



Andreia Sofia Mota Mendes

Abordagem à Pessoa em Situação Crítica pelo Enfermeiro no Serviço
de Urgência em contexto de Via Verde de Trauma

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem





utad UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Andreia Sofia Mota Mendes

**Abordagem à Pessoa em Situação Crítica pelo Enfermeiro no Serviço de
Urgência em contexto de Via Verde de Trauma**

Relatório de estágio
Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob orientação do
Professor João Manuel Pimentel Cainé

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-Sem Derivações

CC BY-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

AGRADECIMENTOS

É com grande satisfação que expresso aqui o mais profundo agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para este percurso de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional.

Agradeço ao Professor João Cainé, professor orientador, pela orientação, partilha, disponibilidade e pelo seu contributo fundamental ao longo deste percurso.

Um agradecimento muito especial à Enfermeira Orientadora, Enfermeira Especialista Sílvia Lopes, e à Enfermeira Coorientadora, Enfermeira Especialista Maria Madalena Alves, pela generosidade, incentivo, motivação, partilha de conhecimentos e momentos de reflexão, exemplos de profissionalismo e dedicação, determinantes para o sucesso deste percurso. Um muito obrigado também a todos os elementos da equipa de enfermagem, pela amabilidade com que me acolheram e integraram, pela disponibilidade e partilha.

Ao meu Pai e à minha Mãe, pelos valores e princípios que me transmitiram, pelo amor, dedicação, paciência e apoio incondicional. À minha irmã Mariana, ao meu irmão Filipe e ao meu afilhado Martim pelo carinho, paciência, incentivo e por nunca deixarem de acreditar em mim. Um muito obrigado por tornarem a minha vida mais rica e feliz.

Às minhas amigas pela amizade, apoio, incentivo e, sobretudo, pelos momentos em que não estive presente, com um agradecimento muito especial à Ana Neto pelo seu valioso contributo.

À minha equipa da SIV de Fafe pelo apoio, disponibilidade, motivação e amizade. Não poderia deixar de agradecer de forma especial ao Enfermeiro Hélder Baião e Técnico de Emergência Eduardo Nazareth por toda a sua colaboração e apoio.

Por fim, a ti Ricardo pelo amor, cumplicidade, amizade e contributo.

A todos, o meu mais profundo OBRIGADO!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA PELO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA EM CONTEXTO DE VIA VERDE DE TRAUMA

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular “Opção – Estágio”, enquadrado no Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Reflete a componente prática, académica e profissional no cuidado prestado à pessoa em situação crítica num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico. O trauma representa a principal causa de morte até aos 44 anos e traduz-se num problema singular e complexo, com múltiplas implicações, transversal a toda a sociedade, com profundas repercussões humanas, sociais e económicas. Cuidar da pessoa em situação crítica vítima de trauma é um grande desafio, caracterizando-se como uma realidade distinta na esfera do cuidar em enfermagem. Exige cuidados diferenciados, qualificados e complexos, onde os Enfermeiros Especialistas, pela sua competência científica, técnica e humana desempenham um papel central, carecendo-lhes conhecimentos, competências, formação e preparação nesta área específica. Cientes da importância desta problemática, no domínio da investigação, baseado na Metodologia de Projeto, desenvolvemos um Projeto de Intervenção em Serviço, destinado aos enfermeiros que trabalham neste contexto. De forma a dar resposta aos nossos objetivos, envolvemos a equipa multidisciplinar e promovemos o desenvolvimento de competências na abordagem à pessoa vítima de trauma através do desenvolvimento de uma atividade formativa teórico-prática, culminando na apresentação de um conjunto de propostas que consideramos relevantes. Avaliamos os conhecimentos na fase diagnóstica e após a atividade formativa, onde constatamos um aumento dos conhecimentos de 11,1%, refletindo a evolução dos conhecimentos de suficientes para bons. Quanto à relação entre o nível de conhecimentos e o tempo de experiência profissional no Serviço de Urgência, verificamos uma diferença pouco significativa entre os enfermeiros com menos de 10 anos e os com 10 ou mais anos. Na avaliação da satisfação da atividade formativa, consideraram o tema pertinente, apropriado e relevante, realçando a importância da parte prática neste processo. Este percurso revelou-se um processo fundamental para o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica e das competências específicas na área da Pessoa em Situação Crítica, contribuindo para a qualidade e a excelência do cuidar.

Palavras-Chave: Abordagem sistematizada, Pessoa vítima de trauma, Serviço de Urgência, Trauma.

THE NURSE APPROACH TO THE PERSON IN CRITICAL SITUATION IN THE EMERGENCY SERVICE IN THE CONTEXT OF TRAUMA PATHWAY

ABSTRACT

This report is part of the Curricular Unit “Option – Internship”, framed in the Study Plan of the Master's Degree in Critical Care Nursing of the Nursing School of the University of Minho, in association with the School of Health of the University of Trás-os-Montes and Alto Douro. It reflects the practical, academic and professional component in the care provided to the person in critical situation in an Emergency Medical-Surgical Service. The trauma represents the main cause of death up to the age of 44 and translates into a unique and complex problem, with multiple implications, transversal to the whole society, with profound human, social and economic repercussions. Take care of person in a critical situation trauma victim is a great challenge, characterized as a distinct reality in the sphere of nursing care. It requires differentiated, qualified and complex care, where the specialist's nurses, for their scientific, technical and human competence play a central role, being necessary for that knowledge, skills, training and preparation in this specific area. Aware of the importance of this problem, at the research field, we choose the Project Methodology, where we developed an Intervention Project, intended for working nurses in this context. In order to respond to our goals, we involved the multidisciplinary team and we promote the development of skills in approaching the person victim of trauma through the development of a theoretical-practical training activity, culminating in the presentation of a set of proposals that we consider relevant. We evaluated knowledge in the diagnostic phase and after the training activity, where we found an increase in knowledge of 11.1%, reflecting the evolution of knowledge from sufficient to good. Regarding the relationship between the level of knowledge and the time of professional experience in the Emergency Service, we found a negligible difference between nurses with less than 10 years with those with 10 or more years. In assessing the satisfaction of the training activity, they considered the topic relevant, appropriate and relevant, highlighting the importance of the practical part in this process. This path proved to be a fundamental process for the development of the common competences of the Specialist Nurse in the area of Medical-Surgical Nursing and of the specific competences in the area of the Person in Critical Situation, contributing to the quality and excellence of care.

Keywords: Systematized approach, Person victim of trauma, Emergency Service, Trauma.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
PARTE I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	19
1. O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	20
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO: SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICO.....	21
1.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	26
1.2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	27
1.2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	32
1.2.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	37
1.2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	40
1.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	43
1.3.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	44
1.3.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	47
1.3.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.	50
PARTE II – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	54
1. O CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA.....	55
1.1. A PROBLEMÁTICA DO TRAUMA.....	55
1.2. VIA VERDE DE TRAUMA	60
1.3. ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA.....	64
2. METODOLOGIA DE PROJETO	78
2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	78
2.2. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS	89
2.3. PLANEAMENTO DO PROJETO	90
2.4. EXECUÇÃO	91
2.5. AVALIAÇÃO	94
2.6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	99

CONCLUSÃO	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
APÊNDICES	111
Apêndice I – Descrição dos casos expressos na grelha de observação	112
Apêndice II – Cronograma do Planeamento de Atividades do Projeto de Intervenção em Serviço ..	114
Apêndice III – Plano de sessão da Atividade Formativa	115
Apêndice IV – Apresentação da Atividade Formativa	117
Apêndice V – Guia Orientador para os Formadores.....	133
Apêndice VI – Teste da Atividade Formativa	138
ANEXOS	140
Anexo I – VI Congresso dos Enfermeiros da Ordem dos Enfermeiros	141
Anexo II – Condução Defensiva de VMER	142
Anexo III – Módulo Transporte Doente Crítico e Situação de Exceção	143
Anexo IV – Competência de Enfermeiro de VMER.....	144
Anexo V – Segurança do Doente no Pré-Hospitalar	145
Anexo VI – Formação de Formadores Nível III.....	146
Anexo VII – Jornadas “Enfermeiros uma Voz para Liderar” do Dia Internacional do Enfermeiro 2022.....	147
Anexo VIII – Participação com o Poster “O exercício profissional de enfermagem no cuidado à pessoa com sépsis no Serviço de Urgência”	148
Anexo IX – 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.....	149
Anexo X – Revisão da Literatura Científica: Aspetos Práticos	150
Anexo XI – Medical Response to Major Incidents – MRMI	151

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

°C – Graus Celsius

ACSA - Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

CERRNEU – Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

COVID-19 – Doença do Coronavírus

cpm – Ciclos por minuto

DALY – Anos de vida ajustados por incapacidade

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

eFast – extended Focused Assessment with Sonography for Trauma

Enf.º / Enf.ª - Enfermeiro / Enfermeira

FAST – Focused Assessment with Sonography for Trauma

FR – Frequência Respiratória

GCS – Escala de Coma de Glasgow

GCLPPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

IACS – Infeções Associadas a Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ITLS – Internacional Trauma Life Support

Kg – Quilograma

L/min – Litros por minuto

ml/Kg – Mililitros por quilograma

mmHg - Milímetro de mercúrio

n.º – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OVA – Obstrução da Via Aérea

p. – página

PaO₂ – Pressão parcial de oxigénio dissolvida no sangue arterial

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PBCI – Precauções Básicas do Controlo da Infecção

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PNCI – Programa Nacional de Controlo da Infecção

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RAM – Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SaO₂ – Saturação periférica de oxigénio

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAC – Tomografia Computorizada

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

TNCC – Trauma Nursing Core Course

VA – Via Aérea

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VV – Vias Verdes

WAVC – Via Verde de AVC

WT – Via Verde de Trauma

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia

WHO/OMS – World Health Organization / Organização Mundial de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de ativação da equipa de trauma	62
Quadro 2 – Critérios relativos de ativação da equipa de trauma.....	63
Quadro 3 – Avaliação ABCDE	66
Quadro 4 – Escala de Coma de Glasgow.....	72
Quadro 5 – CHAMU	74
Quadro 6 – Grelha de Observação	82
Quadro 7 – Análise S.W.O.T.	88

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Idade.....	83
Gráfico 2 – Género	83
Gráfico 3 – Tempo de experiência profissional	84
Gráfico 4 – Tempo de experiência profissional no SU	84
Gráfico 5 – Habilitações académicas	85
Gráfico 6 – Formação específica em trauma	85
Gráfico 7– Formação específica em trauma. Se sim, qual?	86
Gráfico 8 – Formação específica em trauma relativamente ao tempo de experiência no SU	86
Gráfico 9 – Teste Diagnóstico - Resultados.....	87
Gráfico 10 – Média de resultados do teste diagnóstico relativamente ao tempo de experiência no SU.....	87
Gráfico 11 – Teste de Avaliação - Resultados	93
Gráfico 12 – Média de resultados do teste de avaliação relativamente ao tempo de experiência no SU....	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados do questionário de avaliação da satisfação da formação.....	96
---	----

*“O propósito da nossa vida é o de acrescentar valor à vida das pessoas desta geração
e à das gerações vindouras.”*

Buckminster Fuller

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular “Opção – Estágio”, do terceiro semestre, inserida no Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

O trauma é um dos maiores desafios de saúde pública do século (World Health Organization [WHO] et al., 2009; Spahn et al., 2019). Estima-se que, anualmente, seja responsável pela morte de 5,8 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo a principal causa de morte em pessoas até aos 44 anos e deixando um elevado número de pessoas com sequelas (WHO et al., 2009; American College of Surgeons, 2018). As sequelas decorrentes de eventos traumáticos produzem deficiências e limitações de longa duração, originando períodos de reabilitação prolongados, acompanhado por problemas emocionais, afetando o desempenho dos papéis sociais, interferindo de forma significativa na qualidade de vida das pessoas (Santos et al., 2018).

O trauma é uma doença resultante da troca de energia entre o meio ambiente e o corpo, provocando diversas lesões nos diferentes sistemas e órgãos (Parreira et al., 2017).

Os acidentes de viação representam a principal causa de morte por lesão em todo o mundo e a nível europeu (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2013; American College of Surgeons, 2018; Kostiuk & Burns, 2021). Em 2020, a nível nacional, os acidentes, envenenamentos e a violência representaram a 6ª causa de morte em Portugal (DGS/MS, INE, PORDATA, 2022).

Nesta perspetiva, apresenta-se como um problema complexo, com profundo impacto em termos humanos, sociais e económicos, exigindo o *“empenho da sociedade na melhoria das condições de prevenção, tratamento e seguimento das consequências do trauma, neste caso, com especial ênfase na vertente da Saúde”*, determinando uma organização multiprofissional e multidisciplinar de uma rede de urgência e emergência médica (Diário da República n.º 196/2017, Série II, p. 23038). Para tal é importante *“sistematizar as atitudes e os procedimentos conforme normas, protocolos e recomendações que respeitem o estado da arte”* (Diário da República n.º 196/2017, Série II, p. 23039).

Conscientes da singularidade e complexidade desta problemática, aliada ao reconhecimento das recomendações e *guidelines* emitidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), particularmente pela implementação de sistemas de trauma e programas de melhoria da qualidade na abordagem e

tratamento da pessoa vítima de trauma, e da Ordem dos Médicos (OM) através da sua publicação *Normas de Boa Prática em Trauma* em 2009, a Direção-Geral da Saúde (DGS) emitiu a circular normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010 - Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado - constituindo-se desta forma a Via Verde de Trauma (VVT) em Portugal. Esta determina a sua implementação em todas as unidades de saúde com Serviço de Urgência (SU) a nível nacional, realçando a importância da patologia em questão, assim como o potencial impacto na diminuição das taxas de mortalidade e morbidade nas pessoas vítimas de trauma, através da implementação de medidas relativamente simples e custo-efetivas (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2010a).

A abordagem multidisciplinar da pessoa vítima de trauma está dependente da formação técnica e científica, experiência, melhoria contínua do conhecimento, conhecimento das normativas com a da VVT, onde a manutenção da competência necessária requer, em todos os níveis de intervenção, a implementação de um programa de educação e formação contínua em trauma, recomendando o desenvolvimento de formação contínua nesta área (Ordem dos Médicos, 2009; DGS, 2010a).

A Pessoa em Situação Crítica (PSC) é *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (Diário da República n.º 135/2018, Série II, p. 19362). A prestação de cuidados à PSC impõe a necessidade de uma *“atuação segura, imediata e pautada pela consciência de seu impacto na sobrevivência, na recuperação e na qualidade de vida da pessoa”*, onde a formação dos enfermeiros e o trabalho em equipa assumem-se como fatores primordiais para a sobrevivência da PSC (Nunes, 2015, p.188).

Cuidar da PSC vítima de trauma é um grande desafio, caracterizando-se como uma realidade distinta na esfera do cuidar em enfermagem, pois a sua particularidade e complexidade exige cuidados de enfermagem diferenciados, qualificados e complexos, assegurando e preservando a privacidade e dignidade da pessoa, carecendo-lhes de conhecimentos, competências, formação e preparação nesta área específica. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC) desempenha um papel fundamental no cuidado à PSC vítima de trauma, estando recomendada a sua integração na equipa da VVT, dando relevo à necessidade de formação específica das equipas (Diário da República n.º 153/2014, Série II).

No sentido de assegurar o desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos e das competências, tanto as competências comuns como as competências específicas do EEEMCPSC, foi realizado o estágio

final no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) de um hospital no norte do país, no período compreendido entre 7 de fevereiro de 2022 a 25 de junho de 2022, com duração de 400 horas. O estágio representa um momento único de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo a aquisição e consolidação de conhecimentos, competências e habilidades, ou seja, integrando a teoria e a prática para a prestação de cuidados de enfermagem adequados e sustentados pelas mais recentes evidências científicas.

Tendo em consideração as elevadas taxas de mortalidade e morbidade que o trauma acarreta, é exigido que os profissionais de saúde adotem os princípios de uma abordagem organizada na avaliação inicial da pessoa vítima de trauma, salientando a importância que protocolos de gestão assumem na tomada de decisão e na abordagem sistematizada, com o propósito de melhorar estes resultados (Marsden & Tuma, 2021).

Assim, no âmbito da investigação, dada a pertinência do assunto, surgiu a necessidade de desenvolver um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), enquadrado na dinâmica do estágio. Como tal, definimos como tema: *“Abordagem à Pessoa em Situação Crítica pelo Enfermeiro no Serviço Urgência em contexto de Via Verde de Trauma”*. A linha orientadora utilizada para a realização do trabalho de projeto foi a metodologia de projeto de Ruivo e seus colaboradores.

A metodologia de projeto apresenta como *“objetivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirir-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real”* (Ruivo et al., 2010, p. 3). Onde, neste sentido, pode-se afirmar que esta metodologia é uma ponte entre a teoria e a prática.

Deste modo, o projeto *“é um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar”* (Ruivo et al, 2010, p. 4).

Na realização deste relatório, utilizamos uma metodologia descritiva, reflexiva, expositiva, baseada na revisão de literatura, onde pretendemos expor o percurso desenvolvido ao longo do estágio, tendo como base as competências do Enfermeiro Especialista (EE), assim como o PIS desenvolvido ao longo deste processo de aprendizagem. Posto isto, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Refletir sobre o desenvolvimento de competências comuns do EE em contexto de estágio;
- Refletir sobre o desenvolvimento de competências específicas do EEEMCPSC em contexto de estágio;
- Enquadrar teoricamente a temática em estudo;

- Descrever a operacionalização do PIS;
- Sensibilizar os enfermeiros para a importância da avaliação da PSC vítima de trauma no SU, promovendo práticas de qualidade.

No que diz respeito à estruturação do trabalho, o presente encontra-se organizado em duas partes. A primeira parte inicia-se com o cuidar especializado à PSC, onde apresentamos uma breve caracterização do contexto clínico onde se desenvolveu o estágio, seguida por uma reflexão e análise das competências comuns do EE e das competências específicas do EEEMCPSC desenvolvidas ao longo deste processo. A segunda parte é dedicada ao PIS. Esta parte subdivide-se em dois capítulos, o primeiro centra-se no enquadramento teórico, onde é realizada a abordagem teórica da problemática do trauma, da VVT e da abordagem à PSC vítima de trauma. Por sua vez, o segundo capítulo é dedicado à metodologia de projeto, especificamente, o PIS desenvolvido ao longo do estágio, onde se aborda o diagnóstico de situação, os objetivos, o planeamento, a execução, a avaliação e a divulgação dos resultados. Por fim, apresentamos a conclusão, onde realizamos uma síntese do trabalho desenvolvido, se reflete sobre os objetivos do relatório e das principais dificuldades sentidas ao longo deste percurso, as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos.

O presente trabalho foi redigido com base nas normas de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, baseadas na normalização portuguesa e as referências bibliográficas do manual da *American Psychological Association* (7^a edição).

PARTE I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

1. O CUIDAR ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A evolução da saúde, aliada às transformações tecnológicas, assim como ao nível da exigência e expectativa dos utilizadores e da exigência em termos formativos e de conhecimentos aos prestadores de cuidados, traduz uma necessidade cada vez mais elevada da qualidade dos cuidados prestados (Brás & Ferreira, 2016).

Os cuidados de saúde e como consequência, os cuidados de Enfermagem e a Enfermagem sofreram uma grande evolução, assumindo, atualmente, uma maior importância e exigência técnica e científica, onde a diferenciação e a especialização são uma realidade transversal à generalidade dos profissionais de saúde (Diário da República n.º 26/2019, Série II).

Acompanhando esta exigência, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) preconiza a atribuição do título de EE ao detentor do título de enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências, na área clínica de especialização, de acordo com o regulamento da especialidade, aprovado pela OE e homologado pelo membro do Governo responsável pela área da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

O EE é definido no Estatuto da OE e no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) como sendo:

Habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 99)

Neste sentido é lhe reconhecida a competência científica, técnica e humana para a prestação cuidados especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, além de cuidados de enfermagem gerais (Diário da República n.º 26/2019, Série II; Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Segundo Benner (2001), o EE deve possuir conhecimento técnico, capacidade de tomada de decisão, capacidade de comunicação eficaz, flexibilidade, responsabilidade e criatividade, sentido crítico e iniciativa, aliada a uma conduta ética e deontológica, onde este percurso é construído ao longo da sua vida profissional.

Os cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica visam a melhoria da qualidade de vida da pessoa. Estes exigem a conceção, a implementação e a avaliação de planos de intervenção, tendo como finalidade a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação face a situações que requerem meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenção de complicações e eventos adversos, assim como a promoção da saúde e a prevenção da doença nos mais variados contextos de ação (Diário da República n.º 135/2018, Série II).

Tendo em conta a vasta abrangência da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, aliada à necessidade de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, foi reconhecida a necessidade imperativa de especificar as competências, onde se sobressaem e destacam diferentes áreas de enfermagem, particularmente a área de enfermagem à pessoa em situação crítica, área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e área de enfermagem à pessoa em situação crónica (Diário da República n.º 135/2018, Série II).

Aos EEEMCPSC é lhes reconhecido o papel chave que desempenham na resposta à necessidade de cuidados seguros da PSC e/ou falência orgânica, baseando os seus cuidados na melhor evidência científica (Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017a).

Do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais emergem as competências comuns do EE e as competências específicas definidas em regulamentos próprios adjacentes a cada área de especialidade (Diário da República n.º 26/2019, Série II).

No decurso do presente capítulo, após a caracterização do serviço onde se desenvolveu o estágio, será apresentada uma análise crítico-reflexiva e fundamentada acerca das atividades desenvolvidas ao longo do mesmo, de acordo com regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista - regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro e do regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica - regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO: SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICO

Para compreender as implicações específicas de qualquer cuidado, o conhecimento do contexto em que se realiza é fundamental, pois cada contexto originará um determinado comportamento (Benner, 2001).

Os SU são serviços multidisciplinares e multiprofissionais, que apresentam como objetivo a receção, o diagnóstico e tratamento de pessoas acidentadas ou vítimas de doenças súbitas que careçam de atendimento imediato em meio hospitalar (Diário da República n.º 55/2002, Série I - B; Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

De acordo com o despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, os SU distinguem-se em três níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: serviço de urgência básica (SUB), SUMC e serviço de urgência polivalente (SUP) (Diário da República n.º 153/2014, Série II).

O presente estágio decorreu, em um único momento, no SUMC de um hospital na região norte, com a duração de 400 horas. O SU é um serviço muito particular, com uma dinâmica muito própria, aberto 24 horas por dia ao longo de todo o ano, onde tudo acontece de forma rápida e não programada, o que lhe impõe a necessidade de constante adaptação e onde lhe é exigido uma resposta cada vez mais atempada, eficaz e cientificamente adequada (Grupo Trabalho Serviços Urgência, 2019).

Representa muitas vezes a linha da frente, como primeiro ponto de contato com o serviço de saúde para muitas pessoas, onde se tem constatado uma afluência crescente, acompanhado por um aumento do nível de exigência em termos de qualidade a par da necessidade de contenção de custos (Brazão et al., 2016). Permite o reconhecimento oportuno das situações clínicas sensíveis ao tempo, representando assim o primeiro contacto com a PSC, onde é realizada a abordagem, prestação de cuidados vitais com vista à sua estabilização e tratamento, não descurando o seu acolhimento e da sua família neste processo de saúde.

O SUMC representa o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, funcionando em rede, sendo a forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando, por sua vez, para o SUP as situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades que não se encontrem disponíveis no SUMC, definidas de acordo com as respetivas redes de referência, segundo o despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde (Diário da República n.º 153/2014, Série II).

A sua missão visa a prestação de cuidados de saúde diferenciados a situações de urgência e emergência, em articulação com as demais unidades de saúde que constituem o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e na formação contínua dos profissionais que desempenham funções neste SU.

Compete ao serviço instituir o tratamento definitivo da pessoa, ou quando se verifica a sua impossibilidade e após a sua estabilização clínica possível, assegurando as funções vitais e evitando a lesão secundária, transferir adequadamente, para que a unidade hospitalar melhor preparada o receba

e o trate definitivamente, de acordo com o definido nas respetivas redes de especialidades hospitalares e de referência. Nestas situações, é essencial ser dotado de recursos humanos qualificados com experiência e perícia suficientes na avaliação e estabilização dos doentes que necessitam de cuidados emergentes, especialmente aqueles que apresentam situações potencialmente letais ou em risco de agravamento clínico.

Recentemente, o SUMC onde se desenvolveu o estágio, sofreu obras de remodelação no sentido de melhor servir a comunidade. Este engloba a Urgência Geral, a Urgência Pediátrica, a Urgência de Ginecologia e Obstetria e uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

Dispõe das seguintes valências médicas e equipamentos, em permanência 24 horas por dia, de acordo com o preconizado pelo despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde para os SUMC, designadamente:

- a) Medicina Interna;
- b) Pediatria;
- c) Cirurgia Geral;
- d) Ortopedia;
- e) Anestesiologia;
- f) Imunohemoterapia;
- g) Bloco Operatório (em permanência);
- h) Imagiologia;
- i) Patologia Clínica.

Quanto à organização e gestão do circuito das pessoas, este tem como base o rápido estabelecimento de circuitos de encaminhamento das pessoas, adequados face às prioridades clínicas estabelecidas consoante a gravidade da doença.

A triagem é realizada segundo a escala de triagem de Manchester, onde a prioridade clínica é identificada através da cor, que traduz uma estratificação objetiva do nível de urgência, como é explícita no Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester e que estabelece o tempo alvo previsto de atendimento, especificamente até à primeira observação médica. A utilização desta escala de prioridades na sua versão mais atualizada é obrigatória em todos os SU, de acordo com a norma n.º 002/2018 da DGS (DGS, 2018a).

O SUMC privilegia a orientação dos doentes através da ativação dos fluxos das VV, nomeadamente a WAVC e a VVT, em funcionamento 24 horas por dia, cabendo ao serviço garantir a criação e revisão dos protocolos necessários com vista à sua implementação e melhoria contínua. Dispõe de uma equipa de reanimação interna, constituída por um enfermeiro do SUMC e um médico intensivista do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) que dão apoio a situações emergentes que ocorrem nos diversos serviços do hospital.

