliação.

Esta é também a conclusão de Marchenta et al. (2025), que afirmam que o conjunto de evidências existente não apoia nem proíbe adequadamente o uso do colar, mas enfatiza a importância da reavaliação do protocolo devido às possíveis complicações.

Há uma série de temas convergentes em todo o corpus. Para começar, falta a qualidade dos ensaios clínicos randomizados que comparam diretamente a utilização do colar com abordagens sem imobilização ou SMR seletivo. Em segundo lugar, evidências observacionais e fisiológicas indicam que colares cervicais rígidos podem estar associados a efeitos negativos, como pressão intracraniana elevada, comprometimento respiratório, desconforto e lesões por pressão. Em terceiro lugar, as diretrizes atuais e as práticas institucionais estão cada vez mais orientadas para a limitação seletiva do movimento espinhal, dirigida por regras de decisão clínica comprovadas, em oposição ao uso de colares automáticos.

Em quarto lugar, o traumatismo penetrante é sempre uma das situações em que a imobilização cervical não é recomendada devido aos possíveis atrasos e à ausência de utilidade comprovada.

Globalmente, as diretrizes existentes incorporadas nas pesquisas denotam a mudança no paradigma em que a imobilização regular é substituída pela restrição seletiva e orientada para a avaliação do movimento da coluna vertebral. Embora os colares cervicais continuem a ser incluídos nos ambientes pré-hospitalares e hospitalares (para tratamento) a sua aplicação está a tornar-se cada vez mais condicional do que absoluta. A literatura é favorável a um julgamento clínico, ênfase no mecanismo e no estado neurológico e conhecimento dos danos que podem ocorrer. No entanto, a fraqueza na base de evidências está associada à falta de heterogeneidade metodológica e ensaios aleatórios, o que aproveita a necessidade de estudos prospectivos adicionais para esclarecer mais os resultados centrados no doente e as melhores estratégias de gestão da coluna vertebral pré-hospitalar.

De modo geral, a presente *scoping review* revela que as diretrizes atuais não recomendam o uso de colares cervicais rígidos nos doentes com trauma no ambiente pré-hospitalar. Em alternativa a isso, há uma aceitação crescente de soluções SMR seletivas, baseadas em modelos de decisão comprovados e contrabalançadas pelo risco relatado. Essa mudança é uma indicação das evidências emergentes, bem como de uma mudança na opinião profissional, embora seja uma mudança importante na filosofia do atendimento pré-hospitalar a traumas.

CONCLUSÕES

A presente *scoping review* mapeou as recomendações existentes sobre o uso do colar cervical no ambiente pré-hospitalar, utilizando 18 fontes incluídas na revisão, publicadas entre 2011 e 2025. No geral, as evidências sugerem que há uma mudança definitiva em favor da restrição não rotineira e não universal do movimento da coluna vertebral para o uso do colar cervical com base na avaliação.

Anteriormente, as recomendações favoreciam o uso de colares devido à imobilização completa da coluna vertebral, frequentemente acompanhada por blocos para a cabeça e pranchas rígidas. No entanto, revisões sistemáticas recentes, revisões críticas e diretrizes práticas apontam para a falta de evidências comparativas de alta qualidade que apoiem a alegação de que os colares melhoram os resultados neurológicos de uma forma que possa ser associada ao seu uso e, mais criticamente, para uma maior consciencialização dos riscos e limitações do uso de colares.

Na literatura analisada, o desconforto e a dor do doente, as complicações associadas à pressão e as limitações da função respiratória, os obstáculos ao controlo das vias respiratórias e a preocupação com a pressão intracraniana elevada são os efeitos adversos mais comuns discutidos (especialmente nas lesões cerebrais traumáticas). Várias revisões destacam a ideia de que os colares não fixam completamente a coluna cervical e podem oferecer efeitos paralisantes parciais, algo que questiona o pensamento convencional de usar colares regularmente.

As recomendações modernas são mais frequentemente baseadas em métodos de restrição de forma não rotineira e não universal do movimento da coluna vertebral e dão ênfase à cautela no manuseamento, estabilização manual em linha quando necessário, posicionamento centrado no doente e aplicação de equipamentos alternativos (por exemplo, colchões de vácuo) quando indicado, e diminuição do tempo de contacto com superfícies duras.

A validade das ferramentas de decisão clínica e a estratificação estruturada do risco também figuram nos estudos apresentados, a fim de reduzir tanto a imobilização desnecessária, os corredores seguros para doentes de baixo risco, que podem ficar sem colar cervical, quanto os cuidados universais.

Existem ainda características de aplicação desiguais, uma vez que se verificou que os profissionais têm lacunas de conhecimento e que existe variabilidade entre sistemas e protocolos. Houve uma cooperação internacional mínima no corpus abrangido e o facto de a maioria dos

estudos serem revisões, em vez de estudos prospectivos primários, é uma indicação de lacunas contínuas nas evidências. Os desenhos comparativos prospectivos pragmáticos, relatórios de resultados padronizados e análises de subgrupos (por exemplo, trauma contuso vs. penetrante, idosos, suspeita de traumatismo crânio-encefálico) devem ter prioridade em investigações futuras para melhorar as recomendações.

Em suma, as diretrizes contemporâneas baseadas em evidências estão mais inclinadas para a SMR seletiva e menos inclinadas para o uso regular de colar cervical, julgamento clínico individualizado, redução de danos e revisões de protocolos no tratamento pré-hospitalar de traumas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agency for Clinical Innovation - ACI. (2025). *Use of foam collars for cervical spine immobilisation*. Agency for Clinical Innovation. https://aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0009/450882/ACI-Foam-collars-cervical-spine-immobilisation-initial-management.pdf

Ahn, H., Singh, J., Nathens, A., MacDonald, R. D., Travers, A., Tallon, J., Fehlings, M. G., & Yee, A. (2011). Pre-Hospital Care Management of a Potential Spinal Cord Injured Patient: A Systematic Review of the Literature and Evidence-Based Guidelines. *Journal of Neurotrauma*, 28(8), 1341–1361. <https://doi.org/10.1089/neu.2009.1168>

Al-zuabi, S. F. S., Alzuabi, A. E., Aldossary, F. M., Alinsi, A. H., Almutari, T. S., Alzuabi, F. A., Alzabyi, M. O., Alzuabi, M. A., Alzoabi, S. F., Alsubaie, M. A., & Almutiri, R. A. (2025). Prehospital management of suspected cervical spine injuries: A paramedic perspective. *The Review of Diabetic Studies*, 21(S5).