Relativamente à sua estrutura física do SUMC podemos distinguir diversas áreas, entre áreas clínicas funcionais e estruturas de apoio, nomeadamente:

- ✓ 3 Postos de triagem, dos quais 2 postos destinados à triagem de adultos e 1 posto destinado à triagem pediátrica;
- ✓ Sala de reanimação totalmente equipada com capacidade para assistir 3 pessoas em simultâneo, inclusive pediatria, e com equipamento necessário ao transporte inter-hospitalar. É assegurada por um médico da equipa de Cirurgia Geral, um da Medicina Interna e um da Pediatria. Tem apoio das seguintes especialidades: SMI, UCIN, UCIC/Cardiologia, Ortopedia, Anestesiologia e a Ginecologia/Obstetrícia.
- ✓ Área clínica destinada ao atendimento de prioridades amarela, verde e azul de pessoas que deambulam ou se encontram em cadeira de rodas;
- ✓ Área médica amarela, destinada ao atendimento de pessoas com prioridade amarela e verde que se encontrem em maca;
- ✓ Área Cirúrgica para atendimento de pessoas com necessidade atendimento por Cirurgia Geral, Cirurgia Vasculiar e Ortopedia;
- ✓ Área laranja de Medicina Interna;
- ✓ Sala de trauma com capacidade para assistir 2 pessoas em simultâneo;
- ✓ Unidade decisão clínica denominada por UDC, com 6 boxes totalmente equipadas;
- ✓ Área de observação *open space*, denominada de OBS, com 7 unidades e 1 quarto de isolamento, totalmente equipadas, que permitem a monitorização contínua de doentes instáveis;
- ✓ Área destinada ao atendimento de pessoas com COVID-19;
- ✓ Área Pediátrica;
- ✓ Área de Ginecologia e Obstetrícia, fora do espaço físico do SU;
- ✓ Bloco Operatório com sala dedicada ao SU e respetivo recobro anestésico – fora do espaço físico do SU;

- ✓ Áreas das especialidades não residentes – fora do espaço físico do SU, normalmente na consulta externa ou no respetivo serviço;
- ✓ Imagiologia e Patologia Clínica, fora do espaço físico do SU;
- ✓ Sala de apoio aos familiares para comunicação de más notícias;
- ✓ Secretariado da admissão e serviço informativo;
- ✓ Gabinete do Enfermeiro (Enf.º) Gestor;
- ✓ Gabinete do Diretor Clínico;
- ✓ Secretariado do Diretor Clínico;
- ✓ Copa;
- ✓ Armazém avançado;
- ✓ Sala de banho assistido;
- ✓ Sala de equipamentos;
- ✓ Sala de despejos;
- ✓ Casas de banho para profissionais;
- ✓ Casas de banho para pessoas/familiares;
- ✓ Sala de estacionamento de macas.

Importa ressaltar que sala de trauma ainda funciona como uma sala de emergência respiratória para as situações suspeitas de infeção por COVID-19, derivado da reorganização do serviço face à contingência pandémica.

Em relação aos recursos humanos do SUMC, este é dotado de uma equipa multidisciplinar construída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos, assistente social, pessoal dos serviços gerais, seguranças e voluntariado.

A equipa de enfermagem é, atualmente, composta por 95 Enfermeiros, dos quais um Enf.º Gestor com funções de coordenação e gestão do serviço e uma EE de apoio à gestão e elo de ligação ao Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA). A equipa de enfermagem na sua globalidade apresenta apenas nove elementos com especialização em enfermagem, nomeadamente quatro em enfermagem médico-cirúrgica e cinco em enfermagem de reabilitação e um detentor de mestrado.

De acordo com o contemplado no despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, no SU todos os elementos da equipa de enfermagem devem ter formação em suporte avançado de vida e pelo menos 50% da sua equipa devem possuir competências específicas do EEEMCPSC, atribuída pela OE (Diário da

República n.º 153/2014, Série II). Tal situação não se verifica neste SUMC, em que apenas quatro enfermeiros são detentores da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Contudo, é importante ressaltar, que neste momento, vários elementos da equipa de enfermagem se encontram a frequentar o mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica e o curso pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No que se refere à organização da equipa de enfermagem, esta encontra-se organizada em cinco equipas, existindo um chefe de equipa em cada uma. Realizam turnos rotativos durante as 24 horas. Em cada turno existe um enfermeiro responsável, geralmente o chefe de equipa, que não deve ter funções assistenciais diretas durante o exercício de chefia de equipa, assumindo a responsabilidade da gestão de cuidados, dos recursos humanos, dos recursos materiais e pela promoção de um bom ambiente de trabalho, colaborando na prestação de cuidados nas diversas áreas, sobretudo no apoio à sala de reanimação e sala de trauma.

A gestão dos recursos humanos realiza-se através da elaboração de horários mensais pelo Enf.º Gestor. O plano de trabalho dos enfermeiros, com a sua distribuição pelas diversas áreas, é realizado semanalmente e fixado no quadro de gestão diária. Em cada dia de trabalho é previsto 18 enfermeiros para o turno da manhã, 17 enfermeiros para o turno da tarde e 16 enfermeiros para o turno da noite. Diariamente é realizado o *briefing* no início do turno da manhã, pelo Enf.º Gestor e pelo chefe de equipa que realizou o turno da noite, junto com a equipa que realizará a manhã.

Quanto à metodologia de trabalho, a equipa de enfermagem adota a metodologia individual de trabalho, contudo, é promovido o trabalho em equipa e espírito de interajuda. Os sistemas de informação implementados no SU utilizados pelos enfermeiros são o *SClínico* Hospitalar, a gestão hospitalar de armazém e farmácia conhecido por GHAF, o Clinidata e a plataforma *HER+*.

1.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Estatuto da OE e REPE, os enfermeiros no exercício da sua atividade contribuem para as diversas áreas da enfermagem, designadamente para a área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, com o intuito na promoção da melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

As competências comuns são definidas como as competências transversais a todos os enfermeiros especialistas, ou seja, competências que todos os EE partilham, independentemente da sua área de especialidade, comprovadas pela sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e também pelo suporte efetivo ao exercício profissional especializado no domínio da formação, investigação e assessoria (Diário da República n.º 26/2019, Série II).

Os domínios que integram as Competências Comuns do EE são a) responsabilidade profissional, ética e legal; b) melhoria contínua da qualidade; c) gestão dos cuidados e d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Diário da República n.º 26/2019, Série II).

1.2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No presente domínio, o EE deve:

1. Desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
2. Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, (Diário da República n.º 26/2019, Série II).

De acordo com o artigo n.º 1 da Declaração Universal dos Direitos *Humanos* “*All human beings are born free and equal in dignity and rights. They are endowed with reason and conscience and should act towards one another in a spirit of brotherhood*” (United Nations, 2017, p.7).

A deontologia profissional representa o instrumento que fundamenta o agir profissional do enfermeiro, composto por um conjunto de regras e indicações práticas orientadoras da forma como o enfermeiro deverá atuar na qualidade de membro de um grupo (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Os enfermeiros no seu exercício profissional assumem um papel essencial na prestação de cuidados de saúde à população, onde sustentam e orientam as suas tomadas de decisão, prática e atos delegados em princípios orientadores como a responsabilidade profissional, o respeito pelos direitos humanos e a excelência do exercício, assumindo sempre uma conduta responsável e ética e atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (Ordem dos Enfermeiros, 2015a; Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

São responsáveis por proteger e garantir os direitos humanos em todos os momentos e situações, garantindo os cuidados adequados face aos recursos disponíveis de forma ética. É também da sua

responsabilidade garantir que a pessoa cuidada recebe toda a informação adequada no sentido de consentir o tratamento ou o procedimento de forma livre, informada e esclarecida (Nunes, 2020).

O EE, no exercício das suas funções, deverá demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando as suas capacidades de tomada de decisão e um corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico na avaliação sistemática das melhores práticas e segundo as preferências de cada pessoa cuidada (Diário da República n.º 26/2019, Série II).

Os cuidados de enfermagem caracterizam-se pela interação e relação de ajuda que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa, onde *“as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 80).

O respeito pela dignidade, um valor universal e intrínseco a cada um de nós, é pilar a partir do qual decorrem os outros princípios, subjacente aos processos de tomada de decisão e de intervenção, onde no nosso exercício profissional devemos reconhecer e respeitar o caráter único e a dignidade de cada pessoa envolvida (pessoa cuidada e enfermeiro). O princípio da autonomia está intimamente relacionado com o princípio da liberdade e dignidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

A relação profissional é pautada por valores universais, como a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Na prática quotidiana os dilemas éticos são uma constante, questões como a recusa de tratamentos e procedimentos, obstinação terapêutica, a privacidade, a intimidade, o consentimento informado, a confidencialidade e o sigilo profissional. No decorrer do estágio, as questões éticas que mais relevância assumiram foram a privacidade, intimidade, consentimento informado, confidencialidade e sigilo profissional. Como previamente mencionado, o SU é um serviço muito particular, com uma dinâmica e características muito próprias, onde se impõe ao enfermeiro uma constante capacidade de adaptação, aliada à exigência de cuidados adequados, eficazes e eficientes, representam fatores geradores de stress.

Em contexto de emergência, no cuidado à PSC emergem problemas éticos, onde a necessidade de tomadas de decisão rápidas e cuidados imediatos podem levar à perda de direitos da pessoa, designadamente direito à informação, ao consentimento informado, à decisão ou à recusa.

Nunes (2015) refere que o sentido de responsabilidade do enfermeiro face a situações críticas, de urgência, emergência e de cuidados intensivos, onde lhe é imposto decisões em curtos períodos de

tempo e cuidados de elevada complexidade, leva a que a competente técnica com foco na preservação da vida seja priorizada em detrimento dos aspetos relacionais, culturais e humanos, e consequentemente das questões éticas. No seu estudo, no cuidado à PSC as principais preocupações éticas expressas eram o respeito à informação, acompanhamento em fim de vida e a responsabilidade profissional em intervenções interdependentes (Nunes, 2015).

O SU, onde decorreu o estágio, foi sujeito a obras de requalificação, sendo notória a preocupação na salvaguarda da intimidade, privacidade e confidencialidade da pessoa, como a criação de uma sala de prestação de cuidados devidamente resguardada em cada área de trabalho e a sala de apoio aos familiares para comunicação de más notícias. Apesar da melhoria patente nas diversas áreas de trabalho, algumas áreas ainda carecem de aperfeiçoamento, designadamente a sala de emergência. O facto de estruturalmente as áreas de trabalho serem *open space*, característica dos SU, leva a que em muitas situações a informação partilhada entre o profissional de saúde e a pessoa seja audível às diversas pessoas presentes na respetiva área.

Neste sentido, nós enfermeiros assumimos um papel muito relevante na criação e adoção de estratégias, assumindo o dever de *“respeitar a intimidade da pessoa e protege-la (...)”* e de *“salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 85). Sempre que a situação o permitia era garantida a manutenção da distância indicada entre as macas, contudo, devido à grande afluência de pessoas ao SU leva a que os diferentes espaços se tornem pequenos para acomodar todas as pessoas, dificultando o direito à privacidade e ao sigilo.

Durante o estágio, foram adotadas diversas estratégias na preservação de um ambiente privado, como o recurso a cortinas e biombos, e sempre que fosse possível, garantir a manutenção das pessoas devidamente resguardadas. Outra estratégia adotada foi o recurso a um tom de voz adequado e quando possível, a recolha de dados era realizada num local mais adequado e tranquilo.

O enfermeiro, na salvaguarda do direito à autodeterminação, deve:

Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feita pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 83)

Ao longo do estágio procuramos, sempre que possível, informar e esclarecer sempre a pessoa acerca da necessidade de determinado cuidado ou procedimento, promovendo sempre o consentimento livre, informado e esclarecido e demonstrando sempre disponibilidade para o esclarecimento de qualquer questão ou pedido de informação da pessoa e/ou família em termos de cuidados de enfermagem.

A presença de um acompanhante representa um fator facilitador, contribuindo não só para o bem-estar da pessoa, no ambiente por vezes hostil do SU, gerador de grande ansiedade para a pessoa e sua família, mas também para a segurança do mesmo e para salvaguardar o consentimento na pessoa sem capacidade para tal, nomeadamente a pessoa inconsciente. Face à sua importância, é legalmente reconhecido, nos serviços do SNS, o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo esta informação ser prestada aquando a sua admissão no serviço, assim como o direito de acompanhamento familiar a crianças internadas em unidades de saúde, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e a pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida (Diário da República n.º 57/2014, Série I).

Dada a situação epidemiológica que vivenciamos, como medida necessária no combate à propagação do vírus COVID-19 e seguindo as orientações emanadas pela DGS, temporariamente foram suspensas a presença de acompanhantes no SU, tendo sido restringida apenas às situações estreitamente necessárias, o que originou questões como a obtenção do consentimento informado via telefónica.

Em situações de emergência, com risco de vida para a pessoa, onde a pessoa estava inconsciente ou em que não se encontrava legalmente representada, prevaleceu o consentimento presumido, onde:

Deve prevalecer o dever de agir decorrente do princípio da beneficência consagrado na ética da saúde, devendo, no entanto, ser prestada toda a informação à pessoa, procurador de cuidados ou ao seu legal representante assim que aquela se mostre capacitada para decidir. (DGS, 2015, p. 6)

Mesmo com a dinâmica única do SU, onde por vezes a presença de um acompanhante pode ser encarada com um elemento desestabilizador, este foi sempre um elemento fomentado pelos profissionais, promovendo a sua participação ativa, contribuindo para o conforto e segurança da pessoa cuidada, salvaguardando o direito do consentimento na pessoa sem capacidade para tal.

O enfermeiro em todo o ato profissional deve procurar a excelência do seu exercício, assumindo o dever de *“garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 86).

A passagem de turno é um momento próprio de transmissão de informação, onde a transmissão oral da informação visa dar relevo à informação mais importante em relação a cada pessoa, com o intuito de assegurar a continuidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2017). A passagem de turno era realizada junto a cada maca, podendo ser audível às outras pessoas ou familiares, assim como a profissionais sem implicações no plano terapêutico, podendo promover a quebra do sigilo profissional. O enfermeiro é obrigado a guardar segredo profissional acerca da informação que toma conhecimento no âmbito do seu exercício profissional, assumindo o dever de *“considerar confidencial toda a informação (...)”* e *“partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico (...)”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 84). No decorrer do estágio, a salvaguarda do sigilo profissional foi uma preocupação patente e transversal a toda a equipa de enfermagem.

Outro aspeto muito relevante foi a oportunidade de constatar a importância do papel do EE no SU, através da Enfermeira (Enf.^a) Orientadora e da Enf.^a Coorientadora, que para além da prestação de cuidados diferenciados, especializados e qualificados, foi notória a capacidade de liderança, comunicação, tomada de decisão e gestão de dilemas éticos e situações de crise, mobilizando conhecimentos em diversas áreas da enfermagem, definindo e estabelecendo prioridades e integrando os mais diversos aspetos intrínsecos a este domínio.

Perante as questões que suscitaram dúvidas ou dilemas éticos, foram desenvolvidas diversas reflexões em conjunto, o que permitiu não só a aquisição de novas estratégias como o refinamento das existentes, tendo em consideração a melhor evidência científica, promovendo sempre a qualidade e segurança dos cuidados prestados, tendo como guias orientadores o Código Deontológico, o Estatuto da OE e REPE. Esta reflexão é de extrema importância, pois permite-nos o tomar de consciência da nossa forma de atuar, contribuindo este para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências para uma prática profissional, ética e legal.

A nossa prática profissional foi pautada sempre por uma conduta baseada no respeito pela pessoa, pelas suas vontades, crenças e individualidade, onde, a tomada de decisão e a prestação de cuidados de enfermagem teve como base sustentadora os princípios, valores e normas deontológicas da profissão, promovendo sempre o respeito pelos princípios basilares, como o princípio da autonomia, da justiça, da beneficência e da não maleficência, reconhecendo o respeito pela dignidade da vida humana, pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais.

1.2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Neste domínio, o EE deve:

1. Garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
2. Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
3. Garantir um ambiente terapêutico e seguro, (Diário da República n.º 26/2019, Série II).

A OMS descreveu os cuidados de saúde de qualidade como sendo cuidados seguros, eficazes, centrados nas pessoas e onde para que os benefícios dos cuidados de saúde de qualidade sejam reais, os serviços de saúde terão de ser oportunos, eficientes, equitativos e integrados (WHO, 2020).

A criação e implementação de sistemas de qualidade em saúde emerge como uma ação prioritária, sendo a qualidade em saúde uma tarefa multiprofissional. Neste sentido, a OE definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, com o intuito de *“promover o exercício profissional da enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade”* e pretendendo explicitar a natureza e os vários aspetos do mandato social da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 7; Martins et al., 2016).

A definição de padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem fomenta a melhoria dos cuidados de enfermagem e a reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros (Martins et al., 2016).

Em 2017, a OE procedeu à atualização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, *“no sentido de os mesmos servirem de norteadores e referenciais para a prática especializada do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica consoante o alvo e contexto de intervenção”* (Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017b, p. 2). Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros são a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de saúde e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados. Estes objetivam explicitar a natureza e abrangendo os vários aspetos do mandato social da profissão de enfermagem, constituindo-se como um referencial, que promove a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade. Desta forma, o EE assume um importante papel na promoção, elaboração, colaboração e implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017b).

Segundo o *International Council of Nurses* a segurança da pessoa representa um atributo essencial para a qualidade da saúde e dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

O novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026) atribui relevância à qualidade e à segurança na saúde, apresentando como objetivo a consolidação e a promoção da qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, designadamente, no SNS. Este assenta em cinco pilares, nomeadamente cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança e realização de práticas seguras em ambientes seguros (Diário da República n.º 187/2021, Série II).

O trabalho em equipa e a comunicação são reconhecidos como elementos importantes na melhoria da segurança da pessoa (Brazão et al., 2016).

A qualidade da comunicação na relação entre o enfermeiro e a pessoa, influencia diretamente o seu estado de saúde e a utilização dos serviços, pois a comunicação eficaz conduz à satisfação da pessoa e a adesão aos cuidados de saúde e conseqüentemente, a uma maior adesão à mudança de comportamentos (Brás & Ferreira, 2016).

A comunicação eficaz entre profissionais de saúde é entendida como a *“transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambigüidade, atempada e compreendida pelo recetor”* (DGS, 2017a, p. 4).

A comunicação é um elemento essencial durante todo o ciclo de cuidados, dando realce para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados, como por exemplo a passagem de turno e os registos. Os momentos de transição são reconhecidos como vulneráveis e exigentes (DGS, 2017a).

Brás e Ferreira (2016) referem que as dificuldades no processo de comunicação entre os profissionais de saúde estão interligadas com a diminuição da qualidade de cuidados, sendo a transição de cuidados um dos momentos cruciais.

Desta forma, um dos elementos na segurança da pessoa é a qualidade na transição dos cuidados de saúde. Neste sentido, a DGS emitiu, no âmbito da qualidade organizacional, a norma n.º 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

Em todos os níveis de prestação de cuidados que envolvam a transição de cuidados de saúde devemos utilizar a técnica ISBAR, promovendo uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados para segurança da pessoa. Esta ferramenta permite a sistematização e uniformização da comunicação em saúde, potenciando a segurança da pessoa e dos cuidados. A mnemónica ISBAR corresponde a Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações) (DGS, 2017a).

A utilização desta metodologia garante uma comunicação precisa e eficaz entre os profissionais de saúde, aumenta a segurança na prestação de cuidados, limitando lacunas na comunicação permitindo a redução de eventos adversos, assegurando assim, a qualidade na continuidade dos cuidados.

A qualidade dos cuidados de enfermagem é também medida por meio da qualidade da documentação e do registo dos cuidados de enfermagem. Estes representam a comunicação escrita, refletindo tanto a qualidade assistencial como a produtividade do seu trabalho, fundamental para a continuidade dos cuidados, para os processos de auditoria e como atividade de pesquisa, representando um elemento essencial para a organização e planeamento dos cuidados (Silva & Dias, 2018).

A segurança da pessoa é uma componente essencial na prestação de cuidados de saúde seguros e com qualidade, que visa a prevenção e redução dos riscos, erros e danos que podem ocorrer durante a prestação de cuidados de saúde (WHO, 2019). Para tal, é imprescindível a implementação de uma política institucional de cultura de segurança, propiciando uma maior consciência dos seus profissionais em relação ao comprometimento ético na gestão do risco, contribuindo assim para a segurança de todos (Matiello et al., 2016).

Desta forma, o papel do enfermeiro na segurança da pessoa em SU não se reduz apenas à implementação de estratégias, abrangendo também a monitorização e levantamento dos riscos, prevenção de erros e eventos adversos (Ramos de Azevedo et al., 2020).

Neste âmbito da qualidade, foram consultados diversos documentos publicados pelas entidades de referência, como a DGS, OE, OMS entre outros, assim como os documentos da instituição onde o estágio decorreu, o que me possibilitaram não só aumentar os meus conhecimentos como me permitiram adquirir e consolidar competências nesta área.

A melhoria da qualidade e segurança da pessoa é uma preocupação muito patente na política na unidade hospitalar onde se desenvolveu o estágio, sendo uma área prioritária de intervenção para o hospital, e naturalmente no SU. É uma entidade certificada pela *Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA),

onde os cuidados de saúde prestados estão de acordo com os padrões de qualidade nacionais e internacionais e com os eixos prioritários da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Relativamente à gestão de incidentes, está implementado o sistema de notificação de incidentes através da plataforma *HER+*. Ao longo do estágio foi possível constatar o empenho constante e a importância que toda a equipa de enfermagem atribui à qualidade dos cuidados prestados às pessoas, tendo também verificado a existência de elementos dinamizadores em várias áreas, como na avaliação do sistema de triagem, na formação em serviço, no plano de emergência a situações de catástrofe, sistema de notificação, entre outros, representando fatores muito significativos para a melhoria contínua dos cuidados, assim como a promoção no desenvolvimento de uma cultura de segurança.

A OMS apresenta diversas estratégias para a melhoria dos cuidados de saúde, estratégias também adaptadas a nível nacional, e especificamente no hospital onde estagiamos. Estratégias como a existência e implementação de normas, “vias rápidas”, em Portugal conhecidas como VV e protocolos clínicos como instrumentos orientadores para a prestação de cuidados de saúde fundamentados na evidência já implementada a nível internacional, a auditoria clínica e o feedback por meio da monitorização da adesão a normas e orientações, simultaneamente com o fornecimento de feedback útil e atempado sobre a prática clínica e a existência de instrumentos de apoio à decisão clínica, que disponibilizam conhecimentos e informação específica sobre a pessoa em momentos oportunos no sentido de fomentar a prestação de cuidados de saúde de primeira linha (WHO, 2020). Assim, durante estas semanas de aprendizagem contínua, foi possível reconhecer a importância que os protocolos e as normas assumem, fundamentados na investigação e evidência científica mais atual, bem como dos programas de auditorias internas e externas em linha com as metas internacionais para a qualidade e segurança da pessoa para a melhoria contínua na prestação dos cuidados.

Ao longo do estágio constatamos que os cuidados prestados pelos enfermeiros assentavam em normas, protocolos e instruções de trabalho, contribuindo para o aumento da qualidade de cuidados prestados. Neste contexto, foram várias as oportunidades de desenvolver atividades protocoladas, normas ou instruções de trabalho, dando-nos a possibilidade de implementar e consolidar práticas seguras como a realização da checklist no início do turno nomeadamente na sala de emergência, a participação em auditorias internas, o conhecimento das normas em vigor no serviço e a prestação de cuidados aquando da ativação de uma VV.

Outros mecanismos facilitadores na nossa prática diária foi a existência de alguns kits previamente preparados com todo o material necessário para a realização de procedimentos fundamentais no cuidado

à PSC, designadamente kit de colocação de linha arterial, cateter venoso central, dreno torácico, paracentese e de punção lombar.

Outros fatores primordiais para a qualidade dos cuidados são a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e o perfil de competências dos mesmos, para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, onde devem ser utilizadas metodologias e critérios que possibilitem uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados (Diário da República n.º 233/2014, Série II). Neste sentido, a OE criou o regulamento n.º 533/2014 - Norma para o Cálculo das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, com o intuito de promover a qualidade dos cuidados prestados, assegurando a segurança e satisfação das pessoas.

O SU é um serviço complexo, específico, com uma dinâmica muito característica, aberto em permanência, cujo o objetivo visa a prestação cuidados imediatos, urgentes e emergentes a todas as pessoas, independentemente da sua idade, cultura, raça, nível socioeconómico ou estilo de vida. Neste serviço, sempre de portas abertas, onde tudo acontece de forma rápida e não programada é lhe imposto a necessidade de uma constante adaptação. Em Portugal, uma problemática muito reconhecida é a grande afluência ao SU, em grande parte fruto de situações pouco urgentes ou não urgentes, gerando situações de sobrelotação, o que pressiona um serviço os seus recursos limitados a níveis extremos, com impacto direto na qualidade dos cuidados prestados e na segurança das pessoas.

Tendo em conta o pressuposto anterior, para o SU o cálculo das dotações seguras dos cuidados de enfermagem deve ser realizado por cada posto de trabalho, tendo como base a casuística e procura ao longo dos dias, semanas e meses de cada SU em particular. Contudo, constatou-se que o número de enfermeiros distribuídos por posto de trabalho foi sempre o mesmo, não se tendo verificado nenhum ajuste tendo em conta a afluência, o que fez com que em muitas situações o número de profissionais fosse muito inferior ao expectável para salvaguardar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados e, naturalmente, a satisfação das pessoas.

No SU, a excessiva carga de trabalho, o número imprevisível de pessoas que recorrem ao SU e a existência de uma equipa multidisciplinar diversa são fatores de risco que potenciam a ocorrência de erros (Ramos de Azevedo et al., 2020).

A sobrelotação é um problema de saúde pública que leva à deterioração da qualidade dos cuidados de saúde, aumento dos custos em saúde e à insatisfação das pessoas (Dixe et al., 2018). Durante o estágio,

a realidade da sobrelotação foi vivenciada, resultado da excessiva afluência ao SU, geradora de elevados níveis de stress para os profissionais e pessoas, onde foi possível constatar o papel fundamental que o EE desempenha nestas situações, promovendo não só eficácia na gestão dos recursos, como agilização e dinâmica dos processos de cuidados no SU e na transferência, quer intra ou inter-hospitalar.

A falta de pessoal prejudica o bem-estar dos enfermeiros, causa stress relacionado com o trabalho e afeta negativamente a prestação de cuidados à pessoa (Shang et al., 2019).

A implementação de procedimentos, protocolos e a cultura de segurança promovem as boas práticas e consequentemente a qualidade dos cuidados prestados. No desenvolvimento do estágio, colaboramos em projetos do serviço na área da qualidade, designadamente na participação da elaboração da ação de sensibilização para a higiene das mãos da equipa a que pertence a minha orientadora, integrada na campanha de higiene das mãos da OMS, na realização do PIS e em programas de melhoria contínua da qualidade, nomeadamente nas auditorias clínicas sobre a higiene das mãos, monitorização do uso de luvas e práticas seguras na preparação e administração de terapêutica. Na prática diária promovemos um ambiente terapêutico e seguro, prestando cuidados de enfermagem tendo em conta a segurança e proteção das pessoas/grupo, envolvendo sempre que possível a família ou pessoa significativa, estimulando a adesão à saúde, preparando e administrando terapêutica de forma segura, participando na gestão do risco, através da notificação na plataforma *HER+* e fomentando práticas para a prevenção e controlo da infeção de acordo com as recomendações do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA). Tivemos também a oportunidade de colaborar na elaboração do plano de emergência interno do SU.

1.2.3. Domínio da gestão dos cuidados

No âmbito da gestão dos cuidados, o EE deve:

1. Gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
2. Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados, (Diário da República n.º 26/2019, Série II).

O exercício de funções de gestão pelos enfermeiros apresenta-se como um fator *“determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo -se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde”* (Diário da República n.º 21/2018, Série II, p. 3478).

O processo de gestão em enfermagem:

Desenvolve-se de acordo com a gradação da complexidade das suas funções, nos diversos contextos do exercício profissional de enfermagem, e aos três níveis da gestão, nomeadamente: a) nível estratégico ou institucional, referente à gestão de topo da organização; b) nível tático ou intermédio, referente à gestão de um conjunto de unidades e/ou serviços ou departamentos; c) nível operacional, referente à gestão de serviço e/ou unidade assistencial. (Diário da República n.º 21/2018, Série II, p. 3479)

Na enfermagem, a gestão do enfermeiro apresenta duas dimensões complementares entre si, a dimensão da gestão, que visa a organização do trabalho e dos recursos humanos, e a dimensão da assistência, que visa a prestação de cuidados fundamentados nas necessidades de cuidados à pessoa (Mororó et al., 2017).

Os enfermeiros desenvolvem atividades ao nível da prestação de cuidados e de gestão nas organizações, onde enquanto gestores, assumem o papel de líderes (Martins et al., 2020).

Competências como a liderança, a comunicação, o trabalho em equipa, relacionamento interpessoal, gestão de conflitos, interação, tomada de decisão e cooperação são atributos essenciais para o exercício de funções de gestão pelo enfermeiro (Soares et al., 2016; Mororó et al., 2017).

A capacidade dos líderes e gestores para inspirar e motivar os elementos da sua equipa é essencial para fomentar um trabalho eficaz e eficiente, e garantir a melhor prestação de cuidados, mesmo em situações de emergência (Brazão et al., 2016).

No que se refere à gestão de conflitos, a comunicação revelou-se uma competência fundamental para a resolução dos mesmos, assim como o facto de conhecerem bem cada elemento da sua equipa, a sua dinâmica e a do serviço, fomentando a partilha de ideias, o trabalho em equipa, a motivação, a cultura de segurança e constante evolução profissional, foram aspetos essenciais para a resolução dos mesmos.

O enfermeiro apresenta um papel essencial na gestão dos diversos recursos, influenciando a qualidade dos cuidados prestados. A remodelação a que o SU foi sujeito, foi também acompanhada pela necessidade de organização assim como da gestão dos recursos humanos das diversas áreas de trabalho, criação de circuitos de gestão de materiais e equipamentos, onde, nesta área, foi criado o armazém avançado. A recente situação pandémica, marcada pela escassez dos vários recursos face às exigências sentidas, refinaram ainda mais as capacidades e competências únicas dos enfermeiros na área da gestão. Neste âmbito, tivemos a oportunidade de compreender a criação e o funcionamento dos

vários circuitos através da Enf.^a Orientadora e da Enf.^a Coorientadora, uma vez que foram parte integrante deste processo.

A criação no SU do quadro de gestão, fixado no serviço, representa uma excelente ferramenta de apoio à gestão, tanto dos recursos humanos como dos materiais e equipamentos, onde agrega toda a informação necessária para a gestão diária do serviço.

Quanto à gestão dos recursos humanos, esta é realizada pelo Enfermeiro Chefe, por meio da elaboração do horário mensalmente, de forma a assegurar a presença dos recursos humanos necessários, e da elaboração do plano de trabalho semanalmente, com a distribuição pelas diversas áreas e fixado no quadro de gestão diária.

O facto de a Enf.^a Orientadora e a Enf.^a Coorientadora assumirem cargos de apoio à gestão, responsáveis de turno e da formação possibilitou-nos um vasto conjunto de experiências nesta área, permitindo conhecer e compreender as dinâmicas do serviço, permitindo um contacto próximo com as tomadas de decisão ao nível da gestão de recursos humanos, materiais e organização do trabalho, como estes se moldavam ao contexto e às necessidades, no sentido de promover os melhores resultados na segurança e na qualidade dos cuidados. No que diz respeito à gestão dos recursos materiais e equipamentos, foi possível conhecer e compreender a dinâmica e funcionamento dos circuitos de reposição de consumíveis e de equipamentos, assim como a articulação com outros serviços de apoio como a esterilização. Também observamos o papel do EE na gestão dos cuidados e processos de tomada de decisão com a finalidade da otimização das respostas de enfermagem e da equipa de saúde, potenciando o trabalho em equipa, a motivação, a comunicação e o relacionamento interpessoal.

Relativamente à organização dos cuidados de enfermagem especializados, o EEEMCPSC deve assegurar e garantir a máxima eficácia dos mesmos, através da *“utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica promotoras da qualidade”* (Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017b, p. 15).

A respeito da delegação de tarefas, foi sempre realizada a supervisão e avaliação das tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade, assumindo a responsabilidade pelos mesmos. Também tivemos a oportunidade de constatar a otimização do trabalho da equipa, adaptando os recursos às necessidades de cuidados e da adaptação da liderança adequando-o ao clima organizacional e, desde modo, propiciar a melhor resposta do grupo e de cada indivíduo (Diário da República n.º 26/2019, Série II).

No que diz respeito ao cargo de chefe de equipa, que assume o papel de responsável da equipa e de responsabilidade de gestão no seu turno, importa referir que apenas em uma equipa é atribuído a um EE, devido aos défices de EE no SU em questão, estando desta forma atribuído a elementos que apresentam perfil e competências de gestão.

1.2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o EE deve:

1. Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;
2. Basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica, (Diário da República n.º 26/2019, Série II).

O processo formativo é essencial para a construção e desenvolvimento da nossa identidade profissional, assim como o autoconhecimento, a assertividade e as diversas experiências e relações interpessoais, desenvolvidas ao longo deste constante processo de aprendizagem.

A capacidade de autoconhecimento permite-nos saber lidar com as mais variadas situações e emoções, tendo a consciência que esta afeta diretamente a forma como nos relacionamos com os outros, interferindo deste modo também nas relações terapêuticas e multiprofissionais estabelecidas ao longo do nosso percurso profissional.

Perante a complexidade da PSC, onde as intervenções de enfermagem são altamente qualificadas, especializadas e contínuas é exigido ao enfermeiro perícia a nível técnico, mas também a nível relacional, interpessoal e emocional. Assim, ao longo do estágio, pautamos por uma postura assertiva e pelo contínuo aprofundamento e reflexão acerca daquilo que somos enquanto pessoas e enfermeiros. Este é essencial para a identificação de fatores que possam interferir no relacionamento com a pessoa e equipa multidisciplinar, promovendo a gestão destes e das emoções, facilitando assim o processo de integração no seio da equipa multidisciplinar e o estabelecimento de relações terapêuticas, tendo consciência das nossas capacidades individuais e dos limites pessoais e profissionais. Este processo de aprendizagem também permitiu o desenvolvimento e aperfeiçoamento de estratégias facilitadoras para a gestão e adaptação individual e organizacional, para a atuação eficaz sob pressão nos mais variados contextos, para o reconhecimento e antecipação de eventuais situações de conflito, recorrendo de forma adequada e oportuna a técnicas de resolução de conflitos, no sentido de uma resposta cada vez mais eficiente.

Segundo Collière (2003), citada por Pinto (2015) *“a formação desempenha um papel determinante em relação à prestação de cuidados de enfermagem, pois esta é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes”* (p. 6). A formação e o desenvolvimento profissional são *“pilares fundamentais e determinantes para a melhoria contínua da qualidade do desempenho do exercício profissional e, conseqüentemente, dos serviços prestados à população”* (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p. 1).

O grande avanço científico e tecnológico que assistimos, também se reflete na enfermagem e no cuidado à PSC, conduzindo à necessidade permanente de aquisição e atualização de conhecimentos e competências face às novas exigências, resultando no contínuo investimento no nosso processo formativo. Como refere Pinto (2015) tanto em contexto académico como em contexto de local de trabalho a procura pela evolução da qualidade e do desempenho, geram uma permanente necessidade formação.

Assim, com vista prestação de cuidados de excelência, o enfermeiro deve *“manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p. 86).

A consulta de documentos, normas, procedimentos, regulamentos e protocolos de serviço assim como a pesquisa bibliográfica realizada com base na evidência científica mais atual permitiram o aprofundamento de conhecimentos e aptidões, levando a processos de tomada de decisão e a agir em conformidade, sempre com a finalidade de um exercício profissional de excelência. Neste sentido, durante o estágio na busca pela qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados, o aperfeiçoamento dos conhecimentos e competências teóricas foi um *continuum*, suportando a tomada de decisão e a prática de cuidados à PSC e sua família em sólidos e válidos padrões de conhecimento, com base na mais recente evidência científica. A prática de *debriefing* foi também uma constante, proporcionando a análise e reflexão das várias situações experienciadas, visando sempre a melhoria contínua.

Assim, no exercício profissional de excelência por parte do EE sustentamos *“os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação”* (Diário da República n.º 26/2019, Série II, p. 4749).

Em linha de conta com os pressupostos anteriores, a formação teve grande destaque neste processo de desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional. Houve a participação em diversos webinars dinamizados pela OE, designadamente *“Saber+2.0: Doente com suporte de vida extracorporal”*,

“Responsabilidade do EEEMC em situações de emergência, exceção e catástrofe”, “A saúde mental em situação de catástrofe” e “Enfermagem Hiperbárica e Subaquática”. Participamos no VI Congresso dos Enfermeiros da OE (Anexo I).

Dado o nosso percurso profissional, onde a prestação de cuidados à PSC é prática diária, foram múltiplas as atividades formativas que tivemos a oportunidade de frequentar, nomeadamente “Condução Defensiva de VMER” (Anexo II) e “Módulo Transporte Doente Crítico e Situação de Exceção” (Anexo III), tendo adquirido a competência de enfermeiro de VMER (Anexo IV) e na formação “Segurança do Doente no Pré-Hospitalar” (Anexo V). Enquanto formadora, adquirimos a competência de formadora de Nível III através da participação na “Formação de Formadores Nível III” (Anexo VI).

Existiu ainda a participação nas Jornadas “Enfermeiros uma Voz para Liderar” do Dia Internacional do Enfermeiro 2022 (Anexo VII), para o qual foi realizado um poster, cujo o título era “O exercício profissional de enfermagem no cuidado à pessoa com sépsis no Serviço de Urgência” (Anexo VIII) que se encontrou exposto nesse dia. Houve também a participação no 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (Anexo IX).

Na procura pelo desenvolvimento das competências no âmbito da investigação, participamos no workshop “Revisão da Literatura Científica: Aspetos Práticos” (Anexo X).

Ainda na área da investigação, ao longo desta jornada, elaboramos um PIS na área do cuidado à pessoa vítima de trauma. Este pressupõe uma investigação rigorosa baseada na mais recente evidência científica, onde através do diagnóstico de situação identificamos uma necessidade de intervenção. Neste âmbito, enquadrado no plano de formação de serviço, realizamos a sessão de formação “Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma” com o intuito dar resposta a uma necessidade identificada, no sentido de promover as boas práticas e a segurança na prestação de cuidados de enfermagem.

Assim, a construção deste projeto permitiu-nos o desenvolvimento de competências neste domínio, enquanto elemento facilitador da aprendizagem, atuando como formador, diagnosticando necessidades formativas, gerindo programas e dispositivos formativos, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros e realizando a avaliação do impacto da formação (Diário da República n.º 26/2019, Série II).

Em suma, este caminho percorrido ao longo do Mestrado de Enfermagem de Pessoa em Situação crítica representa um processo de aprendizagem e desenvolvimento enquanto Enfermeira e Pessoa, tendo sempre como princípio orientador a excelência do exercício da Enfermagem.

1.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências específicas decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, comprovadas pelo elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Diário da República n.º 26/2019, Série II).

No âmbito da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, a área da Enfermagem à PSC surge assim como uma área emergente. A PSC é entendida como *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (Diário da República n.º 135/2018, Série II, p. 19362).

A PSC e família/cuidador que estão a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica são o foco do cuidar do EEEMCPSC. Os cuidados de enfermagem à PSC caracterizam-se por ser altamente diferenciados, especializados e qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com risco de falência imediata de uma ou mais das suas funções vitais, permitindo a manutenção das suas funções básicas, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com vista à sua recuperação total. Estes podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida. Partindo do pressuposto anterior, é reconhecida a extrema importância da avaliação diagnóstica e da monitorização permanente no cuidado à PSC, exigindo ao EE uma observação, vigilância e colheita contínua, sistémica e sistematizada de dados, com a finalidade de conhecer e dar resposta às necessidades da pessoa de forma contínua, prevendo, detetando e intervindo precocemente sobre as eventuais complicações, garantindo uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Diário da República n.º 135/2018, Série II).

Ao longo do estágio, as competências intrínsecas ao cuidar especializado foram a linha orientadora deste processo de aprendizagem e desenvolvimento. Assim, seguidamente iremos abordar individualmente cada uma das competências específicas do EEEMCPSC.

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

A complexidade inerente às situações de saúde e às respostas necessárias face à PSC e/ou falência orgânica e à sua família/cuidador exige ao EE conhecimentos e habilidades para responder de forma eficiente e holística (Diário da República n.º 135/2018, Série II).

Com o intuito de desenvolver esta competência, ao longo do estágio, demos prioridade às áreas onde a prestação de cuidados à PSC era uma constante, nomeadamente a sala de emergência. A sala de emergência apresenta-se como a área de interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, sendo desta forma uma área fundamental para a mais correta abordagem da pessoa em estado emergente, grave e crítico (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019).

Um dos elementos facilitadores deveu-se à nossa experiência prévia em SU, e neste sentido a realidade da prestação de cuidados emergentes em contexto de sala de emergência não ser uma realidade desconhecida, aliada também à nossa experiência atual na área do pré-hospitalar. Durante o estágio foram prestados cuidados à PSC, antecipando, identificando e respondendo prontamente a focos de instabilidade e ao risco de falência orgânica.

As Vias Verdes (VV) tem como objetivo melhorar a acessibilidade no acesso rápido ao tratamento mais adequado e eficaz, sendo definidas como uma estratégia organizada na abordagem, encaminhamento e tratamento, ao longo do pré, intra e inter-hospitalares, para as situações clínicas mais frequentes e/ou graves e pela sua relevância em termos de impacto na saúde das pessoas e pela relação inversamente proporcional entre o período de tempo decorrido desde o início dos sintomas/problemas e à eficácia do tratamento, com repercussões diretas ao nível do prognóstico (Ministério da Saúde, 2020). São, desta forma, um conjunto de atitudes que, quando realizados numa fase precoce da doença, diminuem as taxas de morbilidade e mortalidade. A implementação ampliada destes protocolos terapêuticos representa um meio potencial para a otimização na gestão dos recursos existentes e simultaneamente com uma redução ao nível dos custos (DGS, 2010b). Assim, garantimos a administração de protocolos terapêuticos complexos específicos de abordagem à PSC, através da aplicação de protocolos de VV, designadamente a VAVC e VWT, assim como do protocolo de suporte avançado de vida em caso de paragem cardiorrespiratória.

Neste sentido, a aplicação destes protocolos permitiu-nos um conhecimento mais amplo desta realidade, com o conhecimento de todo o circuito da pessoa desde do pré-hospitalar ao intra e inter-hospitalar.

Tendo em conta a nossa experiência profissional, importa aqui realçar as competências adquiridas no âmbito da VAVC e da VVT na sua vertente hospitalar. No contexto da VAVC, este protocolo tem o objetivo de reduzir o tempo decorrido entre o início dos sintomas e a implementação do tratamento mais adequado nas pessoas elegíveis, numa fase precoce da doença, numa janela de tempo muito pequena, no caso de AVC de etiologia isquémica, segundo critérios de inclusão e de exclusão (DGS, 2017b). Colaboramos com a equipa multidisciplinar desde a admissão na sala de emergência, avaliação segundo a metodologia ABCDE, monitorização e vigilância durante a realização dos exames complementares de diagnóstico (como a tomografia computadorizada (TAC), angioTC do arco aórtico, troncos vasculares supra-aórticos e cerebral e ressonância magnética crânio-encefálica em caso de dúvida no diagnóstico) e posterior transferência ora para a unidade de AVC ora na preparação para o transporte inter-hospitalar no caso de indicação para terapêutica endovascular.

Relativamente à VVT, esta encontra-se em fase de implementação no serviço. Corresponde a uma estratégia de abordagem à pessoa vítima de trauma, preconizando a sua rápida identificação, intervenção precoce, sistemática e adequada e à implementação de medidas terapêuticas em tempo útil, traduzindo-se numa melhoria significativa do prognóstico destas vítimas (DGS, 2010a). Colaboramos com a equipa multidisciplinar em todo o circuito desta VV, tendo ficado patente algumas necessidades de melhoria na abordagem à pessoa vítima de trauma. Assim, identificamos a existência de uma área que necessitava de ser otimizada, e à qual poderíamos dar o nosso contributo, capacitando e treinando os profissionais numa área de grande relevo, promovendo a excelência dos cuidados de saúde prestados.

Em contexto de sala de emergência foram várias as oportunidades de aprendizagem, derivado da diversidade das etiologias das emergências médicas e de trauma. Aquando a admissão da pessoa na sala de emergência, onde em muitas situações vinham acompanhados pelas equipas diferenciadas da área pré-hospitalar, particularmente as equipas VMER e as de Suporte Imediato de Vida (SIV), era realizada a avaliação primária de acordo com a abordagem ABCDE, a avaliação secundária e definido o plano de cuidados de enfermagem. Durante a permanência na sala de emergência a vigilância, monitorização contínua e avaliação era uma constante, identificando e implementando precocemente respostas de enfermagem apropriadas às complicações, assim como durante o acompanhamento da pessoa na realização de exames complementares de diagnóstico. A gestão da dor e do bem-estar da PSC foram uma prioridade, bem como a gestão das situações com necessidade de sedo-analgesia, pois está quase sempre presente derivada não só da patologia subjacente, mas também dos vários procedimentos

invasivos a que a pessoa é sujeita. Também colaboramos na preparação para transferência inter ou intra-hospitalar garantindo a correta transição dos cuidados.

A dor é o principal motivo que as pessoas referem quando recorrem ao SU, onde os enfermeiros desempenham um papel fundamental na promoção e intervenção no controlo da dor, encontrando-se numa posição privilegiada decorrente da relação terapêutica que estabelecem com as pessoas (Giusti et al., 2018; M. B. dos Santos et al., 2021; Figueira et al., 2022).

Em Portugal desde finais dos anos 90, foi reconhecida a necessidade de melhorar a abordagem da dor, tendo sido criado o primeiro Plano Nacional de Luta Contra a Dor em 2001. A este seguiram-se outros, culminando com o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor em 2017, com o intuito de dar continuidade à visão e missão dos planos e programas anteriores (DGS, 2017c). Também desde 2003 com a publicação da DGS da Circular Normativa n.º 09/DGCG a dor é reconhecida como o quinto sinal vital, onde o controlo eficaz da dor é um dever por parte dos profissionais de saúde, um direito dos doentes, sendo considerada um elemento fundamental para a efetiva humanização das unidades de saúde (DGS, 2003). A gestão e controlo da dor na PSC exige vigilância e monitorização, sendo para tal necessário o recurso a escalas de monitorização da dor (Teixeira & Durão, 2016). A monitorização da dor nas suas diversas vertentes é essencial para o sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada. Neste pressuposto, a avaliação e registo da intensidade da dor deve ser realizada de forma contínua e regular, como acontece à semelhança dos outros quatro sinais vitais, no sentido de otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados e melhorar a qualidade de vida da pessoa (DGS, 2003).

O EEEMSPSC desempenha um papel muito relevante, assegurando *“a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”* (Diário da República n.º 135/2018, Série II, p. 19363).

Mesmo no ambiente de uma sala de emergência, onde os cuidados se revestem de natureza emergente e muito técnica com o objetivo da sobrevivência da pessoa, o enfermeiro ocupa uma posição privilegiada no estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa e família/cuidador, essência da profissão e característica dos cuidados de enfermagem, onde para tal, a comunicação é um processo fundamental. No cuidado à PSC a comunicação em muitas situações representou um desafio pois esta apresentou-se muitas vezes comprometida, inerente ao próprio processo complexo da doença e à necessidade de meios de avançados para a sobrevivência da pessoa. Nestas situações, a comunicação com a família/cuidador reveste-se de especial importância no sentido de compreender não só o motivo pelo qual recorrem ao

SU, mas também para a compreensão da pessoa como um todo e no estabelecimento da relação terapêutica com a família/cuidador, e conseqüentemente na sua integração no plano de cuidados. Durante o estágio foi possível observar a relevância que o EEEMCPSC assume, e desenvolver competências nesta área, permitindo a gestão da comunicação interpessoal e o estabelecimento da relação terapêutica com a PSC e família/cuidador em situação crítica perante a pessoa com dificuldades de comunicação, assim como na assistência à pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais resultantes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

O transporte da PSC envolve riscos. Porém a inexistência de recursos, tanto humanos como técnicos, no hospital de origem, constitui o principal motivo para transferência da PSC com a finalidade de tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, transferindo adequadamente para a unidade hospitalar melhor preparada, segundo as redes de especialidades hospitalares e de referenciação definidas (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). O nível de cuidados prestados durante o transporte não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar preparado para a eventual necessidade de aumentar o nível de cuidados (Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017a).

O enfermeiro responsável pela PSC que realiza o transporte carece de formação, experiência e treino em reanimação e no transporte da PSC (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Neste âmbito, o EEEMCPSC é o profissional mais qualificado e com melhor formação para integrar as equipas de transporte da PSC (Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017a). O SU onde se desenvolveu o estágio, encontra-se devidamente equipado com monitor e mala de transporte adequada para tal efeito e dispõe de um impresso próprio para proceder ao registo dos cuidados, promovendo a continuidade, a segurança e a qualidade dos cuidados ao longo do mesmo. Contudo, devido à integração de elementos mais novos no serviço e ao défice de EE, este é muitas vezes realizado por enfermeiros com pouca experiência no cuidado à PSC.

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

O EE face a uma situação de emergência, exceção ou catástrofe deve atuar, de forma pronta e sistematizada, na conceção, planeamento e gestão da resposta, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem negligenciar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime (Diário da República n.º 135/2018, Série II).

Uma situação de emergência é resultado de uma agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, provocando perda de saúde, de modo brusco e violento, colocando a sua vida em risco, exigindo assistência imediata. Por sua vez, uma situação de exceção corresponde fundamentalmente a uma situação onde se verifica um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis, impondo desta forma a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis (INEM, 2012b; Diário da República n.º 135/2018, Série II).

Conforme a Lei de Bases da Proteção Civil, artigo 3.º da lei n.º 27/2006, de 3 de julho, alterada pela Lei n.º 80/2015, de 3 de agosto de 2015, catástrofe é definida como um *“acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”* (Diário da República n.º 149/2015, Série I, p. 5316).

A preparação do hospital na resposta a situações de emergência, exceção ou catástrofe representa um importante aspeto para o desempenho do enfermeiro, sendo para tal, indispensável a existência de um plano de emergência devidamente definido (M. A. Silva & Carvalho, 2013).

A permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico em grandes proporções, impõe a que todas as instituições do SNS realizem periodicamente uma análise da sua situação, tendo em consideração as constantes alterações que surgem a nível interno e externo, no sentido do planeamento da sua resposta de emergência face a qualquer cenário. Para tal, a elaboração de um plano de emergência é uma ferramenta essencial. Neste seguimento, a DGS emitiu a orientação 007/2010 - Guia Geral de Orientação e Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde - recomendando a elaboração de um plano de emergência médica segundo a mesma, a todas as unidades do SNS. Esta reforça a importância de uma cultura de prevenção, de planeamento, de segurança e de gestão de risco, elementos estruturais indispensáveis para uma ação coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais de uma instituição e que, eventualmente venha a ser afetada por uma crise (DGS, 2010c).

Os hospitais e as unidades de saúde desempenham um papel crítico em tempos de emergência e desastres. Neste ponto, é imperativo que permaneçam estruturalmente sólidos e totalmente operacionais. Para garantir que continuem exercendo as suas funções quando são mais necessários, permanecendo seguros, acessíveis e funcionando na capacidade máxima, é condição obrigatória a avaliação das suas vulnerabilidades. Estas vulnerabilidades podem ser a três níveis: estrutural (sistema de suporte de carga), não estruturais (elementos arquitetónicos, instalações e equipamentos) e sistemas

e operações. Um hospital seguro deve permanecer organizado com planos de contingência e com profissionais de saúde treinados para manter a rede operacional. Os recursos humanos continuam a ser os mais importantes entre os recursos disponíveis num hospital ou unidade de saúde, devendo estar adequadamente preparado para emergências e desastres (WHO, 2010).

As situações de emergência, exceção ou catástrofe são circunstâncias especiais, onde a sua gestão requer a cooperação por parte de toda a equipa multidisciplinar, principalmente pelos enfermeiros. Estes além de serem os primeiros a entrar em ação, são os que passam mais tempo em contacto com as pessoas, desempenhando um papel ativo na gestão de desastres (Pourvakhshoori et al., 2017).

Na preparação da resposta da equipa de enfermagem é necessário um maior investimento por parte das instituições hospitalares na capacitação destes profissionais, contribuindo desta forma para a melhoria da resposta, redução dos riscos e promoção da segurança em contexto de emergência, exceção ou catástrofe (Rocha et al., 2021).

Tendo em consideração esta linha de pensamento, revela-se crucial que os enfermeiros sejam dotados de conhecimentos e competências, mediante programas de educação e formação nesta área específica, no sentido de desenvolver a sua prática em situações de emergência, exceção ou catástrofe.

Neste âmbito, o EEEMCPSC constitui-se como um elemento fundamental, pois apresenta as competências necessárias perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, nomeadamente no cuidado à pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe; concebendo os planos de emergência e catástrofe, em articulação com o nível estratégico; planeando resposta à situação de catástrofe e gerindo os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe e desta maneira assegurando a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime (Diário da República n.º 135/2018, Série II).

Assim, no cumprimento orientação 007/2010 da DGS, o SU elaborou o plano de emergência interno do serviço, como resposta a situações emergência, exceção e catástrofe, tendo realizado a divulgação e formação do mesmo a todos os profissionais. No SU existe um armário de resposta a uma eventual situação de emergência, exceção e catástrofe, com os protocolos, algoritmos e documentação para a gestão, comunicação, organização e resposta do SU.

Durante o estágio não se verificou a ocorrência de situações de emergência, exceção e catástrofe. No entanto, na fase inicial do estágio tivemos a oportunidade de participar na elaboração do plano de emergência interno do SU junto com a Enf.^a Orientadora, permitindo a mobilização de conhecimento e

aquisição de competências na área do planeamento da resposta. Esta oportunidade única, aliada à prévia participação na formação “Medical Response to Major Incidents – MRMI” (Anexo XI) e à participação em simulacros, foram fundamentais para uma melhor preparação desde a conceção à ação a eventuais situações de emergência, exceção e catástrofe.

1.3.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

A diversidade de contextos de atuação, a complexidade das situações e a diferenciação dos cuidados aliada à necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, necessários à sobrevivência da PSC e/ou em falência orgânica, o EE tendo em consideração o risco aumentado de infeção, deve atuar de forma eficaz na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos (Diário da República n.º 135/2018, Série II).

As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) devido a microrganismos resistentes aos antimicrobianos (RAM) são atualmente um dos mais importantes desafios para a medicina moderna (Friedrich, 2019). As IACS são definidas como uma infeção adquirida pelas pessoas em virtude dos cuidados e dos procedimentos de saúde e que, também podem afetar os profissionais de saúde durante o seu exercício profissional, em todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, ou seja, resultam da prestação de cuidados de saúde (DGS, 2007a). A transmissão de microrganismos em ambiente de cuidados de saúde é complexa, podendo ocorrer tanto pelo contacto direto com os profissionais de saúde assim como pelo contacto com o ambiente contaminado ao seu redor (Monegro et al., 2022).