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

Bazaie, N., Alghamdi, I., Alqurashi, N., & Ahmed, Z. (2021). The Impact of a Cervical Collar on Intracranial Pressure in Traumatic Brain Injury Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Care*, 2(1), 1–10. <https://doi.org/10.3390/traumacare2010001>

Brannigan, J. F. M., Dohle, E., Critchley, G. R., Trivedi, R., Laing, R. J., & Davies, B. M. (2022). Adverse Events Relating to Prolonged Hard Collar Immobilisation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Global Spine Journal*, 219256822210871. <https://doi.org/10.1177/21925682221087194>

Brigolini, G., & Ciconet, R. M. (2023). RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DA COLUNA: UMA ANÁLISE DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. *Cogitare Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.87844>

Bruton, L., Nichols, M., Looi, S., Evens, T., Bendall, J. C., & Davis, K. J. (2024). Evaluating soft collars in pre-hospital cervical spine immobilisation: A cohort study on neurological

- outcomes, patient comfort and paramedic perspectives. *Emergency Medicine Australasia*. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.14464>
- Cowley, A., Nelson, M., Hall, C., Goodwin, S., Kumar, D. S., & Moore, F. (2022). Recommendation for changes to the guidelines of trauma patients with potential spinal injury within a regional UK ambulance trust. *British Paramedic Journal*, 7(3), 59–67. <https://doi.org/10.29045/14784726.2022.12.7.3.59>
- Fischer, P. E., Perina, D. G., Delbridge, T. R., Fallat, M. E., Salomone, J. P., Dodd, J., Bulger, E. M., & Gestring, M. L. (2018). Spinal Motion Restriction in the Trauma Patient – A Joint Position Statement. *Prehospital Emergency Care*, 22(6), 659–661. <https://doi.org/10.1080/10903127.2018.1481476>
- Hauswald, M., Ong, G., Tandberg, D., & Omar, Z. (1998). Out-of-hospital Spinal Immobilization: Its Effect on Neurologic Injury. *Academic Emergency Medicine*, 5(3), 214–219. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1998.tb02615.x>
- Haut, E. R., Kalish, B. T., Efron, D. T., Haider, A. H., Stevens, K. A., Kieninger, A. N., Cornwell, E. E., & Chang, D. C. (2010). Spine Immobilization in Penetrating Trauma: More Harm Than Good? *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*, 68(1), 115–121. <https://doi.org/10.1097/ta.0b013e3181c9ee58>
- Hawkins, S. C., Williams, J., Bennett, B. L., Islas, A., & Quinn, R. (2024). Wilderness Medical Society Clinical Practice Guidelines for Spinal Cord Protection: 2024 Update. *Wilderness & Environmental Medicine*. <https://doi.org/10.1177/10806032241227232>
- Hawkrigde, K., Ahmed, I., & Ahmed, Z. (2020). Evidence for the use of spinal collars in stabilising spinal injuries in the pre-hospital setting in trauma patients: a systematic review. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*. <https://doi.org/10.1007/s00068-020-01576-x>
- Hood, N., & Considine, J. (2015). Spinal immobilisation in pre-hospital and emergency care: A systematic review of the literature. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 18(3), 118–137. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2015.03.003>
- Hoffman, J. R., Mower, W. R., Wolfson, A. B., Todd, K. H., & Zucker, M. I. (2000). Validity of a Set of Clinical Criteria to Rule Out Injury to the Cervical Spine in Patients with Blunt

99. <https://doi.org/10.1056/nejm200007133430203>

Kolli, S., Medina, R., DeYoung, C., & Lucke-Wold, B. (2024). Cervical collar use in spinal cord injury management. *Clinical and Translational Discovery*, 4(3). <https://doi.org/10.1002/ctd2.316>

Kwan, I., Bunn, F., & Roberts, I. G. (2001). Spinal immobilisation for trauma patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd002803>

Marchenta, V. A. P., Medeiros, A. M. G., Federici, I. C., Santos, N., Manata, Y., & Cerqueira, E. T. V. (2025). *Eficiência do uso de colar cervical em doentes vítimas de politrauma em atendimento pré-hospitalar: Uma revisão narrativa de literatura* [Manuscript not published]. Universidade Santa Cecília. <https://periodicos.unisanta.br/COB/article/view/2952>

NICE. (2016). *Spinal injury: assessment and initial management*. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng41/chapter/recommendations>

Núñez-Patiño, R. A., Rubiano, A. M., & Godoy, D. A. (2019). Impact of Cervical Collars on Intracranial Pressure Values in Traumatic Brain Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *Neurocritical Care*, 32(2), 469–477. <https://doi.org/10.1007/s12028-019-00760-1>

Oosterwold, J. T., Sagel, D. C., van Grunsven, P. M., Holla, M., de Man-van Ginkel, J., & Berben, S. (2017). The characteristics and pre-hospital management of blunt trauma patients with suspected spinal column injuries: a retrospective observational study. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 43(4), 513–524. <https://doi.org/10.1007/s00068-016-0688-z>

Pandoro, A., Essat, M., Sutton, A., Fuller, G., Reid, S., Smith, J. E., Fothergill, R., Surendra Kumar, D., Kolias, A., Hutchinson, P., Perkins, G. D., Wilson, M. H., & Lecky, F. (2024). Cervical spine immobilisation following blunt trauma in pre-hospital and emergency care: A systematic review. *PLOS ONE*, 19(4), Artigo e0302127. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302127>

Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tufanaru, C., & Aromataris, E. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI.

Pirozi, I. A. S., Souza, K. C. L., Oliveira, G. S., & Sá, L. F. R. (2021). *Assistência de enfermagem frente às diretrizes do uso rotineiro do colar cervical no atendimento pré-hospitalar: Uma revisão narrativa* [Manuscrito não publicado]. <https://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/501>

Richman, P., Yard, J., Leeson, B., Leeson, K., Youngblood, G., Guardiola, J., & Miller, M. (2019). The influence of cervical collar immobilization on optic nerve sheath diameter. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 12(2), 141. https://doi.org/10.4103/jets.jets_80_18

Rogers, L. (2017). Continuing Professional Development: June 2017 Rigid cervical collar in pre-hospital care. *Journal of Paramedic Practice*, 9(6), 1–5. <https://doi.org/10.12968/jpar.2017.9.6.cpd1>

Rottava, I. A., Gomes, V. B., & Araujo, A. S. (2025). *Restrição do movimento da coluna cervical no trauma: Fundamentos e práticas atuais*. Editora Pasteur.