As IACS e o aumento das RAM representam problemas relacionados e de importância crescente, com impacto à escala mundial e com repercussões nas pessoas, nas unidades de saúde e na comunidade. O peso das IACS é evidenciado, por um lado, no agravamento das taxas de morbilidade e mortalidade, prolongamento do tempo de internamento e no aumento dos custos em saúde e que por outro lado intensifica a pressão geradora de RAM resultando no aumento do uso de antibióticos, inviabilizando a qualidade dos cuidados, sendo a principal ameaça à segurança dos cidadãos e consequentemente, representando uma grave ameaça à saúde pública (DGS, 2017d; DGS, 2018b).

Em contexto nacional, consciente da importância desta problemática, foi criado o Programa Nacional de Controlo da Infeção (PNCI) divulgado por meio da circular informativa da DGS n.º 20/GAB/DG de julho

de 1999, que apresentava o objetivo de dar a conhecer a dimensão deste problema e de promover medidas no sentido da prevenção da infeção. Posteriormente em julho de 2007, o Ministério da Saúde emitiu o despacho n.º 14178/2007 aprovando o novo PNCI inserido no Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010. Ainda no mesmo ano, a DGS emitiu a circular normativa n.º 18/DSQC/DSC - Comissões de Controlo de Infeção - onde todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e privadas deviam constituir uma Comissão de Controlo de Infeção (CCI) com o intuito de operacionalizar o PNCI (DGS, 2007a; DGS, 2007b).

Em 2013, a DGS emitiu a atualização da norma n.º 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) – onde as unidades de saúde devem promover a implementação das PBCI e a monitorização do seu cumprimento, através da realização de auditorias internas, assegurando também que todos os profissionais recebem formação e treino neste âmbito, que tenham acesso às normas existentes, bem como terem disponíveis os recursos necessários para implementar, monitorizar e assegurar o cumprimento da presente norma (DGS, 2013).

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) foi criado através do despacho n.º 2902/2013 e atualizado em 2017, pela fusão do então PNCI com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, programas com objetivos e estratégias comuns para a redução das IACS e do consumo de antimicrobianos. Este programa prioritário, delineou como principais objetivos até 2020: 1) melhorar a prevenção e o controlo de infeções nas unidades de saúde, diminuindo as IACS; 2) melhorar a qualidade da prescrição dos antimicrobianos e 3) diminuir a resistência aos antimicrobianos. E com ele, assistimos à promoção global das PBCI e da campanha de Higiene das mãos, através da implementação da Estratégia Multimodal das Precauções Básicas (DGS, 2017d; DGS, 2018b). As PBCI traduzem *“um conjunto de boas práticas desenvolvidas e padronizadas, a implementar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes, tendo como objetivo a prevenção da transmissão cruzada de IACS”* (DGS, 2018b, p. 6).

Ainda no ano de 2013, foi determinado, por meio do despacho n.º 15423/2013, a criação de Grupos de Coordenação Regional do PPCIRA em cada uma das Administrações Regionais de Saúde, assim como a criação de Grupos de Coordenação Local do PPCIRA em todas as unidades prestadoras de cuidados integradas no SNS (DGS, 2018b).

A missão do PPCIRA visa promover a diminuição das taxas de IACS, sobretudo por via da prevenção e criar condições para uma diminuição das resistências aos antimicrobianos, especialmente através da

promoção da utilização correta destes fármacos. Apresenta também a missão de promover ou incentivar, e coordenar a nível nacional, a vigilância epidemiológica de IACS, do consumo e das RAM (DGS, 2017d).

Os enfermeiros, representam a maior força de trabalho nas unidades de saúde, desempenhando um papel vital na prevenção e controlo das IACS, prestando cuidados à beira do leito e auxiliando na coordenação do trabalho da equipa multidisciplinar. No estudo desenvolvido por Shang et al. (2019) verificam que a falta de pessoal era geradora de excesso de carga de trabalho, o que comprometia as práticas de prevenção de infeções e de vigilância.

O EEEMCPSC, detentor de conhecimentos e competências específicas na área da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos no cuidado à PSC, é um elemento fundamental na promoção e integração das orientações do PPCIRA tanto no seu exercício diário, bem como no seio da equipa multidisciplinar. Deve ter conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos assim como das diretivas emanadas pelas CCI, devendo ser capaz de diagnosticar as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção e de estabelecer as estratégias proativas a implementar (Diário da República n.º 135/2018, Série II).

Detentor de conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar, deve assumir o seu papel de líder. Sendo uma referência para a equipa que cuida da PSC, deve estabelecer os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na PSC e salvaguardar o seu cumprimento assim como deve proceder à monitorização, registo e avaliação das medidas de prevenção e controlo implementadas (Diário da República n.º 135/2018, Série II).

Ao longo do estágio, e tendo em conta o contexto pandémico em que vivenciamos, foram sempre integradas na nossa prática diária o cumprimento das medidas de prevenção e controlo da infeção assim como das PBCI, de acordo com os dez padrões de qualidade estabelecidos pela DGS, nomeadamente:

1. Avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes;
2. Higiene das mãos;
3. Etiqueta respiratória;
4. Utilização de equipamento de proteção individual;
5. Descontaminação do equipamento clínico;
6. Controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies;
7. Manuseamento seguro da roupa;
8. Gestão adequada dos resíduos;

9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis;
10. Prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

A higiene das mãos representa a medida mais eficaz, mais simples e mais económica na prevenção das IACS assim como nas infeções na comunidade. Neste âmbito, integrada na campanha de higiene das mãos da OMS, integramos a iniciativa do SU na promoção da higienização das mãos, com o propósito de fomentar uma cultura de segurança baseada na responsabilidade partilhada e no compromisso individual de cada um de nós, tendo desta forma participado na elaboração da ação de sensibilização para a higiene das mãos da equipa a que pertence a minha coorientadora. Esta oportunidade, permitiu-nos assumir o papel de líder no desenvolvimento e promoção desta iniciativa junto da equipa. Colaboramos também nas auditorias clínicas sobre a higiene das mãos, monitorização do uso de luvas e de práticas seguras na preparação e administração de terapêutica, constatando o papel crucial que o EE desempenha nesta área tão relevante.

Ainda neste domínio, a integração das orientações do PPCIRA, nomeadamente das PBCI no nosso exercício diário, desempenham especial relevância no cuidado à pessoa vítima de trauma. Os cuidados prestados nesta fase crítica, onde a necessidade de uma intervenção adequada e precoce requer tomadas de decisão rápidas e assertivas com foco na estabilização da pessoa vai ter sérias implicações no seu prognóstico, pois numa fase tardia a principal causa de morte é devido ao desenvolvimento de complicações como a sépsis e/ou disfunção multiorgânica, sendo estas reflexo dos cuidados prestados até então.

PARTE II – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

1. O CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA

No presente capítulo será apresentado o enquadramento teórico subjacente ao desenvolvimento do PIS, centrando-se na abordagem teórica da problemática do trauma, na VVT e na abordagem à PSC vítima de trauma.

De forma a explorar as várias temáticas, segundo a mais recente evidência científica, efetuamos as diversas pesquisas em bases de dados reconhecidas, consultamos os sites e os manuais de organizações de referência, assim como a legislação nacional em vigor.

1.1. A PROBLEMÁTICA DO TRAUMA

O trauma representa um importante problema de saúde pública, responsável por uma em cada 10 mortes. Estima-se que, anualmente, seja responsável pela morte de 5,8 milhões de pessoas e por deixar um elevado número de pessoas com sequelas, cerca de 18% do total de doenças a nível global (WHO et al., 2009; American College of Surgeons, 2018; Spahn et al., 2019). A OMS considera a diminuição do impacto das lesões traumáticas como um dos maiores desafios de saúde pública do século (WHO et al., 2009; Spahn et al., 2019).

É a principal causa de morte em pessoas até aos 44 anos, ou seja, é na fase em que o indivíduo é mais produtivo, afetando na sua grande maioria vítimas do sexo masculino (American College of Surgeons, 2018; Santos et al., 2018). Os traumas resultantes de causas externas são a principal causa de morte e incapacidades em pessoas na faixa etária entre os 5 a 29 anos (WHO, 2018; Costa et al., 2020).

Nos Estados Unidos, é a principal causa de morte em jovens adultos e responsável pela admissão anual no SU de cerca de 50 milhões de pessoas (Kostiuk & Burns, 2021).

A realidade portuguesa é semelhante, sendo uma das causas mais importantes de mortalidade e morbilidade, em especial na população mais jovem (Ordem dos Médicos, 2009; DGS, 2010a). É um problema de saúde pública que afeta sobretudo homens (70,8%) e população em idade ativa (71,6%) (INEM, 2021). As sequelas resultantes dos eventos traumáticos geram deficiências e limitações de longa duração, que levam a processos de reabilitação prolongados, acompanhado por importantes problemas emocionais, afetando o desempenho dos papéis sociais e interferindo significativamente na qualidade de vida das pessoas (Santos et al., 2018).

Revela-se assim, como um problema singular e complexo, com múltiplas implicações, transversal a toda a sociedade, com profundas repercussões humanas, sociais e económicas. O custo associado é incalculável, produto da perda de vidas humanas e dos aspetos sociais, económicos e culturais envolvidos (Parreira et al., 2017).

O trauma por definição é uma doença que resulta da troca de energia entre o meio ambiente e o corpo, provocando diversas lesões nos diferentes sistemas e órgãos (Parreira et al., 2017). À semelhança de outras patologias, possui um agente (energia), um vetor (veículo, arma de fogo, entre outras), um hospedeiro (a pessoa), onde estratégias de prevenção e o diagnóstico precoce são essenciais para a redução da morbimortalidade (Santos et al., 2018).

O politraumatismo define-se pelo surgimento de múltiplas lesões, envolvendo vários órgãos ou sistemas, das quais algumas podem ser fatais ou resultarem em incapacidades significativas lesões, situação contrária à lesão traumática isolada, onde apenas uma única lesão é encontrada (Marsden & Tuma, 2021). Na globalidade, o politraumatismo é resultado de um evento traumático onde ocorre uma grande libertação de energia, como aquando de quedas, acidentes de viação, atropelamentos, ferimentos por armas de fogo, entre outras causas (Santos et al., 2018). As lesões ocorrem quando a energia transmitida ao corpo humano é superior à tolerância que tecidos os tecidos apresentam. A energia transmitida pode ser cinética, térmica, química, radiante ou elétrica (American College of Surgeons, 2018).

O trauma grave surge da presença de lesões específicas ou parâmetros fisiológicos que traduzem instabilidade, tendo em ponderação os mecanismos de lesão ou conjunto de sintomas que mostram um potencial risco de lesão ativa, oculta ou eventual descompensação (Ordem dos Médicos, 2009).

Este pode derivar de acidentes de trânsito, quedas, afogamentos, queimaduras, envenenamentos, explosões e atos de violência contra si ou contra terceiros, entre outras causas. Para pessoas na faixa etária entre 5 a 29 anos, 3 das 5 principais causas de morte estão relacionadas a lesões, designadamente, lesões provocadas pelo trânsito, homicídio e suicídio (WHO, 2021).

Os acidentes de viação representam a principal causa de morte por lesão em todo o mundo (American College of Surgeons, 2018; Kostiuk & Burns, 2021). Realidade idêntica em território europeu, onde é também a principal causa de morte associado ao trauma com 55% dos casos (INEM, 2013). A nível nacional, em 2020, os acidentes, envenenamentos e a violência representaram 3,4% dos óbitos, apresentando-se assim como a 6ª causa de mortalidade em Portugal (DGS/MS, INE, PORDATA, 2022).

De acordo com o relatório *Global Status Report on Road Safety* da OMS a mortalidade associada a acidentes de viação representa a principal causa de morte entre crianças e jovens adultos entre os 5 a 29 anos, sendo a oitava principal causa de morte em todo o mundo. Estima que quase 3.700 pessoas morrem todos os dias nas estradas, resultando em mais de 1,35 milhões de mortes por ano, originando até 50 milhões de feridos, sublinhando a evitabilidade associada a cada uma destas mortes e lesões. Estas perdas acarretam um enorme impacto na vida das pessoas, famílias e sociedade, bem com custos elevados para os serviços de emergência, para os cuidados de saúde e em termos de dor humana. Apesar dos progressos alcançados nesta problemática, como alterações nas políticas legislativas, rodoviárias e na melhoria do acesso aos cuidados de saúde, ainda muito há para se fazer para contornar estes números. Progressos na melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde pós-acidente, tais como acesso a emergência pré-hospitalar através da criação de um número de emergência e no aumento da formação e treino das equipas de emergência. Porém fazem referência à necessidade de melhorar a acessibilidade a cuidados de emergência com qualidade e em tempo útil (WHO, 2018).

Em contexto nacional, comparativamente com o período homólogo, o ano 2021 registou um aumento do número acidentes com vítimas (+10,7%), com redução no número de vítimas mortais (-0,7%). Contudo verificou-se um aumento do número de feridos graves (+15,1%) e de feridos leves (+11,9%). A natureza do acidente mais frequente foram as colisões (52,9%) e os despistes (34,3%), que representam a origem de 87,2% das mortes (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2022).

A principal causa de «anos de vida ajustados por incapacidade» (DALY)¹ entre os 10-49 anos são as lesões associadas a acidentes na estrada. Representam também uma importante causa na faixa etária entre os 50 e os 74 anos. Contudo, por sua vez, as quedas são a principal causa de DALY nas pessoas com mais de 75 anos (Vos et al., 2020).

A mortalidade em contexto de trauma apresenta uma distribuição trimodal, quer isto dizer, que a morte por trauma ocorre em três picos distintos:

- ✓ Primeiro pico – ocorre nos primeiros segundos a minutos após o trauma, resultado de lesões fatais como apneia devido a lesão cerebral severa, lesão medular alta, rutura do coração, aorta, ou outros grandes vasos sanguíneos, onde apenas a prevenção tem impacto;

¹ Os «anos de vida ajustados por incapacidade» (DALY) é a medida que avalia o impacto da doença, em termos de tempo, combinando com a quantidade de saúde perdida devido à doença ou à morte prematura (Rocha, 2017).

- ✓ Segundo pico – ocorre minutos a várias horas após o trauma, resultado de lesões potencialmente fatais como hematomas subdurais e epidurais, hemopneumotórax, ruptura do baço, lacerações do fígado, fraturas pélvicas e/ou múltiplas outras lesões associadas à perda significativa de sangue. Neste pico encontramos o conceito de *Golden Hour*,², caracterizando um período de tempo que exige cuidados diferenciados rápidos e adequados.
- ✓ Terceiro pico – ocorre vários dias ou semanas após o trauma, e é resultado de sépsis e/ou disfunção multiorgânica. Os cuidados de saúde prestados até então tem reflexos diretos neste pico (American College of Surgeons, 2018).

A análise do incidente no pré-hospitalar e a recolha dessa informação a nível hospitalar, tanto na triagem como aquando da avaliação da pessoa vítima de trauma é fundamental para prestação de cuidados de enfermagem adequados e de qualidade, pois remete-nos para as eventuais lesões que a pessoa pode apresentar e que em algumas situações, poderão passar despercebidas numa fase inicial da avaliação.

A condição clínica que a pessoa apresenta é muito influenciada pelo mecanismo de lesão a que foi sujeita. A análise do mecanismo de lesão vai permitir não só compreender melhor o estado clínico da vítima como a previsão e a identificação de determinadas lesões graves tendo como base a direção e a quantidade de energia envolvida (American College of Surgeons, 2018).

Esta análise permite identificar as lesões resultantes da força e movimento envolvidos no impacto do acidente (Costa et al., 2020). A relação entre o mecanismo de trauma e as diversas lesões internas é evidente. Na abordagem à pessoa vítima de trauma é muito importante a análise do mecanismo de trauma uma vez que esta vai permitir a identificação precoce de possíveis lesões levando à realização de uma abordagem mais direcionada, resultando também no reconhecimento precoce da potencial necessidade de transferência, o que conseqüentemente poderá minimizar não só as sequelas decorrentes do trauma como diminuir as possibilidades de um desfecho fatal (American College of Surgeons, 2018; Ameln et al., 2021).

Neste sentido, aquando da receção da pessoa vítima de trauma no SU, no sentido de visualizar o cenário no local, surgem múltiplas questões acerca do mecanismo de trauma envolvido para uma melhor compreensão da situação como um todo. Questões como: Qual a aparência do local? Qual o tipo de

² O conceito de *Golden Hour* caracteriza uma janela de oportunidade, dá ênfase à necessidade urgente de cuidados rápidos e adequados que podem ter impacto positivo na morbilidade e mortalidade associadas à lesão, não pretendendo representar um período de tempo fixo de 60 minutos (American College of Surgeons, 2018).

acidente? Qual o tipo de veículo(s) envolvido(s)? Qual o tipo de impacto? Deformidade que o veículo apresenta? Qual a velocidade a que circulavam? As vítimas tinham cinto de segurança? O airbag disparou? Tinha capacete? Quem o retirou? As crianças estavam adequadamente colocadas nos dispositivos de retenção? Foram projetados? Distância da projeção? Como era o chão do local da projeção ou da queda? As vítimas já tinham sido mobilizadas antes da 1ª equipa? entre outras.

Com o objetivo de sistematizar toda a informação da fase pré-hospitalar, facilitando a gestão da transição de cuidados da fase pré-hospitalar para a fase hospitalar, o American College of Surgeons (2018) recomenda a utilização da mnemónica MIST nesta fase. A mnemónica MIST corresponde a Mecanismo (e tempo) de lesão (M), Lesões encontradas e suspeitas (I), Sintomas e Sinais (S) e Tratamento iniciado (T). Por sua vez, em Portugal, seguindo as orientações da norma n.º 001/2017 da DGS está preconizada utilização da técnica de ISBAR em todos os níveis de prestação de cuidados, nomeadamente na transição de cuidados do pré-hospitalar para o intra-hospitalar. A mnemónica ISBAR corresponde a Identificação (I), Situação atual (S), Antecedentes (B), Avaliação (A) e Recomendações (R) (DGS, 2017a).

Os detalhes do evento lesivo podem fornecer pistas para identificar 90% das lesões que a vítima de trauma apresenta (American College of Surgeons, 2018). É uma variável muito importante nas tomadas de decisão ao nível da triagem e da monitorização de pessoas de maior risco (Parreira et al., 2017).

O estudo de Parreira et al. (2017) demonstrou que a análise do mecanismo de trauma vai permitir deduzir as possíveis lesões geradas em trauma fechado, permitindo ao profissional de saúde inferir qual a probabilidade de determinadas lesões surgirem em determinada situação, mesmo nas situações em que num primeiro momento as lesões não evidenciem a gravidade da sua repercussão clínica.

O desenvolvimento de programas de treino em trauma, a capacitação pré-hospitalar, a criação de centros de trauma com equipas diferenciadas e protocolos estabelecidos para o atendimento de pessoas vítimas de trauma influenciou positivamente este quadro, refletindo os avanços e capacidade dos sistemas de trauma (American College of Surgeons, 2018).

Devido ao impacto deste fenómeno na saúde pública exige-se o *“empenho da sociedade na melhoria das condições de prevenção, tratamento e seguimento das consequências do trauma, neste caso, com especial ênfase na vertente da Saúde”* determinando uma organização multiprofissional e multidisciplinar de uma rede de urgência e emergência médica (Diário da República n.º 196/2017, Série II, p. 23038). Para tal é importante *“sistematizar as atitudes e os procedimentos conforme normas, protocolos e recomendações que respeitem o estado da arte”* (Diário da República n.º 196/2017, Série II, p. 23039).

1.2. VIA VERDE DE TRAUMA

Considerando as elevadas taxas de mortalidade e morbidade que o trauma acarreta, é exigido que os profissionais de saúde adotem os princípios de uma abordagem organizada à pessoa vítima de trauma, sublinhando a importância que os protocolos de gestão assumem na tomada de decisão e na abordagem sistematizada, com o propósito de melhorar estes resultados (Marsden & Tuma, 2021).

As VV em Portugal foram criadas com o intuito de melhorar a acessibilidade ao tratamento mais adequado e eficaz, tendo sido definidas como uma estratégia organizada na abordagem, encaminhamento e tratamento, ao longo do pré, intra e inter-hospitalares, para as situações clínicas mais frequentes e/ou graves, como é o caso do trauma, pela sua relevância na saúde das pessoas e pela relação inversamente proporcional entre o tempo decorrido entre o início dos sintomas/problemas e eficácia do tratamento, com claras implicações ao nível do prognóstico (Ministério da Saúde, 2020).

No seio da comunidade científica é atualmente reconhecida, à semelhança da estratégia adotada na abordagem do AVC, Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e Sepsis, o impacto da intervenção precoce e adequada na melhoria significativa do prognóstico das pessoas vítimas de trauma, traduzindo a necessidade imperativa de implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação, bem como a instituição, de medidas terapêuticas em tempo útil, apresentando uma relação diretamente proporcional com a redução das complicações e da mortalidade associada (DGS, 2010a).

Em linha com este pressuposto e pelo reconhecimento das recomendações e *guidelines* emitidas pela OMS, nomeadamente na implementação de sistemas de trauma e programas de melhoria da qualidade da abordagem e tratamento da pessoa vítima de trauma, e da OM através da sua publicação *Normas de Boa Prática em Trauma* em 2009, a DGS emitiu a circular normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010 - Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado - constituindo-se assim a VVT em Portugal, determinando a sua implementação em todas as unidades de saúde com SU a nível nacional. Nestas recomendações, é realçada a importância da patologia em questão, assim como o potencial impacto na diminuição das taxas de mortalidade e morbidade nas pessoas vítimas de trauma, através da implementação de medidas relativamente simples e custo-efetivas (DGS, 2010a). São estabelecidos cinco requisitos cumulativos, designadamente:

1. Critérios de ativação da Equipa de Trauma (Triagem);
2. Existência de equipa de trauma organizada, com coordenador definido;
3. Registos clínicos;
4. Avaliação primária (realizada em menos de 20 minutos);

5. Avaliação secundária (realizada em menos de 1 hora), (DGS, 2010a).

Em 2011, o Ministério da Saúde criou a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU), através do despacho n.º 13377/2011 de 6 de outubro, propondo pela primeira vez a criação de centros de trauma a nível nacional. Neste relatório, é feita referência à necessidade de implementar sistemas de resposta rápida, as denominadas VV, em consequência da inadequação dos sistemas de triagem de prioridades normalmente utilizados para estes processos e pela sua importância em termos de saúde pública, funcionando em modelo colaborativo entre o SU e as diferentes especialidades, onde no caso específico da VVT é a Cirurgia Geral. Expõem igualmente a insuficiente taxa de implementação das VV, evidenciando uma taxa de implementação da VVT de apenas 17% e a clara necessidade de reforço de todo este processo (CERRNEU, 2012).

Assim, no despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto do Ministério da Saúde, é determinada a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e reiterada que a implementação das VV deve ser continuada e intensificada (Diário da República n.º 153/2014, Série II). Salienta que as VV se iniciem no local do evento ou da apresentação dos sintomas, isto é, que os sistemas extra-hospitalar e hospitalar garantam a continuidade e a integração dos cuidados. Em relação à VVT faz referência que todos os níveis de SU da rede devem assumir responsabilidades na abordagem e tratamento de pessoas vítimas de trauma. Foram igualmente definidos os centros de trauma nesta rede de referência (CRRNEU, 2012; Diário da República n.º 153/2014, Série II).

Dão relevo à necessidade de formação específica das equipas de profissionais de saúde, definindo a formação e o currículo dos profissionais de atendimento na rede, o qual devem contemplar entre outros formação em suporte avançado de vida em trauma, em ventilação e controle hemodinâmico, em transporte de doentes críticos e em VV. Recomendam que a equipa de enfermagem integre EEEMCPSC (Diário da República n.º 153/2014, Série II).

A norma n.º 002/2018 da DGS preconiza que os hospitais e os SU devem ter implementado a norma n.º 07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010, destacando o papel da triagem neste processo (DGS, 2018a). Em Portugal, a triagem é maioritariamente realizada por enfermeiros. É um processo complexo, que exige conhecimentos e experiência e que demonstra a importância e relevância que o enfermeiro assume. Esta posição privilegiada permite a identificação precoce das situações urgentes, garantindo a atribuição da prioridade adequada, possibilitando a integração das VV, dos normativos e algoritmos clínicos, contribuindo desta forma para a melhoria da gestão dos recursos. Porém, o importante papel que o enfermeiro desempenha não se reduz apenas à triagem, mas ao longo de todo o processo inerente

à VVT desde a triagem, sala de emergência, sala de trauma, encaminhamento e transferência, sendo um fator essencial para a sua implementação e para a eficácia de todo o processo, promovendo sempre a excelência da qualidade dos cuidados prestados.

Assim sendo, seguindo as orientações emanadas pela OMS bem como as *Normas de Boas Práticas em Trauma* da OM e no cumprimento da circular normativa n.º 07/DQS/DQCO de 30/03/2010 da DGS, cabe à triagem de prioridades a identificação dos critérios de ativação da equipa de trauma ou por indicação médica, e conseqüente a ativação da mesma (DGS, 2010a). Esses critérios, também designados como critérios absolutos, estão definidos no protocolo de VVT emitido pela DGS (quadro 1).

Quadro 1 – Critérios de ativação da equipa de trauma

Sinais Vitais e Nível de Consciência:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Frequência Respiratória (FR) < 10 ou > 29 ciclos / minuto (cpm); ✓ SaO₂ (Saturação periférica de oxigénio) < 90% com O₂ suplementar; ✓ Pressão Arterial Sistólica (PAS) < 90 mmHg; ✓ Escala de Coma de Glasgow (GCS) < 14 ou queda > 2 pontos desde acidente.
Anatomia da Lesão:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ao cotovelo e ou joelho; ✓ Retalho costal; ✓ Fratura de 2 ou mais ossos longos; ✓ Fratura da bacia; ✓ Fratura do crânio com afundamento; ✓ Amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo; ✓ Associação trauma + queimaduras; ✓ Queimaduras Major / Graves: 2º Grau > 20% ou 3º Grau > 5%; ✓ Queimaduras com inalação; ✓ Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, circunferenciais mãos ou pés.

Fonte: DGS (2010a)

A combinação dos dados da avaliação inicial, associados ao mecanismo e tipo de lesão, irão determinar o nível de triagem, permitindo a realização de uma triagem mais adequada (Ordem dos Médicos, 2009). Neste sentido, o enfermeiro na triagem da pessoa vítima de trauma, deverá ter em conta também outros fatores que poderão ser preponderantes nessa decisão, como o mecanismo de lesão e as comorbilidades, designados como critérios relativos (quadro 2).

Quadro 2 – Critérios relativos de ativação da equipa de trauma

Energia e Mecanismo de Lesão:	Fatores de Comorbilidade:
Mortes no mesmo veículo; Projeção do veículo; Encarceramento > 30 minutos; Queda > 3 metros; Atropelamento; Acidente entre veículo de 2 rodas e outro; Acidente de veículo de 2 rodas > 30 Km/h; Acidente > 50 Km/h; Deformidade/intrusão no veículo; Capotamento.	Ambiente térmico hostil; Idade > 60 anos; Doença médica limitante: respiratória, cardíaca, hepática, hematológica, imunossupressora, obesidade; Gravidez; Terapêutica de risco: Beta-Bloqueantes, digitálicos, anticoagulantes.

Fonte: Ordem dos Médicos (2009)

Além das normas de atuação clínica, a norma n.º 07/DQS/DQCO da DGS ainda inclui a recomendação para a implementação de um programa de melhoria da qualidade da abordagem à pessoa vítima de trauma. Este apresenta diferentes níveis de complexidade, devendo ser implementado gradualmente: (i) reuniões de discussão de mortalidade e morbilidade; (ii) criação de um painel de revisão das mortes evitáveis; (iii) monitorização de filtros de auditoria, complicações e efeitos adversos e (iv) encerramento do ciclo demonstrando a implementação de medidas corretivas e da sua eficácia (DGS, 2010a).