Russell, L. J., Dodd, T., Kendall, D., Lazenbury, A., Leggett, A., Payton-Haines, S., Jiang, L., Filingeri, D., & Worsley, P. R. (2024). A bioengineering investigation of cervical collar design and fit: Implications on skin health. *Clinical Biomechanics*, 106178. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2024.106178>

Stanton, D., Hardcastle, T., Muhlbauer, D., & van Zyl, D. (2017). Cervical collars and immobilisation: A South African best practice recommendation. *African Journal of Emergency Medicine*, 7(1), 4–8. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2017.01.007>

Sundstrøm, T., Asbjørnsen, H., Habiba, S., Sunde, G. A., & Wester, K. (2014). Prehospital Use of Cervical Collars in Trauma Patients: A Critical Review. *Journal of Neurotrauma*, 31(6), 531–540. <https://doi.org/10.1089/neu.2013.3094>

ten Brinke, J. G., Groen, S. R., Dehnad, M., Saltzherr, T. P., Hogervorst, M., & Goslings, J. C. (2018). Prehospital care of spinal injuries: a historical quest for reasoning and evidence. *European Spine Journal*, 27(12), 2999–3006. <https://doi.org/10.1007/s00586-018-5762-2>

Thompson, L., Shaw, G., Bates, C., Hawkins, C., McClelland, G., & McMeekin, P. (2021). To collar or not to collar. Views of pre-hospital emergency care providers on immobilisation without cervical collars: a focus group study. *British Paramedic Journal*, 6(1), 38–45. <https://doi.org/10.29045/14784726.2021.6.6.1.38>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., ... & Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473.

Vaillancourt, C., Stiell, I. G., Beaudoin, T., Maloney, J., Anton, A. R., Bradford, P., Cain, E., Travers, A., Stempien, M., Lees, M., Munkley, D., Battram, E., Banek, J., & Wells, G. A. (2009). The Out-of-Hospital Validation of the Canadian C-Spine Rule by Paramedics. *Annals of Emergency Medicine*, 54(5), 663–671.e1. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.03.008>

Woster, C. M., Zwank, M. D., Pasquarella, J. R., Wewerka, S. S., Anderson, J. P., Greupner, J. T., & Motalib, S. (2018). Placement of a cervical collar increases the optic nerve sheath diameter in healthy adults. *The American Journal of Emergency Medicine*, 36(3), 430–434. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.08.051>

Apêndices

Apêndice I- Remoção do Catéter Vesical: Cuidados e Monitorização na Prática Clínica

	
PROCEDIMENTO Remoção do Cateter Vesical: Cuidados e Monitorização na Prática Clínica	Documento nº Versão nº 0 Data: 4/11/2025
Aprovado:	Data de Aprovação:

TÍTULO:

Cuidados na Remoção de Cateter Vesical e Monitorização na Prática Clínica

ÂMBITO:

Este procedimento destina-se ao doente internado no serviço de medicina intensiva da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões submetido a cateterização vesical

RESPONSABILIDADE PELA IMPLEMENTAÇÃO:

Equipa multidisciplinar a exercer funções no serviço de medicina intensiva

FUNDAMENTO (S):

Garantir a segurança do doente, a eficácia terapêutica e o cumprimento das boas práticas na gestão do ciclo de vida da sonda vesical, conforme normas da Direção-Geral da Saúde e legislação vigente.

OBJETIVO (S):

Normalizar a atuação da equipa de enfermagem e médica no que respeita à gestão do cateter vesical no seu ciclo de vida

Minimizar o risco de erro na gestão do dispositivo na equipa multidisciplinar

Minimizar o risco de infeção associada à presença de cateter vesical

Promover práticas seguras e eficazes entre os profissionais de saúde.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

As infeções do trato urinário são frequentes e evitáveis e implicam gastos desnecessários em saúde passíveis de ser evitados pela utilização racional do cateter vesical.

A infeção urinária associada a cateter vesical é uma das mais frequentes infeções hospitalares e é o mais importante evento adverso associado ao uso do cateter vesical. É atualmente reconhecido que as infeções urinárias relacionadas com cateter vesical são em larga medida evitáveis quando são usadas estratégias que incluam a redução do número de algalias desnecessárias e orientações na sua colocação e manutenção, baseadas na melhor evidência científica. A cada dia que passa com o doente algaliado o risco de desenvolver uma infeção associada ao cateter vesical aumenta 5-7%, após 30 dias o risco aumenta para 100%. (DGS, 2022)

Os doentes internados em cuidados intensivos são os mais vulneráveis a adquirir este tipo de infeção devido ao sistema imunitário enfraquecido e comorbilidades associadas.

Resultados do Desafio Stop Infeção Hospitalar, implementado em Portugal entre 2015-2018, apresentaram uma redução na densidade incidência por 1.000 dias de cateter na prevenção da Infeção urinária associada ao cateter vesical de 51% (DGS, 2022).

Foram identificados os seguintes fatores de risco para o desenvolvimento de uma infeção associada ao cateterismo vesical:

- Tempo de permanência da sonda vesical
- Fatores de risco adicionais: sexo feminino, idades mais avançadas, não manter o sistema de drenagem fechado
- Os fatores de risco para o desenvolvimento de infeção da corrente sanguínea associada à presença de cateter vesical incluem neutropenia, doença renal, sexo masculino
- O reservatório de urina é uma possível fonte de microrganismos que podem vir a ser transmitidos pela manipulação pela equipa de saúde. O reservatório de urina pode igualmente ficar contaminado pela manipulação por pessoal que não cumpre as normas da higiene das mãos, pelo contacto com as próprias mãos do doente ou pelo contacto com o chão ou outro dispositivo utilizado para o despejo.

Os cuidados de manutenção do cateter vesical mostram-se de extrema importância, as recomendações da DGS apontam os seguintes:

- Manter o sistema de drenagem estéril, fechado e que permita um fluxo contínuo da urina
- Manter o sistema sempre abaixo do nível da bexiga
- Despejar o reservatório de urina sempre que este atinja $\frac{3}{4}$ da capacidade em circuito fechado
- Fixar adequadamente o cateter vesical à coxa do doente para impedir traumatismo e movimentos de tração da sonda
- Substituir o cateter e o sistema de drenagem sempre que esteja comprometida a técnica asséptica e sempre que haja desconexão ou fuga
- Sempre que haja necessidade de realizar colheita de urina, proceder à desinfecção da porta de colheita mantendo o sistema sempre fechado.

ESTRATÉGIAS PARA REMOÇÃO DE CATETER VESICAL

Os protocolos de desalgaliação precoce pelos enfermeiros são diretivas clínicas que pretendem a remoção antecipada das sondas vesicais e permitem aos enfermeiros fazê-lo de uma forma autónoma nos doentes que se enquadram em determinadas condições clínicas sem necessidade de consultar a equipa médica.

Em cuidados intensivos a decisão de remoção de sonda vesical é bastante complexa atendendo às características específicas do doente crítico e, por isso, é importante que esta seja uma decisão conjunta da equipa multidisciplinar.

As prescrições médicas automáticas de “remoção de cateter vesical” mostram resultados positivos na remoção antecipada de cateter vesicais e diminuição das taxas de incidência de infeção.

Foram identificadas 3 barreiras à implementação de um protocolo de desalgaliação precoce: a dependência dos enfermeiros para ordem médica de desalgaliação, o adiamento da desalgaliação por parte da equipa médica, falta de comunicação na equipa acerca da remoção do dispositivo (DePuccio et al., 2020).

Os mesmos autores identificaram também 3 estratégias facilitadoras para ultrapassar estas barreiras: a adoção de um protocolo de desalgaliação, o debate diário sobre a necessidade de manter a algaliação e o relembrar a equipa do protocolo instituído.

De acordo com Meddings et al (2014) entendem-se como estratégias indicadas para a redução da incidência de infeção relacionada com o cateter vesical:

1. Ponderar a necessidade de introdução do cateter vesical
 2. Utilizar a técnica asséptica na inserção do cateter vesical
 3. Utilizar cateter vesical de calibre adequado
 4. Manter a consciência da existência de um cateter vesical colocado
 5. Cuidados de manutenção ao cateter vesical
- A. Utilizar a abordagem ABCDE na gestão do cateter vesical
 - B. Adherence: adesão às medidas gerais de controlo de infeção (higiene das mãos, vigilância e monitorização, inserção por técnica asséptica, manutenção adequada, educação)
 - C. Bladder ultrasound: ecografia da bexiga pode evitar realgalias desnecessárias
 - D. Condom catheters: alternativas não invasivas devem ser consideradas (dispositivo urinário não invasivo)
 - E. Do not use: não usar cateter vesical a menos que estritamente necessário
 - F. Early removal: retirar o cateter vesical assim que possível
 - G. A abordagem dos 4 “Es” também se mostrou eficaz na redução da taxa de incidência de infeção associada ao cateter vesical (Michigan Keystone Bladder Bundle Initiative, 2009).
 - Engage: o hospital assume o compromisso de associada a cateter vesical
 - Educate: realização de formação/informação aos colaboradores
 - Execute: escolha de um elemento da equipa capaz de liderar o projeto e criação de uma equipa multidisciplinar que acompanhe e esclareça dúvidas na aplicação
 - Evaluate: avaliar aplicação do processo e potenciais benefícios

Em Portugal, entre 2015 e 2018, desenvolveu-se o Desafio Stop Infeção Hospitalar, com a participação de 12 Centros Hospitalares, num total de 19 hospitais(34) . A infeção urinária associada a cateter vesical foi uma das infeções monitorizadas e durante esse período foi aplicado

o Feixe de Intervenções de prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical, tendo sido publicada a Norma N.º 019/2015 de 15/12/2015, atualizada a 30/05/2017 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical”. Neste período em estudo, a incidência de infeção urinária diminuiu em 51% de 8,28/1000 para 4,06/1.000 dias de cateter vesical. Por outro lado, a adesão ao Feixe de Intervenções da inserção do cateter vesical, aumentou de 82,7% para 96% e a adesão ao Feixe de Intervenções da manutenção do cateter vesical, aumentou de 81,7% para 88,4% (34) .

Na ULS Viseu Dão Lafões o Serviço de Medicina Intensiva integra o programa STOP infeção 2.0 e verificou-se a necessidade de implementação de ações de forma sistemática e uniforme no âmbito do plano de cuidados multidisciplinar a individualizar ao utente.

O doente e/ou representante legal devem ser informados e esclarecidos da situação clínica, necessidade do plano terapêutico, dos efeitos adversos/secundários, benefícios e riscos do tratamento. Deve constar do processo clínico a decisão fundamentada da eventual impossibilidade da aplicação da norma da DGS 019/2015.

São múltiplas as metodologias de implementação possíveis, mas o desenvolvimento do processo beneficia de uma abordagem em equipa multidisciplinar e multiprofissional.

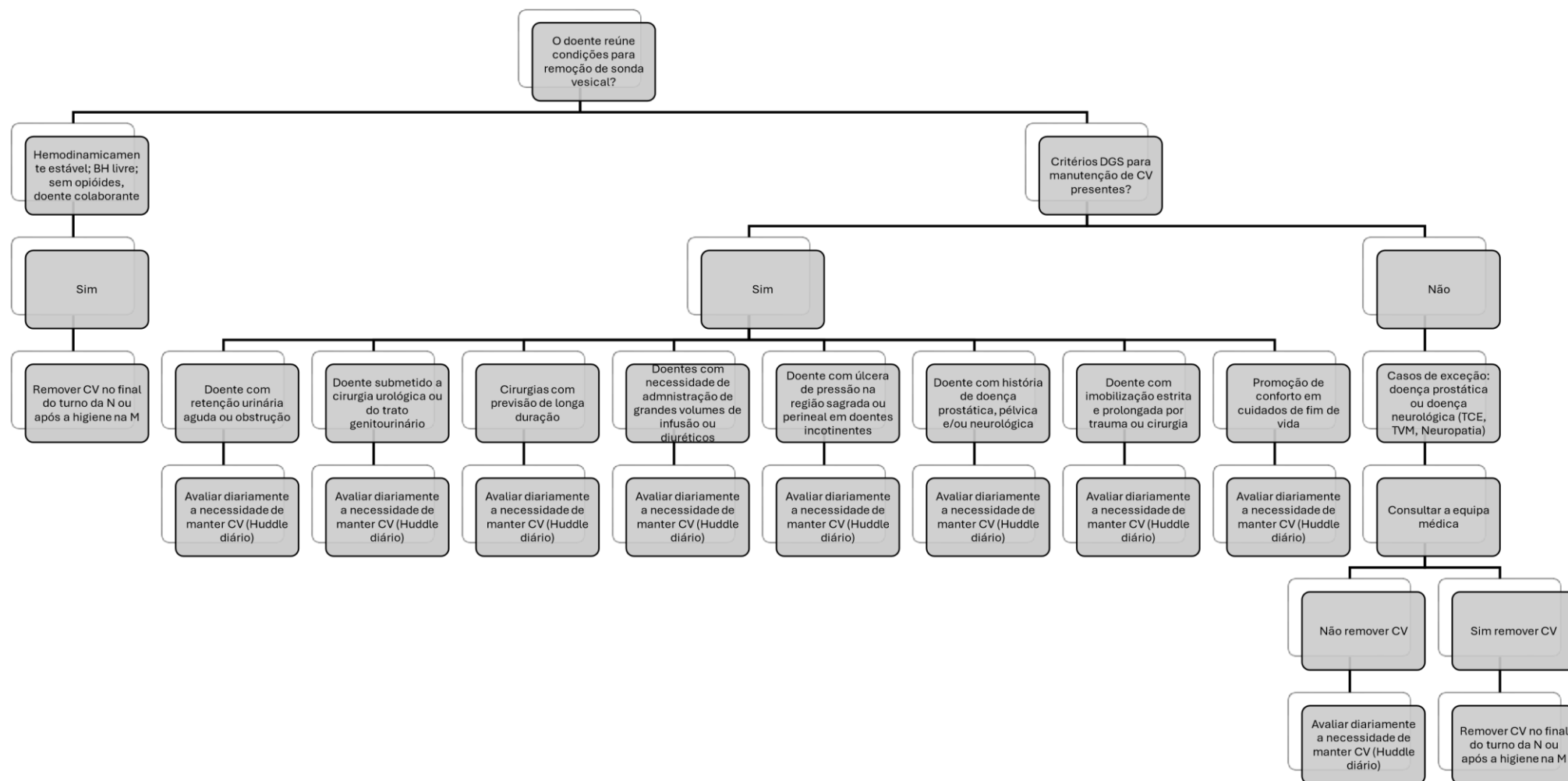
A implementação deste protocolo irá permitir a uniformização de cuidados, os feixes de intervenção são dinâmicos e podem evoluir no tempo refletindo o conhecimento e as características dos serviços.