Num sistema de trauma, o registo dos dados clínicos são uma ferramenta fundamental. Possibilitam o desenvolvimento, a produção e a monitorização de indicadores de qualidade no cuidado à pessoa vítima de trauma. A sua análise permite delinear um conjunto de estratégias com vista à melhoria contínua e, consequentemente, melhoria da qualidade dos cuidados prestados (DGS, 2010a).

Na revisão sistemática e meta-análise desenvolvida por Alharbi et al. (2021), onde o objetivo era destacar a eficácia dos sistemas de atendimento ao trauma, mostram a diminuição da mortalidade das vítimas que eram admitidas num centro de trauma ou sistema de trauma em comparação com um sistema sem trauma. A implementação de sistemas de trauma está associada a uma redução dos tempos no pré-hospitalar e no internamento, melhorando a qualidade de vida relacionada à saúde no pós-alta e uma diminuição do custo médio de atendimento, destacando assim a importância do desenvolvimento de um sistema de trauma.

Neste contexto, realça-se o estudo, desenvolvido por Almeida et al. (2020) em Portugal, de abordagem qualitativa, exploratória, com recurso ao método *focus group* e com o objetivo de explorar a perspetiva

dos enfermeiros relativamente à VVT. Neste estudo, os enfermeiros reconhecem a mais-valia que a VVT assume, referem vantagens tanto para as pessoas através da identificação precoce das vítimas críticas e agilização de todo o processo, como para os profissionais, permitindo o seu exercício mais seguro, confiante e organizado. Contudo, reconhecem que as equipas devem possuir formação adequada e identificam algumas dificuldades como o desconhecimento dos profissionais relativos à VVT, motivação das equipas e conflitos inter-equipas e os custos associados. Todavia consideram que estas limitações não são absolutas na implementação da VVT.

Portanto, a abordagem ao trauma requer uma *“organização multiprofissional e multidisciplinar ao longo da cadeia de socorro inicial e tratamento posterior, nas fases pré-hospitalar, intra-hospitalar e inter-hospitalar”*, salientando a necessidade de um conjunto de procedimentos desde a sua identificação precoce, abordagem e tratamento sistemático e adequado e o correto encaminhamento para as unidades de saúde com as melhores condições de instituir tratamento definitivo mais adequado face às necessidades de cada pessoa (Diário da República n.º 196/2017, Série II, p. 23029).

1.3. ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA

A PSC é *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (Diário da República n.º 135/2018, Série II, p. 19362).

O EEMCPSC desempenha um papel fundamental no cuidado à PSC vítima de trauma. Cuidar da PSC vítima de trauma é um desafio, pois a sua singularidade e complexidade exige cuidados de enfermagem diferenciados, qualificados e complexos, assegurando e preservando a privacidade e dignidade da pessoa, carecendo estes de conhecimentos, formação, treino e preparação nesta área.

A pessoa vítima de trauma passa por uma série de processos fisiopatológicos que exigem conhecimentos e habilidades extraordinárias por parte dos profissionais de saúde. A assistência eficaz impõe cuidados de saúde complexos e abrangentes, sendo o enfermeiro um elemento essencial, prestando cuidados de enfermagem articulados, integrados, sistematizados e humanizados. Intervém ativamente desde a prevenção, emergência pré-hospitalar e hospitalar até à reabilitação, onde a formação contínua e o desenvolvimento são fundamentais face à exigência que a pessoa vítima de trauma acarreta. Deve atuar de forma rápida, articulada e eficaz na execução da avaliação primária e secundária, com o intuito de reduzir a taxa de mortalidade e a gravidade das lesões (Santos et al., 2018; Lovrenčić & Rotim, 2019).

Na abordagem à pessoa vítima de trauma o tempo é crucial, o que determina a necessidade imperativa de uma abordagem sistemática, rápida, precisa, coordenada e adequada com a finalidade de identificar as lesões potencialmente fatais e implementar os cuidados necessários e adequados. Neste sentido, foi criada a mnemónica ABCDE pelo *American College of Surgeons* em 1978, com o propósito de sistematizar e padronizar a abordagem inicial e de definir as prioridades no cuidado à pessoa vítima de trauma (Rodrigues et al., 2017; American College of Surgeons, 2018). Esta é a metodologia universalmente aceite e recomendada no nosso país (DGS, 2010a).

O planeamento antecipado é essencial. A transferência do cuidado pré-hospitalar para o hospitalar deve ser um processo tranquilo, dirigido pelo líder da equipa de trauma, de forma a garantir que toda a informação importante esteja disponível a toda a equipa. A nível hospitalar devemos ter uma sala de reanimação disponível e devidamente preparada, com os dispositivos de monitorização apropriados e equipamentos funcionando adequadamente, devidamente organizados, testados e estrategicamente posicionados para serem facilmente acessíveis, assim como soluções cristalóides endovenosas aquecidas (American College of Surgeons, 2018).

A avaliação e o estabelecimento de prioridades devem ser um processo sistemático, rápido, metódico e eficiente, definidos com base nas lesões, sinais vitais e mecanismos de lesão, consistindo numa avaliação primária rápida com ressuscitação simultânea das funções vitais, uma avaliação secundária mais detalhada e o início do tratamento definitivo (American College of Surgeons, 2018).

A avaliação primária, obedecendo à sequência ABCDE, tem como principal objetivo identificar a PSC através de uma avaliação precisa e sistematizada, que vai assegurar que as situações potencialmente fatais sejam identificadas e abordadas de acordo com a sua prioridade umas em relação às outras (INEM, 2013; American College of Surgeons, 2018; WHO and the International Committee of the Red Cross, 2018). Seguidamente a avaliação secundária consiste num exame rigoroso de cada segmento corporal que possibilitará identificar e corrigir o maior número possível de lesões.

Avaliação Primária

A abordagem inicial e a reanimação da pessoa vítima de trauma devem ser iniciadas logo após a ocorrência da lesão, isto é, deve ser realizada em qualquer nível de cuidados desde o pré-hospitalar ao hospitalar, pois a sua sobrevivência depende do restabelecimento da oxigenação tecidual, o que pressupõe limites temporais muito curtos (Ordem dos Médicos, 2009).

A avaliação primária ABCDE consiste em cinco etapas de avaliação. Pressupõe um conjunto de ações bem coordenadas, de acordo com a sua ordem de prioridade tendo em conta o seu potencial de gravidade, onde cada elemento da equipa, apresenta objetivos claros e responsabilidades bem definidas. Fornece uma estrutura para uma avaliação sistemática e organizada, que permite identificar e intervir rapidamente nas condições que colocam em risco a vida da pessoa, conforme enunciado no quadro 3 (DGS, 2010a; Rodrigues et al., 2017; American College of Surgeons, 2018; WHO and the International Committee of the Red Cross, 2018).

Quadro 3 – Avaliação ABCDE

A (Airway)	Permeabilização da Via Aérea com controlo da coluna Cervical
B (Breathing)	Ventilação e Oxigenação
C (Circulation)	Circulação com controlo da Hemorragia
D (Disability)	Disfunção Neurológica
E (Expose/Environment)	Exposição com controlo de Temperatura

Fonte: Adaptado de American College of Surgeons (2018)

O trauma exige assim, uma abordagem por prioridades, avaliando em cada etapa a existência de lesões que podem comprometer o transporte ou o fornecimento de oxigénio às células, isto é, utilizando a metodologia “problema encontrado = problema resolvido” (DGS, 2010a; American College of Surgeons, 2018; WHO and the International Committee of the Red Cross, 2018).

A - Permeabilização da via aérea com controlo da coluna Cervical

Esta etapa consiste na rápida observação e correção dos sinais de compromisso da via aérea (VA) (Ordem dos Médicos, 2009; WHO and the International Committee of the Red Cross, 2018).

A obstrução da via aérea (OVA) é uma emergência que carece de imediata correção.

A avaliação da VA na pessoa vítima de trauma deve ser precedida pela estabilização da coluna cervical em posição neutra (estabilização manual ou por dispositivos apropriados à sua correta imobilização), garantindo o alinhamento da cabeça, pescoço e tronco. O colar cervical só deve ser aplicado após inspeção e palpação do pescoço (INEM, 2012a; American College of Surgeons, 2018).

Sempre que se verificar a necessidade de trocar/abrir/retirar o colar cervical, é fundamental a estabilização manual da coluna cervical, assegurando a coluna cervical em posição neutra (American College of Surgeons, 2018).

A pessoa que comunica verbalmente sem dificuldade, sem ruídos respiratórios, provavelmente a VA não estará em risco imediato, contudo, é prudente a avaliação repetida da sua permeabilidade (American College of Surgeons, 2018).

Na avaliação da permeabilidade da VA devemos pesquisar sinais de compromisso, nomeadamente:

- ✓ Inspeccionar cavidade oral e remover corpos estranhos, sangue, vômito, secreções, dentes partidos, próteses dentárias soltas;
- ✓ Identificar edema da língua, úvula ou outras estruturas;
- ✓ Identificar traumatismo faciais, mandibulares e/ou traqueais/laríngeas e outras lesões que possam resultar em OVA como queimaduras da face e do pescoço;
- ✓ A obstrução total da VA pode traduzir-se pela ausência de ruídos respiratórios, respiração paradoxal e uso de musculatura acessória da ventilação;
- ✓ Na OVA parcial devemos identificar ruídos respiratórios como gorgolejo, ressonar ou estridor;
- ✓ A presença de cianose central é um sinal tardio de OVA (INEM, 2012a; American College of Surgeons, 2018; WHO and the International Committee of the Red Cross, 2018).

De acordo com a apresentação clínica de cada pessoa vítima de trauma, para garantir a permeabilização da VA devem ser implementadas as seguintes medidas:

- ✓ Aspirar sempre que necessário;
- ✓ Desobstruir a VA com manobras manuais (subluxação da mandíbula em caso de trauma);
- ✓ Utilizar adjuvantes básicos da VA como tubo nasofaríngeo ou orofaríngeo;
- ✓ A utilização da via nasal está contraindicada na suspeita de Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) (a presença de fratura da base do crânio pode gerar falsos trajetos através da lâmina cribiforme do etmóide). Avaliar a presença de sinais e sintomas sugestivos de fratura da base do crânio;
- ✓ Estabelecer uma VA definitiva se houver alguma dúvida sobre a capacidade da pessoa de manter a integridade da VA, através da colocação de dispositivo supra-glótico ou tubo endotraqueal, em situações como a apneia; pessoa vítima de trauma com GCS \leq 8; lesão da VA; risco aumentado de aspiração; traumatismo instável da face; convulsões mantidas; incapacidade de manter VA permeável ou a oxigenação adequada; falência respiratória; queimaduras de 2º ou 3º grau da face, do pescoço ou de inalação, entre outras;
- ✓ Estabelecer VA cirúrgica se a intubação for contra-indicada ou não for conseguida (INEM, 2012a; American College of Surgeons, 2018).

A VA definitiva é entendida como a colocação de um tubo na traqueia com o *cuff* insuflado, abaixo das cordas vocais, estando o tubo conectado à ventilação assistida enriquecida com oxigénio e devidamente fixo com um método de estabilização apropriado. Existem três tipos de vias aéreas definitivas, designadamente tubo orotraqueal, tubo nasotraqueal e via aérea cirúrgica (cricotireoidotomia e traqueostomia). Pessoas com alteração do nível de consciência apresentam risco elevado de comprometimento das vias aéreas e que requerem em muitas situações uma VA definitiva. Nas pessoas vítimas de queimaduras faciais e aquelas com potenciais lesões por inalação apresentam risco elevado de compromisso respiratório, sendo por esta razão importante considerar a entubação preventiva (American College of Surgeons, 2018).

Após garantir a permeabilidade da VA revela-se igualmente importante reconhecer a potencial perda progressiva da VA, onde a sua reavaliação frequente é vital para a sua identificação e tratamento precoce (American College of Surgeons, 2018).

Na avaliação do pescoço devemos proceder à inspeção e palpação, pesquisando tumefações ou feridas, vasos sangrantes, crepitação relacionada com a presença de enfisema subcutâneo e/ou fratura da laringe, desvio da traqueia e ingurgitamento jugular (INEM, 2012a).

Após garantir a permeabilidade da VA passamos para a avaliação do B – ventilação e oxigenação.

B – Ventilação e Oxigenação

A VA permeável por si só não garante a ventilação, sendo indispensável garantir e maximizar as trocas gasosas. Para assegurar a ventilação é necessário manter a função adequada dos pulmões, parede torácica e diafragma, pelo que devemos avaliar cada componente (American College of Surgeons, 2018).

Perante uma pessoa vítima de trauma é importante a realização da auscultação pulmonar e a monitorização da oximetria de pulso com o propósito de assegurar a manutenção de uma SaO₂ saturação igual ou superior a 95%, assegurando assim a oxigenação arterial periférica adequada (PaO₂ > 70 mmHg,) (INEM, 2012a; American College of Surgeons, 2018).

Porém, na pessoa em estado crítico nem sempre conseguimos alcançar estes valores de referência, sendo nestas situações valores de oximetria entre 90 e os 92% aceitáveis. Nas grávidas devemos garantir SaO₂ igual ou superior a 97% e na pessoa portadora de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica obter valores de oximetria entre 88% e os 92%, o que equivale a PaO₂ superior a 60mmHg, com a intuito de

impedir a hipóxia grave sem deprimir o centro respiratório. Proceder à administração de oxigénio com o objetivo de assegurar a manutenção destes valores de referência (INEM, 2012a).

Perante a pessoa com sinais evidentes de dificuldade respiratória, devemos proceder à administração de oxigénio, recorrendo preferencialmente à máscara alto débito com reservatório, com um débito de pelo menos 10 L/min (American College of Surgeons, 2018).

Na pessoa ventilada é importante a monitoração dos níveis de dióxido de carbono expirado através da capnografia. Esta técnica fornece importantes informações sobre a ventilação, circulação e metabolismo da pessoa (American College of Surgeons, 2018).

Proceder à exposição do tórax e do abdómen, pesquisando a existência de lesões e de sinais de dificuldade respiratória como sudorese, cianose, presença de respiração abdominal, utilização de musculatura acessória. Avaliar igualmente a presença de ruídos respiratórios como gorgolejo, estridor e pieira (INEM, 2012a; WHO and the International Committee of the Red Cross, 2018).

É igualmente importante avaliar a FR, a amplitude, simetria e padrão da excursão respiratória. A presença de taquipneia ($FR > 35$ cpm) é um sinal de gravidade evidente porque o estado da pessoa pode rapidamente deteriorar-se e conduzir à exaustão. Proceder à ventilação assistida na presença de FR inferior a 8 cpm ou FR superior a 35 cpm, realizando 1 insuflação em cada 6 segundos no adulto o que corresponde a 10 ventilações por minuto (INEM, 2012a; WHO and the International Committee of the Red Cross, 2018).

A palpação torácica permite detetar lesões que podem estar a comprometer a ventilação, como a presença de zonas dolorosas, de instabilidade da parede torácica e de crepitações (enfisema subcutâneo) que podem sugerir a presença de pneumotórax / enfisema mediastínico (INEM, 2012a; American College of Surgeons, 2018).

A percussão do tórax possibilita a identificação de anormalidades, como nas situações em que se verifica alterações na auscultação com a diminuição ou ausência do murmúrio vesicular ou na suspeita de pneumotórax hipertensivo. A presença de hiperressonância sugere a presença de pneumotórax enquanto que a presença de macicez exige o diagnóstico diferencial com derrame pleural ou hemotórax / consolidação pulmonar (pneumonia) (INEM, 2012a; American College of Surgeons, 2018; WHO and the International Committee of the Red Cross, 2018).

Esta avaliação completa e sistematizada é essencial para a identificação precoce das lesões que comprometem a ventilação, colocando risco de vida imediato para a pessoa vítima de trauma e que

requerem intervenção imediata, como pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto, tamponamento cardíaco, hemotórax maciço, retalho costal móvel (definido como três (ou mais) costelas fraturadas em dois (ou mais) lugares) e obstrução da VA (INEM, 2012a; American College of Surgeons, 2018).

Após garantir uma ventilação e oxigenação adequada passamos para a avaliação do C – circulação com controlo da hemorragia.

C - Circulação com controlo da Hemorragia

No trauma uma grande variedade de lesões pode levar ao comprometimento circulatório, pelo que devemos considerar três aspetos importantes, o volume sanguíneo, o débito cardíaco e a presença de hemorragia (American College of Surgeons, 2018).

A hemorragia é a principal causa de morte evitável após trauma e também a causa mais comum de choque, evidenciando a extrema importância da avaliação rápida e precisa do estado hemodinâmico (Spahn et al., 2019; Kleinveld et al., 2022). Um dos objetivos mais importantes na abordagem é a identificação do foco hemorrágico (tanto hemorragias externas como internas/ocultas) onde é crucial o rápido controlo da hemorragia, implementação imediata de medidas corretivas e antecipação de eventuais complicações (INEM, 2012a; American College of Surgeons, 2018).

As principais áreas de hemorragia interna são o tórax, abdómen, retroperitонеu, bacia e ossos longos. O foco hemorrágico é identificado através do exame físico e de meios complementares de diagnóstico rápidos como radiografia, ultrassonografia para trauma FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) e eFast (extended Focused Assessment with Sonography for Trauma) ou lavagem peritoneal diagnóstica (American College of Surgeons, 2018).

Proceder à palpação abdominal e dos ossos longos e à identificação dos quadrantes aparentemente lesados, com dor, abrasões, hematomas, feridas ou evisceração. A palpação da bacia deve ser realizada uma única vez, suavemente, procurando sinais de instabilidade, crepitação ou dor, a presença de qualquer um destes indica lesão da bacia. Na presença de lesão da bacia proceder à sua imobilização com o intuito de minimizar a hemorragia que pode ser maciça (INEM, 2013; WHO and the International Committee of the Red Cross, 2018).

Na avaliação hemodinâmica rápida, devemos avaliar as características da pele quanto à coloração, temperatura e humidade; palpar e caracterizar o pulso central e/ou periférico quanto à amplitude, preenchimento, ritmo e frequência; avaliar o tempo de preenchimento capilar; avaliar o débito urinário e

monitorizar tensão arterial, frequência cardíaca e ritmo cardíaco (INEM, 2012a; American College of Surgeons, 2018).

A presença de hipotensão e uma vez excluído o pneumotórax hipertensivo como causa do choque, considerar, até prova em contrário, que a sua origem é devido à presença de hemorragia (INEM, 2012a; American College of Surgeons, 2018).

É fundamental identificar as lesões que carecem de intervenção cirúrgica imediata, no sentido de agilizar todo o processo, aumentando a probabilidade de sobrevivência da pessoa. Lesões como hemorragia torácica maciça, hemorragia intraperitoneal/retroperitoneal, disjunção da bacia com hemorragia não controlada e lesões vasculares graves podem exigir cirurgia imediata (INEM, 2012a).

O controle definitivo da hemorragia é essencial, juntamente com a reposição adequada do volume intravascular. Estabelecer acesso vascular, preferencialmente dois cateteres venosos periféricos de grande calibre para administração de fluidos, medicação e hemoderivados, realizar colheita de amostras de sangue para estudo analítico, o qual deverá incluir um teste de gravidez para todas as mulheres em idade fértil, tipo sanguíneo e compatibilidade cruzada, bem como realizar gasimetria (American College of Surgeons, 2018).

Perante uma hemorragia externa devemos aplicar pressão manual direta sobre a ferida, exceto sobre fratura ou objeto empalado. Estabilizar e imobilizar fraturas pélvicas, do fémur e do úmero. Contudo, perante hemorragia exsanguinante e maciça a aplicação do torniquete é a medida mais eficaz, como nas situações de amputação traumática e posterior tratamento cirúrgico definitivo. Porém, esta apresenta risco de lesão isquémica dessa extremidade, pelo que a sua utilização deve ser restringida apenas quando a pressão manual não é eficaz e quando a vida da pessoa está em risco (American College of Surgeons, 2018).

A fluidoterapia deverá ser criteriosamente administrada, a ressuscitação vascular agressiva antes do controlo hemorrágico demonstrou estar associado a um aumento da mortalidade e morbidade. O elevado risco de coagulopatia associado ao trauma grave, pode ainda ser potenciado pelas medidas de ressuscitação instituídas. Está preconizada a administração de fluidoterapia com cristalóides aquecidos a uma temperatura entre os 37°C e 40°C. A dose habitual é de 1 litro para adultos e 20 ml/kg para a população pediátrica com peso inferior a 40 kg. Os volumes absolutos de fluidoterapia administrada na ressuscitação deverão ser baseados na resposta da pessoa vítima de trauma à administração de fluido,

tendo em mente que essa quantidade inicial de fluido inclui qualquer fluido administrado em ambiente pré-hospitalar (American College of Surgeons, 2018).

Nas situações de trauma grave associado ao elevado risco de coagulopatia, está recomendada a administração de ácido tranexâmico o mais rápido possível e no intervalo de 3 horas após a lesão, com dose de carga de 1 g em perfusão durante 10 minutos, seguida da perfusão de 1 g em 8 horas (American College of Surgeons, 2018; Spahn et al., 2019).

Após garantir a circulação adequada passamos para a avaliação do D – disfunção neurológica.

D - Disfunção Neurológica

A disfunção neurológica é avaliada através da avaliação da GCS (quadro 4), da reação pupilar, da lateralização da resposta motora, do nível da lesão vertebro medular e da glicemia capilar (American College of Surgeons, 2018).

Quadro 4 – Escala de Coma de Glasgow

Abertura dos olhos		Melhor resposta verbal		Melhor resposta motora	
Espontânea	4	Orientada	5	Obedece a ordens	6
À voz	3	Confusa	4	Localiza a dor	5
À dor	2	Inapropriada	3	Flexão normal à dor	4
Sem resposta	1	Incompreensível	2	Flexão anormal à dor	3
Não testável	NT	Sem resposta	1	Extensão anormal à dor	2
		Não testável	NT	Sem resposta	1
				Não testável	NT

Fonte: Adaptado de American College of Surgeons (2018) e Glasgow Coma Scale (2022)

A diminuição no nível de consciência, com diminuição da pontuação na GCS, pode indicar a diminuição da oxigenação e/ou perfusão cerebral, ou da presença de lesão cerebral direta. Esta diminuição implica a necessidade de reavaliação imediata da oxigenação, ventilação e estado de perfusão. Presumir sempre que as alterações no nível de consciência são resultado de lesão do sistema nervoso central, até prova em contrário (American College of Surgeons, 2018).

Na suspeita de TCE pesquisar deformidades no crânio, feridas e presença de sangue ou líquido cefalorraquidiano pelos ouvidos e /ou nariz. Na suspeita de TCE, a lesão cerebral primária resulta do efeito estrutural da lesão cerebral. Todavia, o objetivo primário visa prevenir e limitar a lesão cerebral secundária, sendo fundamental garantir níveis de oxigenação e de pressão arterial adequados,

prevenindo situações de hipóxia, hipoventilação, hipotensão e convulsões (American College of Surgeons, 2018).

E – Exposição e Controlo de Temperatura

Nesta etapa devemos proceder à exposição da pessoa, avaliando as lesões que apresenta, garantido sempre dentro do possível a privacidade e dignidade da pessoa. É essencial a prevenção de situações de hipotermia pois representa uma complicação potencialmente fatal. Assim após a realização do exame da pessoa vítima de trauma, proteger a pessoa com cobertores quentes ou com o dispositivo de aquecimento externo e administrar fluidos previamente aquecidos (American College of Surgeons, 2018; WHO and the International Committee of the Red Cross, 2018).

Avaliação Secundária

A avaliação secundária consiste na avaliação detalhada da pessoa vítima de trauma, realizada por segmentos corporais, da cabeça aos pés, ou seja, abrange desde a história clínica e exame físico completo, à monitorização contínua com a reavaliação de todos os sinais vitais, visando a identificação de todas as lesões existentes. Permite ao profissional de saúde uma forma organizada de avaliar todo o corpo em busca de sinais de trauma que podem não ter sido óbvios na avaliação primária. Ao longo desta avaliação deverão ser realizados exames complementares de diagnóstico, como radiografia, TAC, eletrocardiograma, ecografias entre outros (American College of Surgeons, 2018; WHO and the International Committee of the Red Cross, 2018).

Se um elemento da equipa estiver disponível, parte da avaliação secundária pode ser realizada em simultâneo com a avaliação primária, desde que não interfira no desempenho da avaliação primária, que é prioritária (American College of Surgeons, 2018).

A recolha de informações subjacentes à ocorrência e ao historial clínico da pessoa são outros dos aspetos importantes a ter em consideração na avaliação secundária. No sentido de facilitar a recolha e a sistematização da informação acerca da história clínica da pessoa, foi criada a mnemónica CHAMU pelo INEM, expressa no quadro 5.

Quadro 5 – CHAMU

C	Circunstâncias do acidente
H	História anterior de doenças e/ou Gravidez
A	Alergias
M	Medicação habitual
U	Última refeição

Fonte: Adaptado de INEM (2012a)

Por sua vez o American College of Surgeons (2018) pressupõe a mnemónica AMPLE (Alergias, Medicação habitual, Histórico médico/Gravidez, Última ingestão oral e Eventos/Ambiente relacionado com a lesão) e a WHO and the International Committee of the Red Cross (2018) a SAMPLE (Sinais e Sintomas, Alergias, Medicamentos, Histórico médico anterior, Última ingestão oral e Eventos). Independentemente da mnemónica utilizada na recolha e sistematização da informação, as mesmas traduzem os mesmos aspetos, sublinhando a importância da sua colheita para uma abordagem e prestação de cuidados adequados a cada pessoa.

A monitorização da dor, quinto sinal vital, carece de especial atenção pois a sua presença poderá agravar significativamente o estado clínico da pessoa. O alívio da dor intensa, promovendo a analgesia adequada e eficaz, é uma parte importante da abordagem à pessoa vítima de trauma (DGS, 2010a; American College of Surgeons, 2018).

A avaliação secundária é realizada no sentido céfalo-caudal, seguindo a sequência da cabeça e pescoço, tórax, abdómen, bacia e períneo, extremidades, dorso e superfícies posteriores, tendo sempre em atenção o controlo da temperatura corporal da pessoa (INEM, 2012a; American College of Surgeons, 2018).

1. Cabeça e pescoço

A cabeça e couro cabeludo devem ser examinados quanto a lacerações, contusões ou evidências de fraturas. O exame ocular também deverá ser realizado, como a acuidade visual, mobilidade e lesões, entre outros. As estruturas maxilofaciais que também elas devem ser avaliadas, o que incluiu a palpação de todas as estruturas ósseas, avaliação da oclusão, exame e avaliação dos tecidos moles.

Pessoas com traumatismos maxilofaciais ou cranioencefálicos deve ser presumida a presença de lesão na coluna cervical pelo que deve ser imobilizada. Devemos estar despidos de que a ausência de défice

neuroológico não exclui lesão da coluna cervical, devendo tal lesão ser presumida até que a avaliação da coluna cervical seja concluída (American College of Surgeons, 2018).

O exame do pescoço inclui inspeção, palpação e auscultação, avaliando a sensibilidade da coluna cervical, enfisema subcutâneo, desvio traqueal, fratura da laringe e as artérias. Um sinal comum de potencial lesão é uma marca de cinto de segurança (American College of Surgeons, 2018).