Este procedimento insere-se no Objetivo Estratégico “5.3 Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM)” do Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros” do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026.

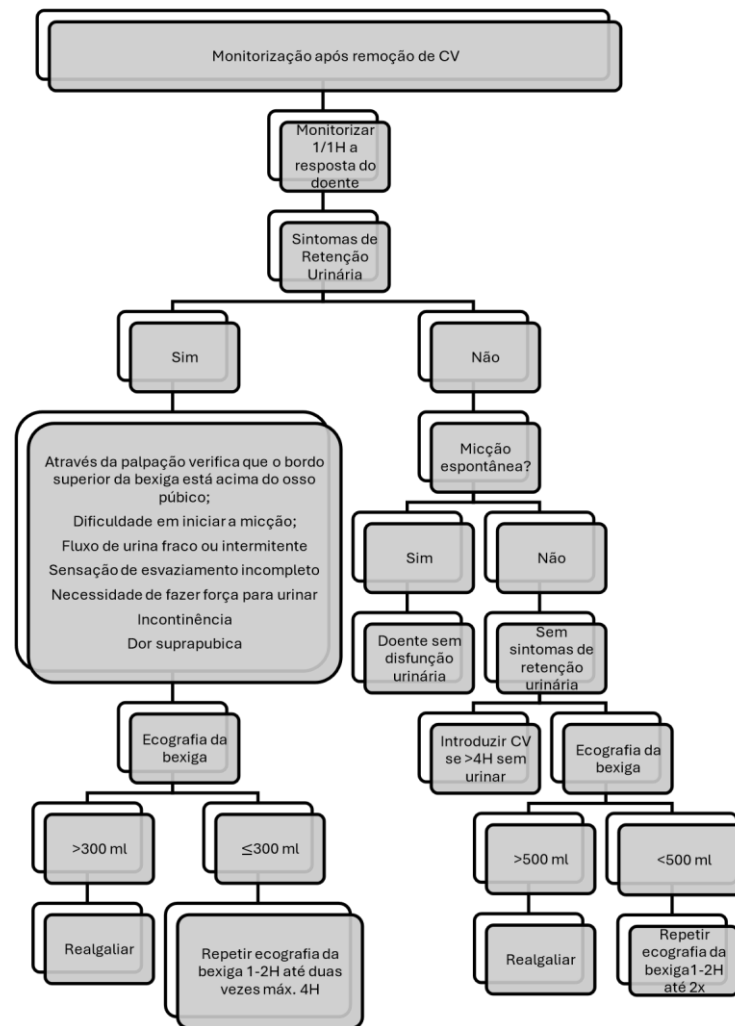
A atuação segundo o fluxograma de remoção de cateter vesical contempla dois momentos chave de atuação. 1º momento – Decisão de Remoção do cateter vesical e 2º momento – Monitorização pós remoção do cateter vesical .

No fluxograma que se segue existe uma linha orientadora que ajuda a equipa multidisciplinar a decidir o próximo passo e a estratégia mais segura para o doente.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 1º Momento – Decisão de Remoção de Catéter Vesical



DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: 2º Momento – Monitorização Pós Remoção de Catéter Vesical



MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO:

Auditorias internas periódicas sobre conformidade com o procedimento.

Revisão anual do procedimento.

Análise de incidentes e notificação de eventos adversos.

LEGISLAÇÃO, ORDENS DE SERVIÇO, BIBLIOGRAFIA DE SUPORTE:

Al-Hameed, F. M., Ahmed, G. R., AlSaedi, A. A., Bhutta, M. J., Al-Hameed, F. F., & AlShamrani, M. M. (2018). Applying preventive measures leading to significant reduction of catheter-associated urinary tract infections in adult intensive care unit. *Saudi Medical Journal*, 39(1), 97–102. <https://doi.org/10.15537/smj.2018.1.20999>

Backman, C., Wooller, K. R., Hasimja-Saraqini, D., Demery Varin, M., Crick, M., Cho-Young, D., Freeman, L., Delaney, L., & Squires, J. E. (2022). Intervention to reduce unnecessary urinary catheter use in a large academic health science centre: A one-group, pretest, posttest study with a theory-based process evaluation. *Nursing Open*, 9(2), 1432–1444. <https://doi.org/10.1002/nop2.920>

Firoozeh, N., Agah, E., Bauer, Z. A., Olusanya, A., & Seifi, A. (2022). Catheter-associated urinary tract infection in neurological intensive care units: A narrative review. *Neurohospitalist*, 12(3), 484–497. <https://doi.org/10.1177/19418744221075888>

Burrington, S. (2019). *Nurse-driven protocol to reduce urinary catheter infections: A quality improvement project* (Master's project, University of San Francisco). USF Scholarship: A Digital Repository. <https://repository.usfca.edu>

Cao Y, Gong Z, Shan J, Gao Y: Comparison of the preventive effect of urethral cleaning versus disinfection for catheter-associated urinary tract infections in adults: A network meta-analysis. *Int J Infect Dis*. 2018, 76:102-8. 10.1016/j.ijid.2018.09.008

Chen YY, Chi MM, Chen YC, Chan YJ, Chou SS, Wang FD: Using a criteria-based reminder to reduce use of indwelling urinary catheters and decrease urinary tract infections. *Am J Crit Care*. 2013, 22:105-14.