2. Tórax

A avaliação torácica completa inclui a inspeção, tanto anterior quanto posterior, palpação de toda a caixa torácica, incluindo as clavículas, costelas, e esterno, auscultação do murmúrio vesicular, percussão e a realização de meios completos de diagnóstico como a radiografia do tórax e eFAST, que irá possibilitar a identificação de condições como pneumotórax aberto, hemotórax, retalho costal móvel, contusões e hematomas da parede torácica, alertando o profissional também para a possibilidade de lesões ocultas (American College of Surgeons, 2018).

3. Abdômen

As lesões a nível abdominal devem ser rapidamente identificadas e tratadas, onde é determinante a identificação precoce da necessidade de intervenção cirúrgica do que a identificação da lesão específica. É necessário ter em consideração que o exame inicial normal não exclui a possibilidade de lesões intra-abdominais e que possíveis fraturas dos ossos pélvicos e/ou dos últimos arcos costais podem estar na origem de lesões abdominais. A observação, vigilância e a reavaliação frequente do abdômen é fundamental, especialmente nas situações de trauma abdominal fechado, pois, com o tempo, os achados abdominais podem-se alterar (American College of Surgeons, 2018).

4. Bacia e períneo

Na presença de equimoses sobre as cristas ilíacas, púbis, grandes lábios ou escroto e com dor à palpação do anel pélvico deve-se suspeitar de fraturas pélvicas. Além disso, a avaliação dos pulsos periféricos também permite identificar lesões vasculares. O períneo deve ser examinado com o objetivo de identificar contusões, hematomas, lacerações e sangramento uretral (American College of Surgeons, 2018).

5. Extremidades

Os membros devem ser inspecionados com o intuito de identificar a presença de contusões e deformidades. Neste seguimento, a palpação dos ossos, o exame de sensibilidade ou movimentos anormais, ajudam na identificação de fraturas ocultas.

Lesões significativas nas extremidades podem existir sem fraturas, sendo evidentes no exame físico ou através da radiografia. Alterações na sensibilidade e/ou a perda de força na contração muscular voluntária pode ser causada por lesão nervosa ou isquemia, inclusive por síndrome compartimental (American College of Surgeons, 2018).

6. Dorso e superfícies posteriores

A região dorsal deverá ser avaliada no sentido de identificar possíveis lesões (American College of Surgeons, 2018).

O registo de dados é um elemento fundamental num sistema de trauma. Além de auxiliar no estabelecimento de um plano de cuidados à pessoa vítima de trauma, permite também analisar diversos indicadores, como a incidência, a prevalência geográfica, mecanismo de lesão e localização e circunstâncias relacionadas, as causas e a severidade da lesão, a identificação do acesso de cuidados, diagnósticos, procedimentos realizados, a eficácia do tratamento e desvios das normas, os resultados e custos associados e utilização de recursos. Por sua vez, a análise destes dados irá permitir o desenvolvimento de um conjunto de estratégias com o objetivo de melhorar o sistema de trauma de forma contínua e, portanto, a qualidade dos cuidados de saúde (WHO et al., 2009; DGS, 2010a).

A manutenção meticulosa de registos é crucial durante a avaliação e gestão da pessoa vítima de trauma (American College of Surgeons, 2018). Registos precisos, adequados e completos são elementos vitais na promoção da qualidade dos cuidados pois os processos de tomada de decisão e coordenação entre os profissionais de saúde têm por base essa documentação. Além disso, são uma importante fonte de dados com impacto em três níveis: na organização e gestão, na clínica e na medicina legal (Montagna et al., 2020).

Nesta linha de pensamento, os registos de enfermagem são fundamentais para a promoção da qualidade dos cuidados de saúde. Estes traduzem o conjunto de informação acerca do que o enfermeiro produz na sua prática clínica, com o objetivo de assegurar a continuidade dos cuidados, onde o enfermeiro

assume o dever de registrar com rigor todas as observações e as intervenções realizadas (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Em suma, a pessoa vítima de trauma pela sua complexidade, deve ser constantemente reavaliada no sentido de garantir que novas descobertas não sejam negligenciadas e para detetar precocemente qualquer deterioração no seu estado clínico. À medida que as lesões iniciais com risco de vida forem corrigidas, surgem outros problemas, igualmente importantes e que colocam em risco a vida da pessoa, assim como lesões menos graves podem-se manifestar, o que pode afetar significativamente o prognóstico final da pessoa. Perante uma PSC vítima de trauma devemos reavaliar a cada 5 minutos, ou a cada 15 minutos, perante uma situação não crítica (INEM, 2012a; American College of Surgeons, 2018).

Em 2016, devido à dura realidade da problemática do trauma a nível global, a OMS desenvolveu e introduziu uma lista de verificação de cuidados no Trauma designada de *Trauma Care Checklist*. Esta é uma ferramenta simples projetada para uso em unidades de emergência, que descreve as etapas que devem ser realizadas imediatamente após a avaliação primária e secundária, antes da equipa deixar a pessoa. Consiste na verificação das ações, em dois pontos críticos, com o objetivo de garantir que nenhuma condição de risco de vida seja perdida e que sejam implementadas as intervenções que salvam vidas (WHO, 2016).

2. METODOLOGIA DE PROJETO

A investigação científica é um processo sistemático e rigoroso de aquisição de conhecimento com o intuito de dar resposta a questões que requerem uma investigação. Consiste assim, na descrição, na explicação, na predição e controlo dos factos, acontecimentos ou fenómenos, adquirindo, desta forma, novos conhecimentos (Fortin, 2009).

A metodologia de projeto é uma metodologia de investigação, baseada e sustentada na prática e na investigação, pressupondo intervenção. Interliga a teoria e a prática, tendo como objetivo a resolução de problemas, abrangendo um conjunto de etapas específicas. Assenta numa *“investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes com vista à sua resolução”*, onde por meio da *“pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência”* (Ruivo et al., 2010, p. 2).

A metodologia de projeto é constituída por seis etapas, nomeadamente: diagnóstico de situação, definição dos objetivos, planificação do projeto, execução, avaliação e divulgação dos resultados obtidos com elaboração do relatório final (Ruivo et al., 2010).

Neste seguimento, tendo como linha orientadora a metodologia de projeto, optou-se pelo desenvolvimento de um PIS, baseado num problema identificado na prática e estruturado segundo as etapas da metodologia de projeto. Desta forma, os pontos seguintes são dedicados à descrição detalhada do que foi realizado nas diversas etapas do PIS.

2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação representa a primeira etapa na metodologia de projeto. Consiste na elaboração de um modelo descritivo da realidade acerca da qual pretendemos atuar e modificar, clarificando a problemática identificada, as suas repercussões, relações de causalidade e a pertinência da necessidade de intervenção, ou seja, numa primeira instância procura-se compreender quais são as necessidades ou potencialidades da realidade em questão (Ruivo et al., 2010).

A escolha do tema surge da identificação de uma situação problemática que servisse de base à realização do PIS, surgindo a necessidade de identificar uma área que fosse pertinente para o serviço. No sentido de identificar e validar a nossa problemática, como instrumento de diagnóstico recorreremos a vários métodos de recolha de dados.

A entrevista é um meio bastante utilizado de recolha de informação, opiniões ou necessidades (Ruivo et al., 2010). Numa primeira etapa, realizamos uma entrevista informal à Enf.^a Orientadora e à Enf.^a Coorientadora. A Enf.^a Coorientadora, no presente ano, é a enfermeira responsável pela formação em serviço. Nessa reunião, ela referiu que no levantamento das necessidades formativas previamente realizada no início do ano, através da aplicação de um inquérito, junto da equipa de enfermagem para definir o plano de formação para ano corrente, o tema do trauma e da VVT surgiu mencionado, pela maioria, como a principal necessidade formativa sentida.

Seguidamente, abordamos o assunto de forma informal com quatro enfermeiros do serviço com a finalidade de tentar perceber dentro da temática do trauma quais seriam os conteúdos que gostariam que fossem abordados, com vista a dar resposta a esta necessidade da forma mais adequada e personalizada possível à equipa. Os quatro referiram a VVT, uma vez que se encontra em implementação, referindo muitas dúvidas sobretudo ao nível da triagem, recorrendo em muitas situações ao contacto telefónico com o coordenador responsável da equipa de trauma para ativação da mesma. Dos quatro colegas, três também referiram a necessidade de uniformização da abordagem da vítima de trauma, onde esta era, à data, muito baseada na experiência de cada um.

Posteriormente, realizamos uma pesquisa preliminar com o objetivo de realçar a importância desta temática. Assim, de acordo com a norma n.º 002/2018 da DGS, os hospitais e os SU devem implementar as normas clínicas sobre a VVT, sublinhando o importante papel da triagem, onde além de permitir a identificação precoce das situações urgentes, permite também a integração das VV, normativos e algoritmos clínicos. Mencionam também que os SU devem assegurar a formação em serviço, de médicos e enfermeiros (DGS, 2018a).

A evidência científica demonstra a importância de uma abordagem sistematizada e de uma intervenção rápida, precoce e adequada, revelando a necessidade categórica de implementação de mecanismos organizacionais e da circular normativa n.º 07/DQS/DQCO da DGS. O relatório da CERRNEU expôs os dados concretos desta realidade, revelando uma taxa de implementação da VVT muito baixa, apenas 17% (CERRNEU, 2012). O despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, também evidencia a necessidade de cimentar e promover a implementação da VVT (Diário da República n.º 153/2014, Série II). No terreno, esta ainda é uma realidade muito recente em algumas unidades hospitalares nacionais, particularmente no SU do hospital onde o estágio decorreu, onde a VVT teve início no final de 2021, encontrando-se em processo de implementação. A abordagem multidisciplinar da pessoa vítima de

trauma exige que os profissionais devem ser detentores de formação e experiência nesta área em específico (DGS, 2010a).

A publicação *Normas de boa prática em trauma* da Ordem dos Médicos (2009), refere que a abordagem clínica da pessoa vítima de trauma é, em muitas situações, realizada de forma individualizada e personalizada na experiência de cada um. A formação em trauma é um elemento determinante tanto para uma resposta adequada ao trauma, como para a gestão da capacidade instalada e para o planeamento adequado dos cuidados. A equipa de trauma deve ter formação e experiência em trauma, nomeadamente o enfermeiro. Este deve ser detentor de formação em suporte imediato ou avançado de vida e de trauma, com conhecimento acerca das orientações clínicas e operacionais. Sublinham que a avaliação e o tratamento adequado da PSC vítima de trauma está dependente de formação técnica e científica, experiência, melhoria contínua do conhecimento, conhecimento das normativas nomeadamente VVT, onde a manutenção da competência necessária requer, em todos os níveis de intervenção, a implementação de um programa de educação e formação contínua em trauma, recomendando o desenvolvimento de formação contínua nesta área (Ordem dos Médicos, 2009).

A OMS considera que uma das medidas mais eficazes na redução da taxa de mortalidade é uma uniformização na abordagem da pessoa vítima de trauma (WHO et al., 2009).

O *Relatório Anual de Acessos aos Cuidados de Saúde de 2020* reforça todos estes princípios essenciais para o combate à problemática do trauma, referindo que em contexto extra-hospitalar o INEM tem desenvolvido esforços no sentido da operacionalização da VVT, tendo capacitado todos os seus meios para a recolha de informação neste âmbito e conseqüentemente, na ativação da mesma (Ministério da Saúde, 2020). Contudo, ao contrário do que se verifica com a VAVC e VVCoronária, é impossível não observar que o mesmo não apresenta qualquer dado estatístico sobre a ativação desta VV em contexto pré-hospitalar, deixando a interrogação sobre a eficácia da sua implementação, uma vez que esta requer uma estreita articulação e gestão entre o pré, intra e inter-hospitalares.

Tendo em conta esta linha de pensamento, importa descrever o circuito da pessoa vítima de trauma no SU, que se encontra definido com a implementação da VVT, desde a sua admissão até à alta/transferência. A pessoa vítima de trauma já pode vir sinalizada pelas equipas de emergência pré-hospitalar através da ativação da VVT no pré-hospitalar. A ativação da VVT no SU pode ser realizada de três formas distintas, pelo chefe de equipa, que recebeu a informação do pré-hospitalar e informa o enfermeiro da triagem, diretamente pelo enfermeiro da triagem ou pelo coordenador da equipa de trauma, no caso da presença de algum critério relativo é este que decide a sua ativação (ou não). Na

triagem, o enfermeiro dispõe do fluxograma com os critérios de ativação da VVT em suporte papel, de forma não só a facilitar a sua consulta, mas sobretudo para uniformizar a ativação por todos os elementos da equipa que realizam triagem.

Uma vez ativada a VVT, a avaliação primária deve ser realizada num período inferior a 20 minutos e a avaliação secundária até uma hora após a ativação da VVT. A pessoa vítima de trauma que apresente instabilidade hemodinâmica e que traduzem a gravidade da condição clínica da pessoa, segundo os critérios estabelecidos pelo SU, designadamente PAS < 90 mmHg, FR < 10 ou > 29 cpm, GCS < 8 ou lesões graves que comprometam a via aérea e ventilação devem ser encaminhadas de imediato para a sala de emergência. As restantes situações devem ser encaminhadas para a sala de trauma. Durante a fase da avaliação secundária deve ser definido o plano de atuação, devendo a pessoa permanecer na sala de trauma até ser estabelecido o local de tratamento definitivo e posterior transferência. As situações de trauma que não pressupõem a ativação da VVT devem ser encaminhadas para a área cirúrgica.

Para um conhecimento mais aprofundado da dimensão do fenómeno em análise, procedemos a uma observação não participativa, onde, como refere Ruivo et al. (2010) *“pode-se observar comportamentos diretamente”* (p. 13). Durante este período foram observados seis casos de pessoas vítimas de trauma admitidas no SU. Com base no circuito definido na VVT implementada no SU, foi construída uma grelha de observação (quadro 6), refletindo todos os elementos fundamentais que compõem a VVT implementada.

Quadro 6 – Grelha de Observação

Dimensões	Categorias		Caso	Caso	Caso	Caso	Caso	Caso
			n.º 1	n.º 2	n.º 3	n.º 4	n.º 5	n.º 6
Ativação da VVT	VVT ativada	Pré-hospitalar - Chefe de equipa	✓		✓		✓	
		Triagem						✓
		Coordenador da equipa de trauma						
	VVT não ativada			✓		✓		✓
Encaminhamento	Sala de Emergência		✓				✓	
	Sala de Trauma							
	Área Cirúrgica			✓	✓	✓		
Abordagem da pessoa vítima de trauma	Avaliação Primária (ABCDE)		✗	✗	✗	✗	✗	✗
	Avaliação Secundária		✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Registos de Enfermagem		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Legenda: ✓ – Observado ✗ – Observado em parte								

Autor: Da própria

Com a finalidade da descrição e compreensão da grelha de observação apresentada (quadro 6), foi construído um quadro com a descrição detalhada de cada um dos casos clínicos expressos (Apêndice I). De forma resumida, da análise dos seis casos clínicos os elementos que mais se destacaram foram ao nível da avaliação primária e dos registos de enfermagem. No que diz respeito à avaliação secundária esta foi realizada sempre em colaboração com a equipa médica. Relativamente aos registos de enfermagem verificamos que estes eram simples, baseados na abordagem realizada por cada enfermeiro e que não havia uma uniformização quanto às notas de enfermagem. Verificou-se também uma subtilização da sala de trauma, sendo que esta nunca foi utilizada para a área do trauma, uma vez que ainda funciona como uma sala de emergência respiratória, fruto ainda da reorganização do serviço face à contingência pandémica. Os dados recolhidos nesta etapa da observação não participativa foram ao encontro do mencionado pelos enfermeiros como necessidade formativa, assim como, com os dados das entrevistas informais previamente realizadas, tendo desempenhado um papel determinante na definição do nosso diagnóstico da situação.

No sentido de aprimorar o nosso diagnóstico de situação, solicitamos à equipa de enfermagem que iria participar na atividade formativa, o preenchimento do teste diagnóstico, via *GoogleForms*, de caráter

anónimo e de participação livre e voluntária, dos quais 52 enfermeiros que afirmaram que iriam estar presentes na formação responderam, o que correspondeu a uma adesão de 54,7% por parte da equipa. O teste diagnóstico era composto por dois grupos de questões, conforme Apêndice VI. Após recolha dos dados, procedemos à análise dos dados obtidos, usando folhas de cálculo do sistema informático *Excel*.

O primeiro grupo consistia na categorização socioprofissional, composto por 7 questões:

- 1.1. “Idade”: conforme os dados apresentados no gráfico 1 verificamos que mais de metade da equipa, especificamente 56%, encontra-se na faixa etária compreendida entre 30 a 39 anos. Onde 62% apresenta idade compreendida entre os 20 e os 39 anos, representando uma equipa de enfermagem jovem;

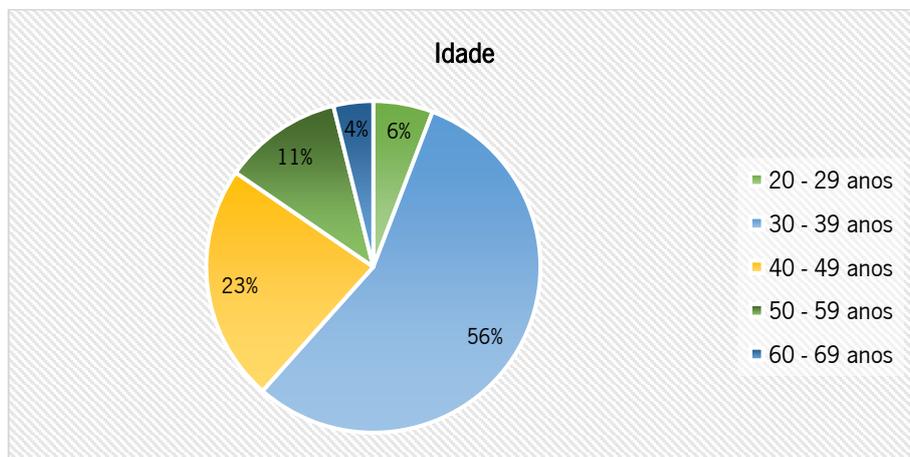


Gráfico 1 – Idade

- 1.2. “Género”: Verificamos uma distribuição de género muito semelhante, com uma população feminina de 52% e uma masculina de 48% (gráfico 2);

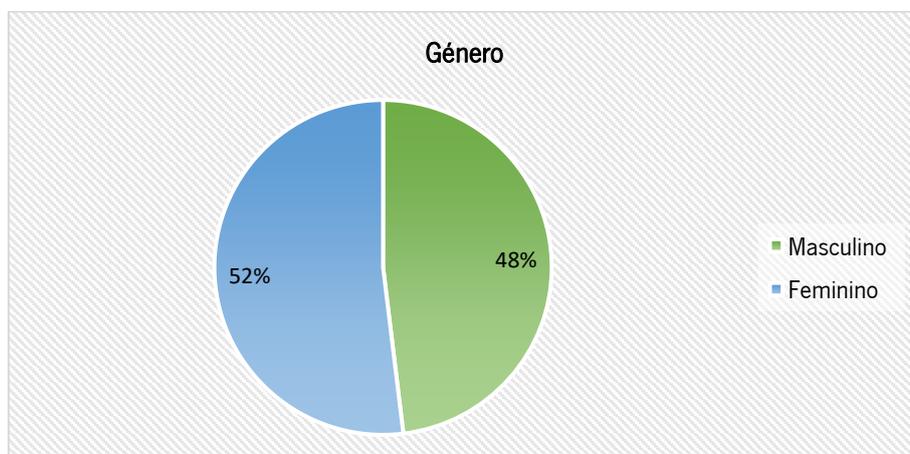


Gráfico 2 – Género

1.3. “Tempo de experiência profissional”: constatamos que 69,2% da equipa apresenta tempo experiência profissional igual ou superior a 10 anos, enquanto que 30,8% apresenta tempo experiência profissional inferior a 10 anos (gráfico 3);



Gráfico 3 – Tempo de experiência profissional

1.4. “Tempo de experiência no SU”: apesar de na questão anterior (1.3) verificarmos que 69,2% da equipa apresentava tempo de experiência profissional igual ou superior a 10 anos, no que diz respeito à sua experiência no SU constatamos que mais de metade da equipa, especificamente 65,4%, apresenta menos de 10 anos de experiência no SU (gráfico 4);



Gráfico 4 – Tempo de experiência profissional no SU

1.5. “Habilitações académicas”: No que respeita à formação académica, a maioria dos enfermeiros tem apenas licenciatura. Contudo, verificamos que mais de ¼ dos participantes, especificamente 28,8%, é detentor de uma pós-graduação, apenas 7,7% apresenta especialidade e 1,9% mestrado (gráfico 5);

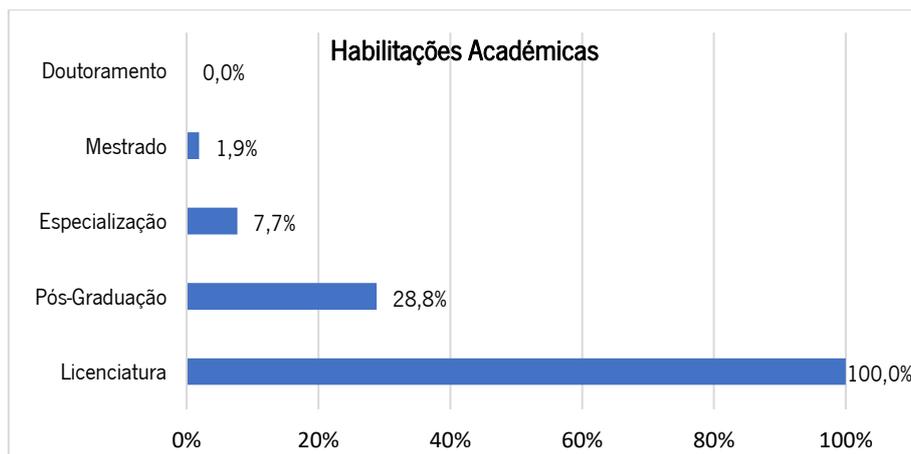


Gráfico 5 – Habilitações acadêmicas

1.6. “Formação específica em trauma”: 40,4% da equipa apresenta formação específica em trauma, devidamente certificada, por sua vez 59,6% refere não possuir qualquer tipo de formação na área do trauma (gráfico 6);



Gráfico 6 – Formação específica em trauma

1.7. “Formação específica em trauma. Se sim, qual?”: A maioria frequentou a pós-graduação em emergência, trauma e catástrofe, o módulo de trauma do curso de VMER e cursos certificados internacionalmente, como o TNCC (Trauma Nursing Core Course) e o ITLS (Internacional Trauma Life Support) (gráfico 7).

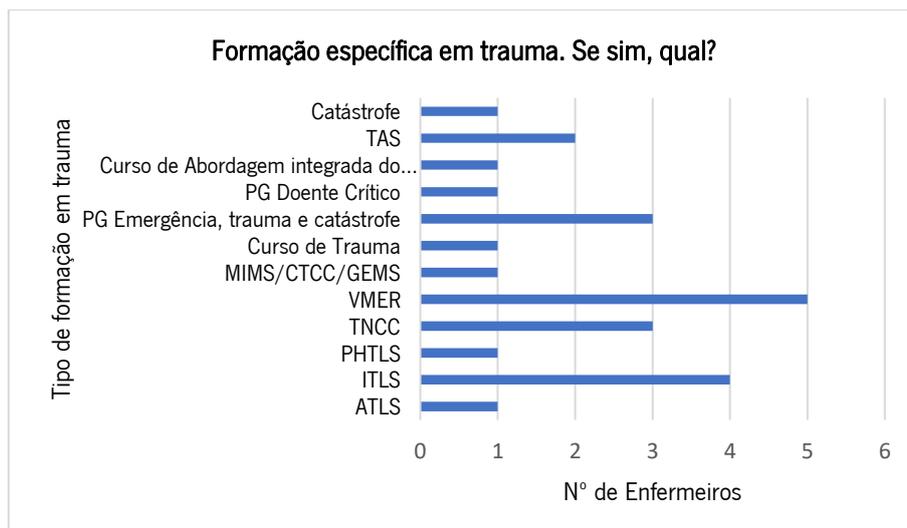


Gráfico 7– Formação específica em trauma. Se sim, qual?

A partir da análise dos dados recolhidos, estabelecemos a relação entre os enfermeiros que apresentam formação específica em trauma (questão 1.6.) com o tempo de experiência no SU (questão 1.4.). Constatamos que 57,1% dos enfermeiros que são detentores de formação em trauma apresenta menos de 10 anos de experiência profissional no SU (gráfico 8).



Gráfico 8 – Formação específica em trauma relativamente ao tempo de experiência no SU

O segundo grupo consistia em 20 questões de verdadeiro/falso de natureza teórica. A média de respostas corretas foi de 65,9%. Esta percentagem, na escala de 0 a 20 valores, correspondeu a uma nota média de 13,2 valores, significando que a equipa apresenta conhecimentos considerados suficientes de acordo com o Decreto-Lei n.º 42/2005 (Diário da República n.º 37/2005, Série I). No gráfico seguinte é possível verificar a percentagem de respostas certas por cada questão.

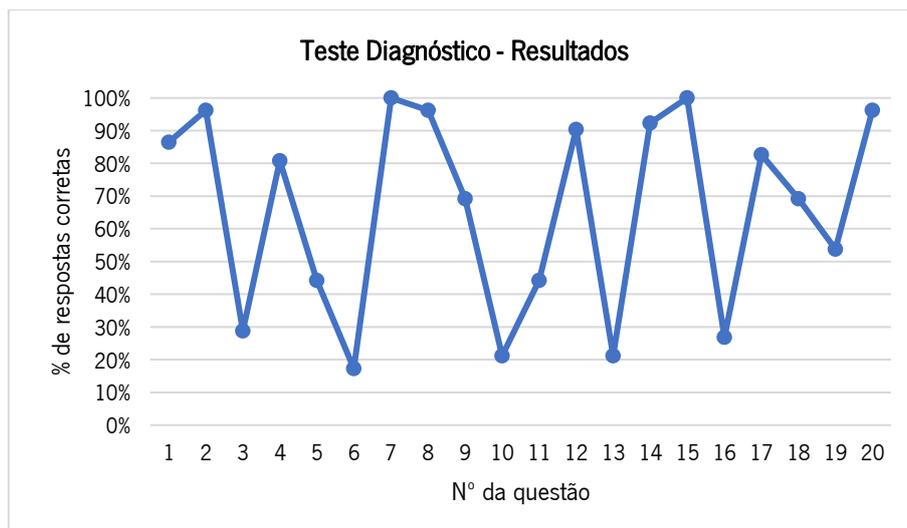


Gráfico 9 – Teste Diagnóstico - Resultados

Estabelecendo relação entre a média de resultados do teste diagnóstico com o tempo de experiência no SU, verificamos que a média obtida pelos enfermeiros com menos de 10 anos de experiência no SU relativamente aos enfermeiros com 10 anos ou mais anos de experiência no SU era pouco significativa, conforme gráfico 10. Nesta fase, apuramos que os enfermeiros com menos de 10 anos de experiência no SU apresentavam um nível de conhecimentos ligeiramente superior, com 13,3 valores quando comparado com os 13,1 valores apresentados pelos enfermeiros com 10 ou mais anos de experiência no SU. Estes resultados podem ser justificados pelo maior investimento em formação por parte dos enfermeiros com menos de 10 anos de experiência no SU.