DePuccio, M. J., Gaughan, A. A., Sova, L. N., MacEwan, S. R., Walker, D. M., Gregory, M. E., DeLancey, J. O., & McAlearney, A. S. (2020). *An examination of the barriers to and facilitators of implementing nurse-driven protocols to remove indwelling urinary catheters in acute care hospitals*. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 46(12), 691–698. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2020.08.015>

Direção-Geral da Saúde. (2022, 29 de agosto). *Norma Clínica 019/2015 (atualizada a 29 de agosto de 2022): “Feixe de intervenções” para a prevenção da infeção urinária associada a catéter vesical* [PDF]. https://normas.dgs.minsaude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-deprevencao-de-infeccao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Gaskin, K. D. (2021). *Nurse-driven catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) prevention project* (Doctoral project, Montana State University). Montana State University ScholarWorks.
<https://scholarworks.montana.edu>

Gad, M. H., & AbdelAziz, H. H. (2021). Catheter-associated urinary tract infections in the adult patient group: A qualitative systematic review on the adopted preventative and interventional protocols from the literature. *Advances in Urology*, 2021, Article 6698749. <https://doi.org/10.1155/2021/6698749>

He, T., Liang, S., Guan, Y., Sun, J., Hu, H., Wang, Q., & Guo, Y. (2025). *Effect of intermittent urethral catheter clamping combined with active urination training (ICCAUT) strategy on postoperative urinary dysfunction after radical rectal cancer surgery: Single-centre randomised controlled trial (ICCAUT-1) study protocol*. *BMJ Open*, 15, e095217. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-095217>

Lee KC, Chao YF, Wang YM, Lin PC: A nurse-family partnership intervention to increase the self-efficacy of family caregivers and reduce catheter-associated urinary tract infection in catheterized patients. *Int J Nurs Pract*. 2015, 21:771-9. 10.1111/ijn.12319

Meddings, J., Rogers, M. A. M., Krein, S. L., Fakih, M. G., Olmsted, R. N., & Saint, S. (2014). *Reducing unnecessary urinary catheter use and other strategies to prevent catheter-associated*

urinary tract infection: An integrative review. *BMJ Quality & Safety*, 23(4), 277–289.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001774>

Meddings, J., Saint, S., Greene, M. T., Krein, S. L., Olmsted, R. N., & Fakih, M. G. (2023). *Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute-care hospitals: 2022 update*. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 44(8), 1209–1231.
<https://doi.org/10.1017/ice.2023.137>

Schiessler, M. M., Darwin, L. M., Phipps, A. R., Hegemann, L. R., Heybrock, B. S., & Macfadyen, A. J. (2019). *Don't have a doubt, get the catheter out: A nurse-driven CAUTI prevention protocol*. *Pediatrics Quality & Safety*, 4(7), e183. <https://doi.org/10.1097/pq9.000000000000183>

SUCCESS Toolkit for Enhancing Urinary Catheter Appropriateness and Safety for Adult Surgical Patients. Content last reviewed **November 2024**. A Collaboration between the Michigan Surgical Quality Collaborative (MSQC) and University of Michigan SUCCESS Researchers, Ann Arbor, MI. <https://bladdersafe.org/success.html>

Elaborado por: Ana Teixeira mec. 4335 Jéssica Figueiredo mec. 9695 Natércia Coelho mec. 4940 Patrícia Fonseca mec. 8677	Revisto por:
--	---------------------

**Apêndice II- Humanidade de Cuidados no Serviço de Urgência Polivalente da ULS
VDL- Proposta de intervenção estrutural**

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Humanização de Cuidados no Serviço de Urgência Polivalente da ULS VDL

PROPRIEDADE

Filipa Amaral

Cláudia Ramos

Jéssica Figueiredo

Patrícia Fonseca 8677

Rui Costa

Simone Almeida 4977

Simone Leite

AUTOR e PAGINAÇÃO

Nome da Direção:

Direção:

Coordenação:

CONTACTOS

Morada: XXX

XXX-XXX Lisboa

Tel.: XXX XXX XXX

E-mail: XX@XX.XX

www.xxx.pt

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	109
GLOSSÁRIO DE SIGLAS & ACRÓNIMOS	109
SUMÁRIO	112
ENQUADRAMENTO	113
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	114
CONSIDERAÇÕES FINAIS	118

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Planta Serviço de Urgência Polivalente

Figura 2 - Proposta de Planta

GLOSSÁRIO DE SIGLAS & ACRÓNIMOS

SNS Serviço Nacional de Saúde

SUP Serviço de Urgência Polivalente

ULS VDL Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões

SUMÁRIO

A transmissão de más notícias em contexto do Serviço de Urgência constitui um momento delicado da prática clínica, com elevado impacto emocional para as pessoas cuidadas, familiares e profissionais de saúde. A inexistência de espaços físicos adequados compromete a privacidade, a dignidade e a qualidade da comunicação, podendo agravar o sofrimento emocional e dificultar o processo de compreensão e adaptação à informação transmitida.

Esta proposta consiste na criação de uma sala no Serviço de Urgência Polivalente da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões (ULS VDL) destinada à transmissão de más notícias para a pessoa significativa. Esta intervenção enquadra-se nos princípios da humanização dos cuidados de saúde, promovendo um ambiente físico e emocionalmente adequado, seguro e respeitador, sem implicar elevados custos estruturais, privilegiando a reorganização de um espaço já existente e a otimização de recursos.

A implementação desta proposta vai ao encontro de vários estudos e projetos a nível internacional e visa melhorar a experiência do utente e família, apoiar os profissionais de saúde e alinhar a prática assistencial com as recomendações de boas práticas nacionais e internacionais em comunicação clínica.

ENQUADRAMENTO

O Serviço de Urgência Polivalente caracteriza-se por elevada pressão assistencial, imprevisibilidade clínica e forte carga emocional. Neste contexto, a comunicação de más notícias — como óbitos, agravamento súbito do estado clínico ou diagnósticos com prognóstico reservado — é frequente e inevitável.

A literatura evidencia que o ambiente físico onde estas notícias são transmitidas influencia significativamente a perceção da mensagem, a resposta emocional dos familiares e o bem-estar dos profissionais. Espaços ruidosos, partilhados ou sem privacidade aumentam o sofrimento, dificultam a comunicação empática e podem gerar conflitos.

Várias instituições europeias têm vindo a reconhecer a importância de ambientes físicos adequados para conversas sensíveis e momentos emocionalmente exigentes. Um exemplo é o projecto *Design & Dignity* na Irlanda, promovido pela **Irish Hospice Foundation**, que já transformou mais de 47 espaços — incluindo salas originalmente degradadas ou de apoio — em áreas calmas onde notícias difíceis podem ser comunicadas em privacidade e dignidade. Estes projetos incluíram a criação de “serenity suites” em serviços de urgência e salas de conversa privadas, melhorando o ambiente para utentes e familiares em momentos críticos.

Em Portugal, projetos de intervenção realizados em Serviços de Urgência Geral, disponíveis em repositórios científicos nacionais, identificam como necessidades prioritárias a reorganização do espaço físico, a criação de ambientes reservados e a definição de locais apropriados para conversas difíceis com famílias e cuidadores. Estas intervenções, maioritariamente de baixo custo e baseadas na otimização de espaços existentes, demonstram benefícios significativos na experiência do utente e no bem-estar dos profissionais de saúde.

Adicionalmente, publicações nacionais na área da enfermagem reforçam que a humanização dos cuidados passa não só pelas competências comunicacionais dos profissionais, mas também pelas condições ambientais em que a comunicação ocorre, recomendando explicitamente a existência de salas dedicadas à transmissão de más notícias, com privacidade, conforto e ausência de interrupções. Estas experiências e recomendações nacionais sustentam a pertinência e viabilidade da proposta apresentada, alinhando-a com a prática reflexiva, a evidência científica e as orientações formativas em vigor no contexto português.

1. Necessidade de Humanidade e Ambiente Terapêutico Seguro

A humanização dos cuidados de saúde pressupõe o respeito pela dignidade humana, pela individualidade e pelas necessidades emocionais dos utentes e suas famílias. A existência de uma sala dedicada à transmissão de más notícias constitui uma boa prática reconhecida, ainda pouco implementada de forma sistemática nos serviços de urgência.

1.1 Situação Atual

Atualmente, a transmissão de más notícias ocorre frequentemente em espaços improvisados, sem condições adequadas de conforto, isolamento acústico ou privacidade, condicionando negativamente a qualidade do cuidado prestado.

1.1.1 Impacto nos Utentes e Famílias

- a) Aumento do sofrimento emocional e sensação de desrespeito.
- b) Dificuldade na compreensão da informação clínica.
- c) Menor perceção de apoio institucional.

2. Impacto nos Profissionais de Saúde:

A ausência de condições adequadas para este tipo de comunicação aumenta o stress profissional, o desgaste emocional e a sensação de impotência dos profissionais, podendo contribuir para burnout e menor satisfação profissional.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

1. OBJETIVO GERAL

Reformular uma sala do SUP da ULS VDL, destinando-a especificamente à transmissão de más notícias, promovendo a humanidade dos cuidados, a privacidade, confidencialidade e o conforto emocional.

1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Garantir um espaço reservado, calmo e acolhedor;
- Melhorar a qualidade da comunicação clínica;
- Reduzir o impacto emocional negativo associado à transmissão de más notícias;
- Apoiar emocionalmente profissionais, utentes e famílias.

2. CARACTERÍSTICAS DO ESPAÇO FÍSICO PROPOSTO

Após análise da planta do Serviço de Urgência Polivalente da ULS VDL, localizada no 2.º piso desta instituição, propõe-se a reformulação de uma sala atualmente existente e identificada na planta funcional da urgência. Esta situa-se em zona de fácil acesso aos profissionais de saúde e próxima dos circuitos assistenciais, mas com possibilidade de garantir privacidade e afastamento das áreas de maior ruído e circulação.

A escolha desta sala baseia-se na sua localização estratégica dentro da planta da urgência, permitindo uma utilização adequada para a transmissão de más notícias, sem interferir com o normal funcionamento assistencial. A intervenção proposta incide exclusivamente na adaptação funcional e ambiental do espaço, não implicando alterações estruturais significativas à planta da urgência atualmente em vigor. Pretende-se a reformulação da sala para um local mais acolhedor, com paredes em tons de pastel ao invés do branco que caracteriza as unidades hospitalares atuais.

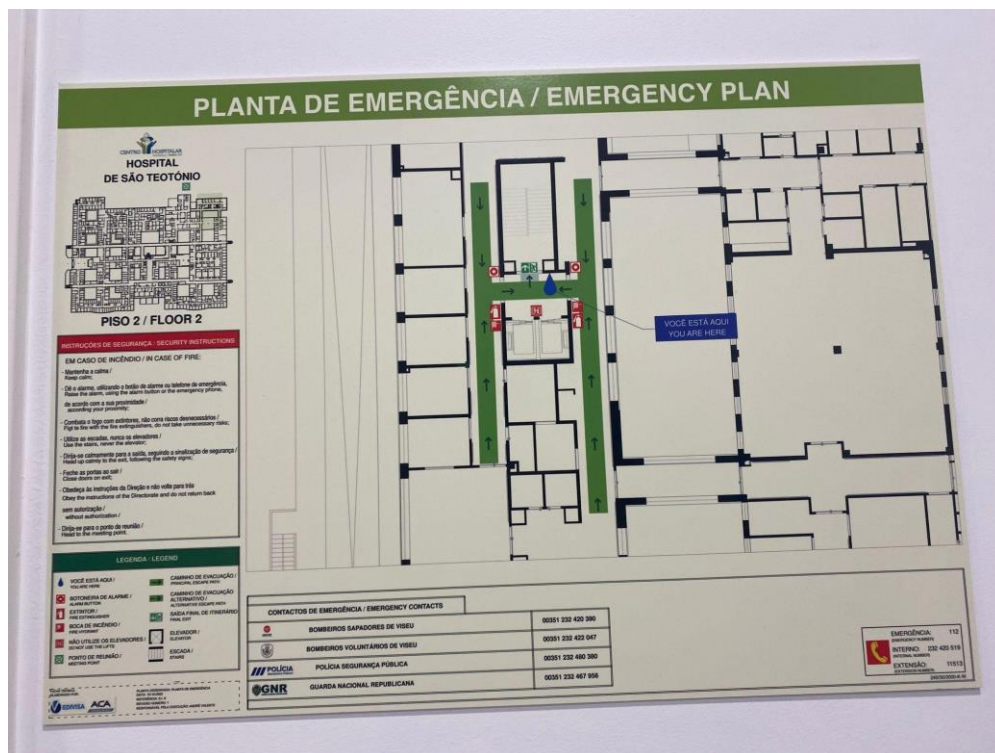


Figura 1 - Planta Serviço de Urgência Polivalente

As alterações propostas para a reformulação da sala identificada como “Serviço Social” na planta do Serviço de Urgência Geral serão realizadas pelos alunos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (2.ª Edição), no âmbito de um Projeto de Melhoria Contínua e, no domínio de humanidade dos cuidados à pessoa em situação crítica e a sua família.