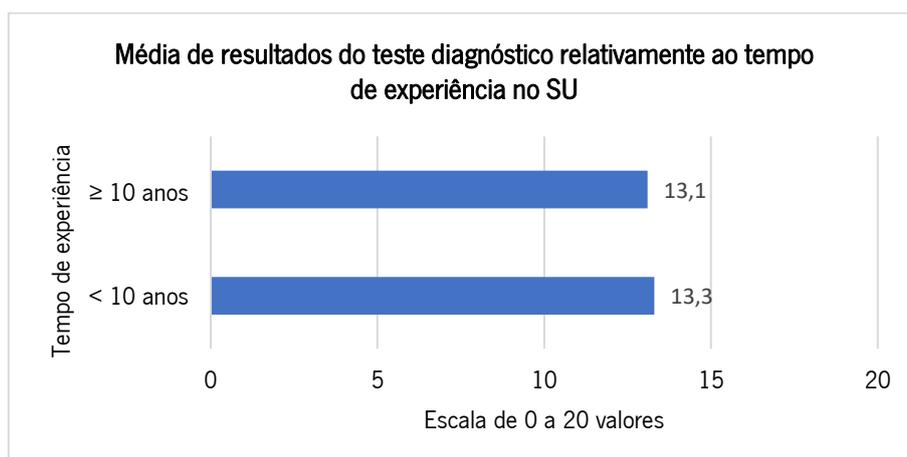


Gráfico 10 – Média de resultados do teste diagnóstico relativamente ao tempo de experiência no SU

Por fim, procedemos à construção de uma análise S.W.O.T.. Este método *“permite a reflexão e a confrontação com os factores positivos e negativos identificados (...)”* (p. 14), o que se traduzirá numa

oportunidade única de análise organizacional, onde iremos analisar as forças (*Strenghts*), as fraquezas (*Weakness*), as oportunidades (*Opportunities*) e as ameaças (*Threats*) com o intuito de delinear as estratégias que visem tornar o projeto o mais preciso e efetivo face às necessidades do serviço (quadro 7) (Ruivo et al., 2010).

Quadro 7 – Análise S.W.O.T.

ANÁLISE S.W.O.T.		
	Forças (<i>Strenghts</i>)	Fraquezas (<i>Weakness</i>)
Ambiente Interno	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipa jovem e dinâmica; ✓ Boa relação e cooperação multidisciplinar; ✓ VVT em implementação; ✓ Condições físicas e estruturais, como a existência de uma sala de trauma equipada e preparada; ✓ Rentabilização dos recursos existentes; ✓ Formação hospitalar obrigatória; ✓ Envolvimento da equipa; ✓ Existência de uma estrutura de suporte que permite produzir indicadores de qualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Carência de profissionais na equipa multidisciplinar; ✓ Défice em formação específica sobre trauma; ✓ Sala de trauma que funciona como sala de emergência respiratória, derivado da contingência pandémica; ✓ Falta de uniformização na abordagem à pessoa vítima de trauma; ✓ Falta de uniformização nos registos de enfermagem; ✓ VVT em implementação muito recentemente.
	Oportunidades (<i>Opportunities</i>)	Ameaças (<i>Threats</i>)
Ambiente externo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Potenciar um projeto já implementado no SU; ✓ Capacitar e treinar os profissionais numa área de grande relevo; ✓ Maximizar e consolidar a articulação das redes existentes, nomeadamente pré, intra e inter-hospitalar; ✓ Contribuir para a redução das taxas de morbidade e mortalidade associadas ao trauma; ✓ Melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Constrangimentos associados à situação política e epidemiológica; ✓ Desconhecimento sobre os indicadores relacionados com a VVT, sendo estes de caráter médico.

Autor: Da própria

Desta forma, emerge aqui a oportunidade de desenvolver um projeto que não só vai ter ganhos em saúde para a população, corrigindo uma necessidade identificada, como vai potenciar toda a rede de cuidados de saúde, desde o pré-hospitalar até à instituição dos cuidados definitivos hospitalares, bem como em termos de custos económicos para o serviço. Assim sendo, identificamos como problema *“Lacunas na uniformização da abordagem sistematizada à pessoa vítima de trauma pelo Enfermeiro no SU com VVT”*. Seguidamente perante esta necessidade identificada, o tema foi validado junto com o Enf.º Gestor do serviço.

2.2. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

Numa investigação, o objetivo expressa de forma clara o que o investigador tenciona fazer para dar resposta à sua questão de investigação. O objetivo é definido como *“um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação”* (Fortin, 2009, p. 100).

Estes indicam os resultados que pretendemos alcançar, englobando diferentes níveis, indo dos objetivos gerais para os objetivos específicos. Na formulação clara dos objetivos é necessário a identificação sucinta dos problemas, delimitando o problema que o projeto pretende resolver (Ruivo et al., 2010).

Face ao problema identificado, delineamos como objetivo geral:

- ✓ Promover a uniformização na abordagem sistematizada à pessoa vítima de trauma no SU com VVT.

Como objetivos específicos delineamos:

1. Desenvolver as competências dos enfermeiros do SU na abordagem à pessoa vítima de trauma;
2. Envolver a equipa multidisciplinar no projeto;
3. Implementar uma equipa de trabalho multidisciplinar, responsável pela formação e desenvolvimento na área do trauma.

Para tal, a população-alvo definida foram os enfermeiros que desempenham funções no SU de um hospital da região norte.

2.3. PLANEAMENTO DO PROJETO

Nesta etapa, com vista à concretização dos objetivos procedemos ao levantamento dos recursos, das limitações, definimos as atividades a desenvolver, os métodos e técnicas de pesquisa. A escolha das atividades, meios e estratégias é parte integrante desta etapa, onde a sua seleção e utilização estão em harmonia com os objetivos previamente estabelecidos (Ruivo et al., 2010).

Neste sentido, elaboramos o cronograma do projeto (Apêndice II), onde apresentamos as atividades previstas a desenvolver, com o propósito de alcançar os objetivos previamente estabelecidos. Porém, este é um processo interativo e constante, podendo ser revisto ao longo do projeto (Ruivo et al., 2010).

Com o intuito de responder a cada um dos objetivos, seguidamente iremos enumerar as atividades/estratégias delineadas para a sua concretização:

Objetivo 1: Desenvolver as competências dos enfermeiros do SU na abordagem à pessoa vítima de trauma:

- Realizar pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, livros de referência, sites de organizações internacionais reconhecidas e legislação portuguesa;
- Reunir com o Enf.º Gestor, Enf.ª Orientadora e Enf.ª Coorientadora e responsável pela formação em serviço;
- Reunir com a equipa multidisciplinar envolvida no projeto;
- Desenvolver uma atividade formativa com componente teórica e prática;
- Avaliar conhecimentos após a realização da atividade formativa através da aplicação do teste de avaliação.

Objetivo 2: Envolver a equipa multidisciplinar no projeto:

- Integrar no projeto dois elementos da equipa de enfermagem previamente designados pelo plano de formação;
- Integrar no projeto a médica coordenadora pelo processo assistencial da VVT;
- Reunir com a equipa multidisciplinar envolvida no projeto.

Objetivo 3: Implementar uma equipa de trabalho multidisciplinar, responsável pela formação e desenvolvimento na área do trauma:

- Reunir com o Enf.º Gestor, Enf.ª Orientadora e Enf.ª Coorientadora e responsável pela formação em serviço;
- Apresentar ao Enf.º Gestor um conjunto de propostas a implementar no serviço.

No que se refere aos recursos materiais, estão incluídos material informático como computador, bases de dados científicas, livros de referência, material de papelaria e material de trauma, como colares cervicais, plano duro, maca pluma, aranha e cintos. Em relação aos recursos financeiros, as despesas serão assumidas pelo investigador, entre elas as despesas de deslocação, material de papelaria, material informático e tempo despendido.

2.4. EXECUÇÃO

Nesta etapa assistimos à materialização do que antes era apenas um desenho mental, colocando em prática o que projetamos durante a fase do planeamento (Ruivo et al., 2010).

Esta representa um enorme desafio, pois é aqui que podem surgir diversos obstáculos à concretização do que tínhamos inicialmente projetado, sendo essencial a orientação e o apoio assim como a capacidade de resiliência e adaptação do enfermeiro.

A execução deste PIS centrou-se no desenvolvimento das competências dos enfermeiros na abordagem à pessoa vítima de trauma e pelo envolvimento da equipa multidisciplinar no projeto através do desenvolvimento de uma atividade formativa com componente teórica e prática em equipa. A formação é uma forma privilegiada de transmissão de conhecimentos, onde a componente prática revestiu-se de especial importância, uma vez que permitiu aos formandos a aplicação e consolidação dos conhecimentos e o desenvolvimento e treino de competências no cuidado à pessoa vítima de trauma. É um momento único de reflexão, comunicação, trabalho em equipa, partilha de conhecimentos e experiências, assumindo um importante papel para a concretização dos objetivos.

A pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, a consulta de livros de referência, sites de organizações internacionais reconhecidas e a legislação portuguesa, foi um processo contínuo e permitiu-nos a construção e planeamento da atividade formativa segundo os conhecimentos científicos mais atualizados. Posteriormente, elaboramos o plano de sessão da atividade formativa de natureza teórico-prática (Apêndice III). Seguidamente, elaboramos a apresentação da atividade formativa em formato *PowerPoint* (Apêndice IV) e o Guia Orientador para os Formadores (Apêndice V). Em reunião com o Enf.º Gestor, Enf.ª Orientadora e Enf.ª Coorientadora, agendamos data, hora, local, duração da atividade formativa e as formas de divulgação junto da equipa. A divulgação foi realizada através da colocação no horário mensal pelo Enf.º Gestor e no *briefing* realizado diariamente no início do turno da manhã.

A participação da Enf.^a Orientadora e da Enf.^a Coorientadora foi fundamental, nomeadamente na disponibilização de recursos materiais relativos ao material de trauma que foram essenciais para a execução do PIS.

A atividade formativa decorreu no dia 22 de junho de 2022, entre as 8:30 e as 13 horas, com a duração de 270 minutos e contou com a participação de 49 enfermeiros, o que correspondeu a uma adesão de 51,6% por parte da equipa, menos três enfermeiros em relação ao teste de diagnóstico, que não puderam estar presentes. A componente teórica decorreu no auditório e a componente prática decorreu em duas salas distintas, nomeadamente no arquivo e na sala de formação da consulta externa. Esta última, local onde ocorreu a fase final da atividade formativa.

Iniciamos com a apresentação do tema, objetivo geral, objetivos específicos, sumário, prosseguindo-se para a problemática do trauma, o mecanismo de lesão, cinemática de trauma e a VVT. Seguidamente, desenvolvemos a abordagem à pessoa vítima de trauma, os cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma e as técnicas de trauma. Posteriormente passamos para a componente prática, constituída por quatro bancas, duas com casos clínicos fictícios e duas de técnicas de trauma, com um formador em cada banca. Nesta parte prática, dividimos aleatoriamente a turma em quatro grupos, nomeadamente grupo A, grupo B, grupo C e grupo D. Cada grupo foi distribuído por cada banca, onde todos os grupos realizaram as quatro tarefas através da sua rotação pelas várias bancas, de acordo com o planeamento previamente definido (Apêndice V).

Na fase final da atividade formativa, reunimos todos na mesma sala, onde realizamos a síntese e o esclarecimento de dúvidas, solicitamos o preenchimento do teste de avaliação (Apêndice VI), igual ao teste diagnóstico, e do questionário de avaliação da satisfação da formação em vigor no hospital onde decorreu o estágio, ambos via *GoogleForms*, de caráter anónimo e de participação livre e voluntária. Só foi possível realizar avaliação da parte teórica por meio do teste de avaliação, uma vez que dada a estruturação da atividade formativa, com elevado número de formandos em relação ao número de formadores associado a restrições de material de trauma, sendo material difícil de adquirir emprestado e de disponibilidade limitada no SU e também pelo pequeno período de tempo disponibilizado para a mesma.

Devido a constrangimentos na rede móvel nesta sala, não foi possível a realização do teste de avaliação e do questionário de avaliação da satisfação da formação naquele momento, pelo que os mesmos foram realizados até ao dia seguinte. Por fim, apresentamos as referências bibliográficas e procedemos ao encerramento da atividade formativa.

Durante a atividade formativa, e em especial durante a parte prática, foram criados momentos de interação, esclarecimento de dúvidas, fomentado não só as competências técnicas como também as competências não técnicas como o trabalho em equipa, liderança, comunicação, partilha de opiniões, experiências e sugestões, facto que tornou a formação ainda mais enriquecedora e construtiva, onde a colaboração e a participação ativa de toda a equipa foram fundamentais para o sucesso da mesma. No final da formação, os 49 enfermeiros presentes responderam novamente ao teste de avaliação. Assim, com a aplicação do teste de avaliação, tivemos a oportunidade de avaliar o nível de conhecimento antes, na fase diagnóstica, e após a atividade formativa.

No que diz respeito aos resultados obtidos no teste de avaliação após a atividade formativa, o gráfico 11 apresenta a representação gráfica com a respetiva taxa percentual de respostas corretas a cada questão. Nesta fase constatamos que a média de respostas corretas foi de 77%. Traduzindo esta percentagem para a escala de 0 a 20 valores, esta correspondeu a uma nota média de 15,4 valores, significando que a equipa apresenta conhecimentos considerados bons, segundo o Decreto-Lei n.º 42/2005 (Diário da República n.º 37/2005, Série I).

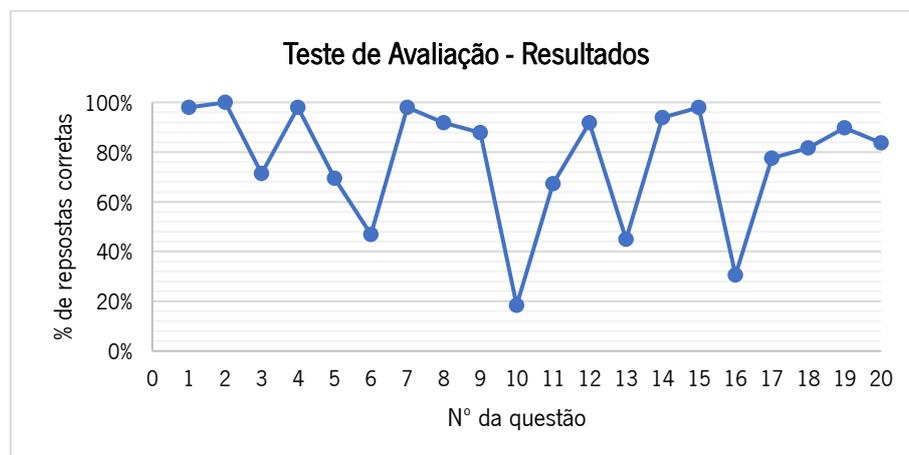


Gráfico 11 – Teste de Avaliação - Resultados

No que toca às questões com uma percentagem de respostas corretas inferior a 50%, abordamos alguns colegas de forma informal com o propósito de tentar compreender estes resultados. Através da análise do gráfico 11 verificamos que a questão número 6 apresentou uma percentagem de respostas corretas de 46,9%, a questão número 10 de apenas 18,4%, a questão número 13 de 44,9% e a questão número 16 com 30,6%. Em relação à questão número 6 os colegas referiram que não interpretaram bem a questão, uma vez que pensaram que a utilização da via oral estaria relacionada com a administração de alimentação, em que na fase aguda não está preconizada. No que diz respeito à questão 10, chegamos à conclusão que a questão não foi formulada da melhor forma, gerando uma incorreta interpretação da

mesma, originando estes resultados. Quanto à questão 13 referiram a pouca utilização do ácido tranexâmico no dia-a-dia, daí o desconhecimento demonstrado acerca das mais recentes *guidelines* para a sua utilização. Por fim, os resultados da questão 16 assumiram que se deveu à não leitura por completo da questão, uma vez que só a parte final da questão estava errada.

Estabelecendo relação entre a média de resultados obtidos no teste de avaliação com o tempo de experiência no SU, constatamos que a diferença entre a média obtida pelos enfermeiros com menos de 10 anos de experiência no SU relativamente aos enfermeiros com 10 ou mais anos de experiência no SU manteve-se pouco significativa, como é possível constatar pelo gráfico 12. Nesta fase, verificamos que enfermeiros com 10 anos ou mais anos de experiência no SU demonstraram um nível de conhecimentos ligeiramente superior, com 15,5 valores relativamente aos 15,3 valores demonstrado pelos enfermeiros com menos de 10 anos de experiência no SU.

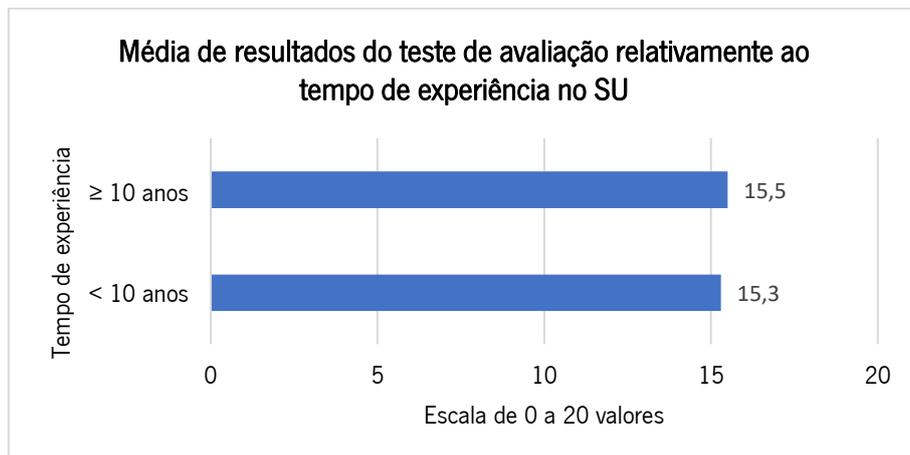


Gráfico 12 – Média de resultados do teste de avaliação relativamente ao tempo de experiência no SU

Propomos ainda a criação e implementação de uma equipa de trabalho multidisciplinar na área do trauma, com médicos e enfermeiros, responsável pelo desenvolvimento desta área, nomeadamente através do desenvolvimento de formação, normas clínicas e auditorias clínicas.

2.5. AVALIAÇÃO

A avaliação é um processo contínuo, dinâmico e rigoroso, sendo que, neste momento comparamos os objetivos inicialmente definidos com os objetivos atingidos, recorrendo a diversos instrumentos de avaliação. Nesta etapa podemos redefinir a análise da situação, os objetivos, ação e seleção dos meios, assim como a análise dos resultados. Fornece os elementos necessários para aprimorar a coerência, a eficácia e a eficiência do projeto (Ruivo et al., 2010).

Ao longo de todo o projeto a avaliação foi uma constante, o que permitiu realizar uma análise e reflexão do mesmo, onde nem tudo decorreu como o que tínhamos inicialmente planeado. Foi necessário otimizar e reajustar o projeto no sentido de aperfeiçoar o projeto face à problemática identificada. Em jeito de avaliação final do projeto realizado, consideramos que este deu resposta ao desafio inicial.

Após a realização da atividade formativa consideramos que esta deu resposta aos objetivos, onde por meio da componente prática os enfermeiros aplicaram os conhecimentos e construíram estratégias, permitindo o desenvolvimento das suas competências na abordagem à pessoa vítima de trauma. O envolvimento e o trabalho em equipa foram uma constante. Tivemos oportunidade de avaliar o nível de conhecimentos antes e após a mesma, a qual verificamos um aumento dos conhecimentos de 65,9% para 77%, correspondendo a um progresso de 11,1% em relação à fase diagnóstica. Transpondo esta percentagem para a escala de 0 a 20 valores, verificamos o aumento de 13,2 valores para 15,4 valores, correspondendo a um crescimento de 2,2 valores comparativamente ao obtido no teste diagnóstico, refletindo a evolução de conhecimentos de suficientes para bons, de acordo com o Decreto-Lei n.º 42/2005 (Diário da República n.º 37/2005, Série I). Observamos que o nível de conhecimentos em relação ao tempo de experiência profissional no SU era muito semelhante entre os dois grupos, tanto no teste diagnóstico como no teste de avaliação. Na nossa perspetiva, esta semelhança é resultado do investimento ao nível da formação na área do trauma por parte dos enfermeiros com menos de 10 anos de experiência profissional no SU, onde destes 57,1% apresentavam formação específica em trauma em comparação com os 42,9% apresentados pelos enfermeiros que tinham mais de 10 anos experiência no SU.

Com o intuito de avaliar a atividade formativa, de forma a refletir sobre a aprendizagem e a dinâmica estabelecida, foi solicitado a todos os enfermeiros presentes a realização da avaliação da formação através do preenchimento do questionário de avaliação da satisfação da formação em vigor no hospital onde se desenvolveu o estágio, de forma voluntária, séria e anónima. Este foi aplicado via *GoogleForms* conforme se encontra em vigor no hospital.

O questionário avalia o grau de satisfação dos enfermeiros, sendo constituída por cinco grupos com onze questões e a uma questão final de resposta aberta para sugestões/comentários. A escala de satisfação é composta por 6 níveis de satisfação, nomeadamente não se aplica (0), nada satisfatório (1), pouco satisfatório (2), satisfatório (3), bastante satisfatório (4) e extremamente satisfatório (5).

Para uma visão global dos resultados obtidos sobre o nível de satisfação relativamente à atividade formativa, construímos a tabela 1 com a taxa de resposta a cada item do questionário.

Tabela 1 – Resultados do questionário de avaliação da satisfação da formação

Questões	Escala de satisfação					
	0	1	2	3	4	5
1. Objetivos						
1.1. Classifique a clareza na definição dos objetivos desta ação de formação					53,1%	46,9%
1.2. Avalie o grau de realização dos objetivos propostos				4,1%	51%	44,9%
2. Utilidade						
2.1. Classifique a utilidade dos temas tratados para o desempenho das suas funções			2%	2%	28,6%	67,3%
2.2. Avalie o nível de conhecimentos adquiridos para a melhoria do seu desempenho profissional:				4,1%	57,1%	38,8%
3. Realização da ação						
3.1. Classifique esta ação de formação quanto à duração (tempo total do curso)				28,6%	59,2%	12,2%
3.2. Avalie o nível de componente prática desta ação de formação				10,2%	49%	40,8%
4. Auto-avaliação de conhecimentos						
4.1. Nível de conhecimentos no início da ação			2%	51%	36,7%	4,1%
4.2. Nível de conhecimentos no final da ação				2%	65,3%	32,7%
5. Formadores						
5.1. O formador dominou os temas tratados					38,8%	61,8%
5.2. O formador motivou a participação do grupo				4,1%	32,7%	63,3%
5.3. O formador utilizou uma metodologia que facilitou a aprendizagem e a utilidade prática dos conteúdos				2%	32,7	65,3%
NOTA: % de respostas dos 49 formandos						

Autor: A própria

O primeiro grupo refere-se aos objetivos apresentados, sendo constituído por duas questões:

- 1.1. “Classifique a clareza na definição dos objetivos desta ação de formação”: 23 enfermeiros (46,9%) classificaram como extremamente satisfatório, enquanto, que 26 (53,1%) classificaram como bastante satisfatório com a clareza dos objetivos da formação;
- 1.2. “Avalie o grau de realização dos objetivos propostos”: 22 enfermeiros (44,9%) avaliaram como extremamente satisfatório, enquanto, que 25 (51%) avaliaram como bastante satisfatório e 2 (4,1%) como satisfatório.

O segundo grupo diz respeito à utilidade da formação apresentada, grupo composto por duas questões:

2.1. “Classifique a utilidade dos temas tratados para o desempenho das suas funções”: 33 enfermeiros (67,3%) classificaram como extremamente satisfatório, 14 (28,6 %) classificaram como bastante satisfatório, 1 (2%) como satisfatório e 1 (2%) como pouco satisfatório;

2.2. “Avalie o nível de conhecimentos adquiridos para a melhoria do seu desempenho profissional”: 19 enfermeiros (38,8%) avaliaram como extremamente satisfatório, 28 (57,1%) avaliaram como bastante satisfatório e 2 (4,1%) como satisfatório.

O terceiro grupo é relativo à realização da ação da formação apresentada, composto por duas questões:

3.1. “Classifique esta ação de formação quanto à duração (tempo total do curso)”: 6 enfermeiros (12,2%) classificaram como extremamente satisfatório, 29 (59,2%) classificaram como bastante satisfatório, 14 (28,6%) como satisfatório;

3.2. “Avalie o nível de componente prática desta ação de formação”: 20 enfermeiros (40,8%) avaliaram como extremamente satisfatório, 24 (49%) avaliaram como bastante satisfatório e 5 (10,2%) como satisfatório.

O quarto grupo corresponde à auto-avaliação de conhecimentos, grupo composto por duas questões:

4.1. “Nível de conhecimentos no início da ação”: 2 enfermeiros (4,1%) classificaram o seu nível de conhecimentos antes da sessão de formação como extremamente satisfatório, 18 (36,7%) como bastante satisfatório, 25 (51%) como satisfatório e 1 (2%) como pouco satisfatório;

4.2. “Nível de conhecimentos no final da ação”: 16 enfermeiros (32,7%) classificaram o seu nível de conhecimentos no final da sessão de formação como extremamente satisfatório, 32 (65,3%) como bastante satisfatório e 1 (2%) como satisfatório.

O quinto grupo é referente à avaliação dos formadores no seu conjunto, composto por três questões:

5.1. “O formador dominou os temas tratados”: 30 enfermeiros (61,2%) classificaram o domínio dos temas pelos formadores como extremamente satisfatório e 19 (38,8%) como bastante satisfatório;

5.2. “O formador motivou a participação do grupo”: 31 enfermeiros (63,3%) classificaram a motivação à participação durante a sessão de formação como extremamente satisfatório, 16 (32,7%) como bastante satisfatório e 2 (4,1%) como satisfatório;

5.3. “O formador utilizou uma metodologia que facilitou a aprendizagem e a utilidade prática dos conteúdos”: 32 enfermeiros (65,3%) classificaram como extremamente satisfatório, 16 (32,7%) como bastante satisfatório e 1 (2%) como satisfatório.

O questionário terminava com uma questão aberta, onde os enfermeiros apresentaram diversas sugestões ou comentários referenciando algo que consideraram mais útil. O feedback foi muito positivo e construtivo, onde no geral referiram que o tema abordado foi pertinente, apropriado e importante para a sua atividade profissional. Mencionaram também a necessidade de mais formações neste âmbito e deste género com componente prática.

Uma vez analisados os resultados obtidos, consideramos relevante o seguinte conjunto de propostas/sugestões, propondo que a equipa de trabalho multidisciplinar na área do trauma desenvolva:

- Um curso de trauma avançado para todos os novos elementos no SU, médicos e enfermeiros, com componente teórico-prática e a sua realização por todos os elementos com uma periodicidade de três em três anos;
- Uma norma clínica de abordagem à pessoa vítima de trauma;
- Um protocolo de Abordagem da Transfusão Maciça segundo a norma nº 011/2013 de 30/07/2013 atualizada a 18/07/2017 da DGS;
- Indicadores de qualidade de enfermagem como por exemplo tempo inferior a 20 minutos desde a triagem até à primeira avaliação primária de enfermagem;
- Uma nota de enfermagem standard com todos os aspetos preconizados na abordagem à pessoa vítima de trauma no sentido da uniformização da mesma;
- Auditorias internas nesta área.