Para a concretização desta intervenção, serão recolhidos donativos destinados à aquisição dos materiais e equipamentos necessários, pelo que a implementação da referida reformulação não terá qualquer impacto financeiro para a instituição. Desta forma, a proposta apresenta-se como uma iniciativa sustentável, colaborativa e alinhada com os princípios de responsabilidade social e humanização dos cuidados de saúde.

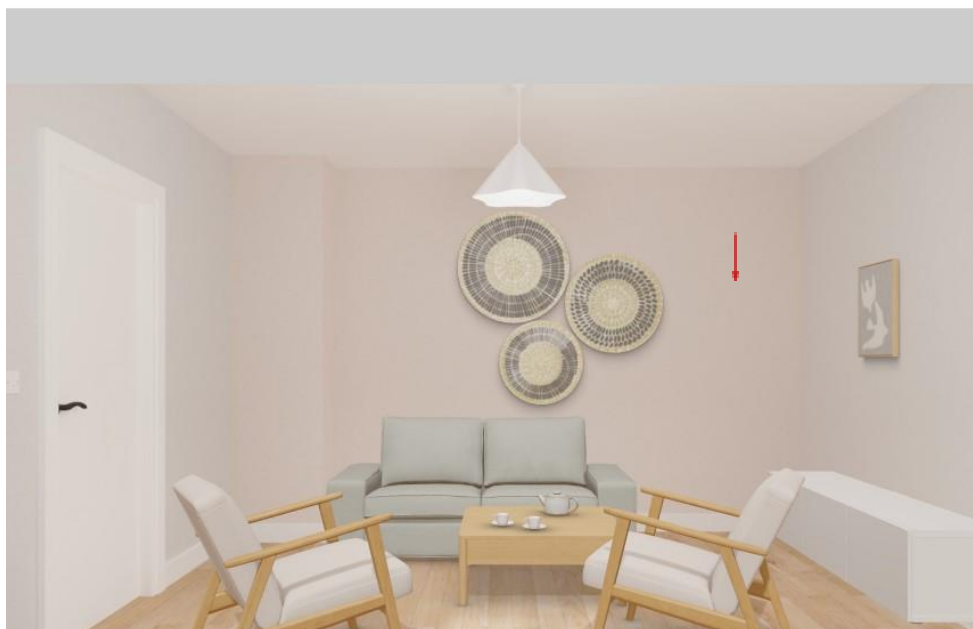


Figura 2 - Proposta de Planta

3. REQUISITOS FUNCIONAIS E AMBIENTAIS

- Isolamento acústico adequado;
- Iluminação suave e regulável;
- Mobiliário confortável (cadeiras estofadas, mesa de apoio);
- Cores neutras e tranquilizadoras;
- Disponibilização de lenços de papel, copos, água e materiais informativos;
- Decoração simples e acolhedora.

4. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

A comunicação de más notícias no Serviço de Urgência representa um momento crítico da atividade assistencial, com impacto direto na dignidade dos utentes, na segurança emocional dos familiares e no desempenho dos profissionais de saúde. A inexistência de um espaço físico adequado e dedicado a esta finalidade

limita a garantia de privacidade, confidencialidade e condições ambientais apropriadas, expondo a instituição a riscos assistenciais, éticos, reputacionais e legais. Neste enquadramento, a definição de indicadores objetivos permite fundamentar a necessidade de reformulação de uma sala específica para transmissão de más notícias, assegurando alinhamento com as boas práticas clínicas, os princípios de humanização dos cuidados e os objetivos estratégicos da instituição.

Indicadores de Humanização e Satisfação do Cliente

- Percentagem de comunicação de más notícias realizadas em espaço privado
- Número de queixas relacionadas com falta de privacidade/dignidade
- Índice de satisfação de familiares após eventos críticos
- Relatos de comunicação realizada em corredores ou salas partilhadas

Indicadores de Privacidade e Confidencialidade

- Incidentes de violação de confidencialidade
- Auditorias com não conformidades relativas à privacidade
- Número de comunicações sensíveis feitas em áreas não dedicadas

Indicadores de Segurança Emocional

- Ocorrência de comportamentos agressivos associados ao impacto da notícia
- Tempo médio de permanência do familiar sem suporte adequado

Indicadores de Qualidade da Comunicação

- Adesão a protocolos de comunicação (ex.: SPIKES)
- Tempo disponível para comunicação sem interrupções

Indicadores de impacto nos profissionais:

- Burnout associado a comunicação de más notícias
- Satisfação dos profissionais com as condições para comunicação difícil

Indicadores de Risco Institucional

- Risco reputacional associado a queixas públicas
- Processos legais com origem em falhas de comunicação
- Alinhamento com políticas de humanização do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação de uma sala dedicada à transmissão de más notícias no Serviço de Urgência Polivalente da ULS VDL representa uma intervenção com potencial elevado no impacto humano e organizacional, com custos reduzidos e benefícios significativos.

Esta proposta reforça o compromisso institucional com a humanização dos cuidados, a qualidade assistencial e o bem-estar de todos os intervenientes no processo de cuidado. A sua implementação contribuirá para uma prática clínica mais ética, empática e alinhada com os valores do Serviço Nacional de Saúde.

Pretende-se assim, a aprovação desta proposta pelas entidades responsáveis, reconhecendo-a como uma mais-valia para a instituição e para a comunidade que serve.

BIBLIOGRAFIA

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

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Estratégia nacional para a humanização dos cuidados de saúde*. Ministério da Saúde.

Irish Hospice Foundation. (2020). *Design & Dignity programme: Transforming spaces for end-of-life care*. <https://hospicefoundation.ie>

Lima, M. L., & Simões, J. F. (2019). Humanização dos cuidados de saúde: Desafios na prática clínica em serviços de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (22), 45–52. <https://doi.org/10.19131/rpesm.022.06> OpenAI. (2026). ChatGPT [Large language model]. <https://chat.openai.com/chat>

Pereira, A., & Carvalho, I. (2020). Comunicação de más notícias em contexto hospitalar: Implicações éticas e emocionais. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20045>

Silva, R. M., & Amendoeira, J. (2018). Humanização dos cuidados de enfermagem em serviços de urgência. *Servir*, 61(1), 23–30.

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*.