Propomos ainda a aquisição do seguinte material:

- Uma maca pluma, para o levantamento de vítimas de trauma em segurança e de acordo com o recomendado pelo INEM;
- Um aquecedor de fluidos, que permita programar a temperatura, com alarme de temperatura fora dos limites programados e sensor para informação de frasco de fluidos vazios.

Uma vez finalizado o projeto, consideramos que este conseguiu responder à problemática inicialmente identificada. Constatamos que os enfermeiros que participaram na atividade formativa foram muito recetivos, onde o seu envolvimento foi motivado principalmente por ser uma formação com componente teórica e prática, e acreditamos ter sensibilizado a equipa para a importância do desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa vítima de trauma.

Neste sentido, acreditamos ter conseguido contribuir para a uniformização dos cuidados na abordagem sistematizada à pessoa vítima de trauma e, desta forma, promover a melhoria contínua e a qualidade dos cuidados de enfermagem.

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A divulgação dos resultados obtidos após a elaboração de um relatório final, visa dar a conhecer a pertinência do projeto e o caminho trilhado para a resolução do problema identificado (Ruivo et al., 2010). Neste seguimento, uma vez concluída a sua elaboração, projetamos a sua divulgação no Repositório da Universidade do Minho e no contexto onde decorreu o estágio, ficando desta forma disponível para consulta e análise do mesmo.

Uma vez finalizado o PIS apresentamos as suas conclusões bem como um conjunto de propostas ao Enf.º Gestor do SU onde o projeto decorreu.

Prevemos também, apresentar o presente PIS através da elaboração de uma comunicação oral.

CONCLUSÃO

Com o culminar deste percurso torna-se imperativo fazermos uma reflexão acerca deste caminho de aprendizagem e desenvolvimento contínuo. A realização deste estágio final foi um fator crucial para o aperfeiçoamento profissional e pessoal, tendo como foco a prestação de cuidados altamente qualificados à pessoa e família/cuidador em situação crítica, permitindo-nos o desenvolvimento das competências comuns do EEEMCPSC, proporcionado uma nova perspetiva sobre cuidado à PSC, contribuindo para a qualidade e a excelência do cuidar em Enfermagem.

O ambiente facilitador em que o estágio decorreu, contribuiu para o enriquecimento do processo de aprendizagem, assim como para o desenvolvimento do PIS, para o qual o apoio, o empenho, a partilha e o trabalho em equipa da Enf.^a Orientadora e da Enf.^a Coorientadora, assim como toda a equipa de enfermagem foi fundamental para o sucesso do mesmo.

O empenho, a resiliência, a constante busca pelo conhecimento científico mais atual e pela excelência da Enfermagem, baseada na evidência, foram elementos indispensáveis ao longo desta jornada. Entre os principais ganhos destacamos a aquisição de conhecimentos específicos para a prestação de cuidados especializados à PSC e o desenvolvimento de competências não técnicas, como a capacidade crítica e reflexiva, comunicação, liderança, gestão e organização de equipa e a aquisição de competências no domínio da investigação científica, onde alicerçado na metodologia de projeto desenvolvemos um PIS.

O tema desenvolvido neste PIS reveste-se de extrema importância, visto que o trauma representa a principal causa de morte em pessoas jovens e ativas, onde uma das medidas mais eficazes na diminuição da taxa de mortalidade passa pela uniformização na abordagem da pessoa vítima de trauma.

A abordagem à pessoa vítima de trauma exige enfermeiros com conhecimentos, formação, experiência e capacidade técnica, para a avaliação, otimização e gestão dos cuidados. Face à importância da avaliação e intervenção rápida, precoce e adequada à pessoa vítima de trauma, os enfermeiros desempenham um papel central, em especial os EEEMCPSC, pela sua competência científica, técnica e humana. Dão início a um conjunto de mecanismos organizacionais, nomeadamente pela ativação da VVT, encaminhamento e abordagem adequada da pessoa vítima de trauma, favorecendo o diagnóstico precoce, a rápida implementação de medidas interventivas, respondendo a toda a complexidade que a pessoa vítima de trauma acarreta, potenciando desta forma favoravelmente o seu prognóstico, no sentido de melhorar os índices de mortalidade e morbilidade, assim como a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Para tal, é fundamental a implementação contínua de programas de educação e

formação na área do trauma no sentido de promover o desenvolvimento e a manutenção das competências necessárias em todos os níveis de intervenção.

Conscientes da sua problemática e repercussões, com a realização do diagnóstico da situação avaliamos os conhecimentos dos enfermeiros nesta área e identificamos como problemática a existência de lacunas na uniformização da abordagem sistematizada à pessoa vítima de trauma pelo enfermeiro neste SU com a VVT em implementação. Posteriormente definidos os objetivos e planeamos as atividades/estratégias a desenvolver. Considerando que o nosso objetivo geral se centrou na promoção da uniformização na abordagem sistematizada à pessoa vítima de trauma no SU com VVT, fomentamos o desenvolvimento das competências na abordagem à pessoa vítima de trauma e o envolvimento da equipa multidisciplinar no projeto por meio do desenvolvimento de uma atividade formativa com componente teórica e prática. Após a realização da atividade formativa, procedemos novamente à avaliação dos conhecimentos e constatamos um aumento dos conhecimentos de 11,1% em relação à fase diagnóstica, refletindo uma evolução dos conhecimentos, de suficientes para bons. Verificamos também que o nível de conhecimentos dos enfermeiros com menos de 10 anos de experiência no SU relativamente aos enfermeiros com 10 ou mais anos de experiência no SU era muito semelhante. A principal limitação do nosso PIS deveu-se à impossibilidade de avaliarmos a componente prática da atividade formativa, devido a restrições de tempo, material e espaço físico.

No que se refere à avaliação da formação e dos formadores através do preenchimento do questionário de avaliação da satisfação da formação pela equipa de enfermagem, recebemos um feedback muito positivo e construtivo, onde o tema foi considerado pertinente, apropriado e importante para o desempenho da sua atividade profissional. Os colegas também manifestaram a necessidade de mais formações neste âmbito e com componente prática. Propusemos ainda a criação e implementação de uma equipa de trabalho multidisciplinar para o desenvolvimento da área do trauma no serviço, assim como um conjunto de propostas/sugestões que consideramos pertinentes, onde acreditamos que o PIS foi o ponto de partida para uma mudança de paradigma no SU nesta área em específico. Assim sendo, em jeito de avaliação final do projeto realizado, consideramos que este deu resposta ao desafio inicialmente colocado.

Ao longo deste período, as principais dificuldades sentidas foram sobretudo a conciliação da nossa atividade profissional e vida pessoal, com o ritmo inerente ao estágio, realizado em exclusivo em horário pós-laboral, aliada à exigência do desenvolvimento do projeto de intervenção e elaboração do relatório,

juntamente com a ainda pouca experiência no âmbito da investigação, impondo neste sentido uma motivação, empenho, dedicação e esforço acrescido.

O presente relatório representa o culminar deste percurso. Com a sua elaboração realizamos uma análise crítico-reflexiva e fundamentada acerca das aprendizagens adquiridas, onde aprofundamos os conhecimentos e as competências exigidas ao EEEMCPSC e à importância do seu papel na evolução e promoção da excelência do cuidar em Enfermagem. Deste modo, consideramos que atingimos os objetivos inicialmente definidos, mediante o desenvolvimento do presente relatório, com os respetivos apêndices e anexos.

Apesar da conclusão deste percurso, continuamos a trilhar o nosso caminho pelo desenvolvimento e aperfeiçoamento pessoal e profissional sustentado nos quatro pilares da enfermagem, a prática, o ensino, a investigação e a gestão, com o intuito de promover a melhoria e a evolução da Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências - RT 11/2015. UIE/ACSS. https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Urg%C3%A2ncias_%20final.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência - RT-14/2019. UIE/DRS/ACSS. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Alharbi, R. J., Shrestha, S., Lewis, V., & Miller, C. (2021). The effectiveness of trauma care systems at different stages of development in reducing mortality: a systematic review and meta-analysis. *World Journal of Emergency Surgery*, 16(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s13017-021-00381-0>
- Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do Enfermeiro em relação à Via Verde Trauma. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 3(1), 55–66. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>
- Ameln, R. S. von, Azevedo, N. A., Neves, J. de L., Amaral, D. E. D. do, & Pinto, A. A. (2021). Atendimento ao paciente politraumatizado na perspectiva do enfermeiro socorrista. *Research, Society and Development*, 10(3), e1110312981. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.12981>
- American College of Surgeons. (2018). *Advanced Trauma Life Support - Student Course Manual* (10th ed.).
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. (2022). Relatório Dezembro 2021 (pp. 1–45). <http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelatoriosDeSinistralidade/Documents/2021/RelatorioSinistralidadeFiscalizacaoDezembro2021.pdf>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A Comunicação e Qualidade de Cuidados em Enfermagem: revisão de literatura. *Investigação Qualitativa Em Saúde*, 2, 572–577. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/796/782>
- Brazão, M. da L., Nóbrega, S., Bebiano, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. *Medicina Interna*, 23(3), 8–14. https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf
- Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017a). PARECER n.º 09 / 2017 - Transporte da Pessoa em Situação Crítica. In *Ordem dos Enfermeiros* (pp. 1–3). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEM_C_TransportePessoaSituacaCritica.pdf
- Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2017b). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. In *Ordem dos Enfermeiros* (pp. 1–38). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Costa, M. E. S. da, Queiroz, R. A., Silva, É. R. F., Pinho, J. L., Aragão, M. O., Matos, J. H. F. de, Macêdo, J. L. de S., & Formiga, N. P. F. (2020). Cinemática e avaliação de vítima de trauma no atendimento

- pré-hospitalar: um relato de experiência / Kinematics and evaluation of trauma victims in prehospital care: an experience report. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 11328–11336. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-378>
- CRRNEU. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência - Relatório CRRNEU. In *Direção-Geral da Saúde* (pp. 1–123). <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>
- Diário da República n.º 55/2002, Série I - B. Despacho Normativo n.º 11 /2002 de 6 de março de 2002 (pp. 1865–1866). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420>
- Diário da República n.º 37/2005, Série I. Decreto-Lei n.º 42/2005 de 22 de fevereiro de 2005 (pp. 1494 – 1499). <https://files.dre.pt/1s/2005/02/037a00/14941499.pdf>
- Diário da República n.º 57/2014, Série I. Lei n.º 15/2014 de 21 de março de 2014 - Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde (pp. 1–18). <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2014-106901319>
- Diário da República n.º 153/2014, Série II. Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto de 2014 (pp. 20673–20678). <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Diário da República n.º 233/2014, Série II. Regulamento n.º 533/2014 de 2 de dezembro de 2014 - Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (pp. 30247–30254). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf
- Diário da República n.º 149/2015, Série I. Lei n.º 80/2015 de 3 de agosto de 2015, Segunda alteração à Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. (pp. 5311–5326). <https://files.dre.pt/1s/2015/08/14900/0531105326.pdf>
- Diário da República n.º 196/2017, Série II. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde - Despacho n.º 8977/2017 de 11 de outubro de 2017 (pp. 23038–23041). <https://files.dre.pt/2s/2017/10/196000000/2303823041.pdf>
- Diário da República n.º 21/2018, Série II. Regulamento n.º 76/2018 de 30 de janeiro de 2018 - Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão (pp. 3478–3487). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8151/regulamento-n%C2%BA-76_2018-regulamento-da-compet%C3%Aancia-acrescida-avan%C3%A7ada-em-gest%C3%A3o.pdf
- Diário da República n.º 135/2018, Série II. Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018, Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica (pp. 19359–19370). <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Diário da República n.º 26/2019, Série II. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro (pp. 4744–4750). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

- Diário da República n.º 187/2021, Série II. Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro de 2021 - Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026) (pp. 96–103). <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). N.º 09/DGCG - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Direção-Geral da Saúde (pp. 1–4). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2007a). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (pp. 1–20). https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional_de_preve_ncao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2007b). Circular Normativa n.º 18/DSQC/DSC - Comissões de Controlo de Infecção. Direcção-Geral da Saúde (pp. 1–5). https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/comissoes_de_controlo_de_in_feccao.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2010a). Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO - Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Direção-Geral da Saúde (pp. 1–26). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdqco-de-31032010-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde. (2010b). Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis (VVS). Direção-Geral da Saúde (pp. 1–20). <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Cria%C3%A7%C3%A3o-e-Implementa%C3%A7%C3%A3o-da-Via-Verde-de-S%C3%A9psis-VVS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2010c). Orientação 007/2010 - Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Direção-Geral da Saúde (pp. 1–125). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma n.º 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Direção-Geral da Saúde (pp. 1–26). <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma n.º 015/2013 atualizada a 04/11/2015 - Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Direção-Geral da Saúde (pp. 1–16). https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Norma n.º 001/2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção-Geral da Saúde (pp. 1–8). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). Norma n.º 015/2017 - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Direção-Geral da Saúde (pp. 1–25). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2017c). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Direção-Geral da Saúde (pp. 1–10). https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Preven%C3%A7%C3%A3o_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017d). Programa De Prevenção e Controlo De Infeções E De Resistência Aos Antimicrobianos. Direção-Geral da Saúde (pp. 1–24). <https://www.sip-spp.pt/media/wupnfy5n/antimicrobianos-programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencias-2017-dgs.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2018a). Norma n.º 002/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Direção-Geral da Saúde (pp. 1–23). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2018b). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário. Direção-Geral da Saúde (pp. 1–37). <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>
- Dixe, M., Passadouro, R., Peralta, T., Ferreira, C., Lourenço, G., & Sousa, P. (2018). Determinants of non-urgent emergency department use. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº16), 41–52. <https://doi.org/10.12707/RIV17095>
- Figueira, A. I. R., Amaral, G. M. M. da S., & Carmo, T. I. G. do. (2022). A avaliação e registo da dor no serviço de urgência: um estudo transversal. *Enfermeria: Cuidados Humanizados, 11*(1), e2712. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2712>
- Fortin, M.-F. (2009). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (5ª Edição). Décarie Éditeur e Lusociência.
- Friedrich, A. W. (2019). Control of hospital acquired infections and antimicrobial resistance in Europe: the way to go. *Wiener Medizinische Wochenschrift, 169*(S1), 25–30. <https://doi.org/10.1007/s10354-018-0676-5>
- Giusti, G. D., Reitano, B., & Gili, A. (2018). Pain assessment in the Emergency Department. Correlation between pain rated by the patient and by the nurse. An observational study. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis, 89*(4-S), 64–70. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i4-S.7055>
- Glasgow Coma Scale. (2022). *What is the Glasgow Coma Scale?* Glasgow Coma Scale. <https://www.glasgowcomascale.org/what-is-gcs/>
- Grupo Trabalho Serviços Urgência. (2019). Relatório Grupo Trabalho - Serviços de Urgências (pp. 1–26). <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%AAscias.pdf>
- INE, INE | DGS/MS, PORDATA (2022, julho 1). *Óbitos por algumas causas de morte (%)*. Pordata Estatísticas Sobre Portugal e Europa. Fundação Francisco Manuel dos Santos. [https://www.pordata.pt/Portugal/%c3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758-324591](https://www.pordata.pt/Portugal/%c3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758-324591)
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012a). *Abordagem à Vítima* (1ª Edição).
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012b). *Situação de Exceção* (1ª Edição).

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Emergência Trauma* (2ª Edição).
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). Processos Assistenciais 2021: Relatório Anual (pp. 1–52).
- Kleinveld, D. J. B., Hamada, S. R., & Sandroni, C. (2022). Trauma-induced coagulopathy. *Intensive Care Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06834-7>
- Kostiuk, M., & Burns, B. (2021). Trauma Assessment. In *StatPearls*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555913/>
- Lovrenčić, P., & Rotim, C. (2019). Evaluation and care of a polytraumatized patient. *Croatian Nursing Journal*, 3(1), 93–102. <https://doi.org/10.24141/2/3/1/8>
- Marsden, N. J., & Tuma, F. (2021). *Polytraumatized Patient*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554426/>
- Martins, M. M. F. P. da S., Gonçalves, M. N. da C., Ribeiro, O. M. P. L., & Tronchin, D. M. R. (2016). Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 920–926. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0151>
- Martins, M. M., Trindade, L. de L., Vandresen, L., Amestoy, S. C., Prata, A. P., & Vilela, C. (2020). Conflict management strategies used by portuguese nurse managers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0336>
- Matiello, R., Lima, E., Coelho, M. C., Oliveira, E., Leite, F., & Primo, C. (2016). A Cultura de Segurança do Paciente na Perspectiva do Enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, 21, 1–9. <https://pdfs.semanticscholar.org/82d5/295c3464839f99a8424ffa64d63a749d05c4.pdf>
- Ministério da Saúde. (2020). Relatório Anual - Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas em 2020 (pp. 1–260). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf
- Monegro, A. F., Muppidi, V., & Regunath, H. (2022). Hospital Acquired Infections. In *StatPearls*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441857/>
- Montagna, S., Croatti, A., Ricci, A., Agnoletti, V., Albarello, V., & Gamberini, E. (2020). Real-time tracking and documentation in trauma management. *Health Informatics Journal*, 26(1), 328–341. <https://doi.org/10.1177/1460458219825507>
- Mororó, D. D. de S., Enders, B. C., Lira, A. L. B. de C., Silva, C. M. B. da, & Menezes, R. M. P. de. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323–332. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), 187–199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>
- Nunes, L. (2020). *ASPETOS ÉTICOS na investigação de Enfermagem*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (pp. 1–24). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE (pp. 1–109). Ordem dos Enfermeiros – outubro 2015. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Regulamento da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros (pp. 1–37). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissionaloe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer CE N.º 61/2017 - Atribuição de tempo para a passagem de turno. In *Conselho de Enfermagem 2016 - 2019* (pp. 1–3). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_Atribuicao_TempoPassagemTurno.pdf
- Ordem dos Médicos. (2009). Normas de Boa Prática em Trauma (pp. 1–227). https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Normas_de_Boa_Pratica_em_Trauma.pdf
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações 2018 (pp. 1–48). Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Parreira, J. G., Rondini, G. Z., Below, C., Tanaka, G. O., Pelluchi, J. N., Arantes-Perlingeiro, J., Soldá, S. C., & Assef, J. C. (2017). Relação entre o mecanismo de trauma e lesões diagnosticadas em vítimas de trauma fechado. *Revista Do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 44(4), 340–347. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017004007>
- Pinto, P. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing*, 1–7. <http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem.pdf>
- Pourvakhshoori, N., Norouzi, K., Ahmadi, F., Hosseini, M., & Khankeh, H. (2017). Nursing in disasters: A review of existing models. *International Emergency Nursing*, 31, 58–63. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.06.004>
- Ramos de Azevedo, L., Sousa, A. S., & Coelho, S. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? – revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 12–22. <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/7277>
- Rocha, E. (2017). A carga global de doença: fonte de informação para a definição de políticas e avaliação de intervenções em saúde. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 36(4), 283–285. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.02.007>

- Rocha, M. W., Oliveira, A. B. de, Araújo, D. F. de, Queiroz, A. B. A., & Paes, G. O. (2021). Safe intra-hospital care in context of vulnerability to socio-environmental disasters: implications for nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0223>
- Rodrigues, M. D. S., Galvão, I. M., & E Santana, L. F. (2017). Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado. *Revista de Medicina*, 96(4), 278. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i4p278-280>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L., & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem. (2010). Metodologia de projecto: colectânia descritiva de etapas. *Percursos*, 1–38.
- Santos, M. B. dos, Toscano, C. M., Batista, R. E. A., & Bohomol, E. (2021). Assessment of the implementation of a nurse-initiated pain management protocol in the emergency department. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1303>
- Santos, M., Santos, L., Oliveira, G., & Miranda, L. (2018). *Assistência de Enfermagem ao Paciente Politraumatizado* (Vol. 4, Issue 2, pp. 11–22). Cadernos de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde. <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/4648>
- Shang, J., Needleman, J., Liu, J., Larson, E., & Stone, P. W. (2019). Nurse Staffing and Healthcare-Associated Infection, Unit-Level Analysis. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 49(5), 260–265. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000748>
- Silva, A., & Dias, B. (2018). Registros de Enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Nursing*, 21(246), 2476–2481. <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/214/209>
- Silva, M. A., & Carvalho, R. (2013). Situação de Desastre: Atuação da Equipe de Enfermagem em Cirurgias Emergenciais. In *Revista SOBECC* (Vol. 18, Issue 2, pp. 67–76). <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/145/pdf-a>
- Soares, M. I., Camelo, S. H. H., Resck, Z. M. R., & Terra, F. de S. (2016). Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 676–683. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690409i>
- Spahn, D. R., Bouillon, B., Cerny, V., Duranteau, J., Filipescu, D., Hunt, B. J., Komadina, R., Maegele, M., Nardi, G., Riddez, L., Samama, C.-M., Vincent, J.-L., & Rossaint, R. (2019). The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fifth edition. *Critical Care*, 23(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2347-3>
- Teixeira, J., & Durão, M. (2016). Pain assessment in critically ill patients: an integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(10), 135–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>
- United Nations. (2017). Universal Declaration of Human Rights. In *United Nations* (pp. 2–14). <https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos.pdf>
- Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abrams, E. M., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., ...

- Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- World Health Organization, International Association for Trauma Surgery and Intensive Care, & International Society of Surgery / Société Internationale de Chirurgie. (2009). Diretrizes para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma. In *World Health Organization* (pp. 1–147). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-for-trauma-quality-improvement-programmes>
- World Health Organization. (2010). Safe Hospitals in Emergencies and Disasters: Structural, Non-structural and Functional Indicators (pp. 1–45). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789290614784>
- World Health Organization. (2016, agosto 18). *WHO Trauma Care Checklist*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/trauma-care-checklist>
- World Health Organization and the International Committee of the Red Cross (2018). *Basic emergency care: approach to the acutely ill and injured* (pp. 1–240). <https://www.who.int/publications/i/item/basic-emergency-care-approach-to-the-acutely-ill-and-injured>
- World Health Organization. (2018). Global Status Report on Road Safety 2018. In *World Health Organization* (pp. 1–424). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>
- World Health Organization. (2019, setembro 19). *Patient Safety*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety-OMS-2019>
- World Health Organization. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. In *World Health Organization* (pp. 1–81). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- World Health Organization. (2021, março 19). *Injuries and Violence*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>

APÊNDICES

Apêndice I – Descrição dos casos expressos na grelha de observação

n.º do Caso Clínico	Descrição
Caso Clínico n.º 1	Pessoa vítima de acidente de viação, com suspeita de fratura da bacia, VVT ativada pelo pré-hospitalar. Encaminhada para sala de emergência após a triagem. A abordagem primária realizada pelo enfermeiro, seguindo a sequência ABCDE foi incompleta, tendo sido observada apenas alguns aspetos preconizados pela abordagem ABCDE. A avaliação secundária foi realizada na totalidade em colaboração com a equipa médica. Os registos seguiram o se encontra padronizado no SU para uma pessoa alocada à sala de emergência, consistindo apenas no diagnóstico “sala de emergência” onde a intervenção de enfermagem associada irá especificar o motivo da admissão à sala de emergência, complementados pelo registo das atitudes terapêuticas e por uma nota de enfermagem mais detalhada.
Caso Clínico n.º 2	Pessoa com esmagamento da mão esquerda por máquina industrial, na triagem foi contactada a ortopedia, não tendo sido ativa a VVT. Encaminhada para área cirúrgica para observação pela ortopedia. A abordagem primária realizada pelo enfermeiro, de acordo com a sequência ABCDE restringiu-se em grande parte ao ponto da circulação com controlo da hemorragia. Por sua vez a avaliação secundária foi realizada na totalidade. Os registos consistiram apenas na colocação das atitudes terapêuticas e por uma nota de enfermagem mais detalhada para posterior transferência inter-hospitalar.
Caso Clínico n.º 3	Pessoa vítima de acidente com moto4, VVT ativada no pré-hospitalar, trazida com acompanhamento da SIV, apresentava com luxação coxofemoral à esquerda já reduzida pela equipa do pré-hospitalar. Encaminhada para área cirúrgica após triagem. A abordagem primária realizada pelo enfermeiro, seguindo a sequência ABCDE foi incompleta e a avaliação secundária foi realizada na totalidade em colaboração com a equipa médica. Os registos consistiram nas atitudes terapêuticas, completados por uma nota de enfermagem.
Caso Clínico n.º 4	Pessoa vítima de queda de cerca de 2 metros de altura, com TCE, hipocoagulada, não foi ativada VVT na triagem e encaminhada para área cirúrgica. A abordagem primária realizada pelo enfermeiro, segundo a sequência ABCDE foi realizada de forma muito

	incompleta em todos os seus aspetos e a avaliação secundária foi realizada na totalidade em colaboração com a equipa médica. Os registos abrangeram as atitudes terapêuticas e uma nota de enfermagem.
Caso Clínico n.º 5	Pessoa vítima de acidente de moto a mais de 30km/h, apresentava fratura do fémur, fratura exposta da tibiotársica e choque hipovolémico, trazida com acompanhamento da VMER, ativada VVT no pré-hospitalar e encaminhada para sala de emergência. A abordagem primária realizada pelo enfermeiro, de acordo com a sequência ABCDE foi a mais completa observada e a avaliação secundária foi realizada na totalidade em colaboração com a equipa médica. Os registos seguiram o que se encontra padronizado no SU para uma pessoa alocada na sala de emergência, tendo sido complementados pelo registo das atitudes terapêuticas e pela nota de enfermagem mais detalhada.
Caso Clínico n.º 6	Pessoa vítima de acidente de moto a mais de 30km/h, com TCE e trauma abdominal, trazida com acompanhamento da SIV, ativada VVT no pré-hospitalar, contudo a informação não tinha chegado à unidade hospitalar pelo que foi ativada na triagem a VVT e encaminhada para sala de emergência. A abordagem primária, de acordo com a sequência ABCDE foi muito incompleta e a avaliação secundária foi realizada na totalidade em colaboração com a equipa médica. Os registos seguiram o se encontra padronizado no SU para uma pessoa alocada na sala de emergência, tendo sido complementados pelo registo das atitudes terapêuticas e pela nota de enfermagem mais detalhada.

Apêndice II – Cronograma do Planeamento de Atividades do Projeto de Intervenção em Serviço

Etapas do Projeto	Atividades	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
Diagnóstico de situação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reunir Enf.º Gestor, Enf.ª Orientadora e Enf.ª Coorientadora; ✓ Identificar a necessidade a intervir; ✓ Identificar o circuito da VVT implementado; ✓ Realizar observação não participativa; ✓ Realizar teste diagnóstico; ✓ Realizar análise SWOT; ✓ Realizar pesquisa bibliográfica. 						
Definição dos objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reunir com Enf.º Gestor, Enf.ª Orientadora e Enf.ª Coorientadora; ✓ Definir o objetivo geral; ✓ Definir os objetivos específicos. 						
Planeamento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar pesquisar bibliográfica; ✓ Elaborar o cronograma; ✓ Selecionar documentação pertinente; ✓ Reunir e envolver a equipa multidisciplinar envolvida no projeto; ✓ Definir os recursos necessários; ✓ Reunir com o Enf.ª Gestor, Enf.ª Orientadora e Enf.ª Coorientadora para calendarização da atividade formativa. 						
Execução	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planear atividade formativa; ✓ Elaborar atividade formativa; ✓ Divulgar atividade formativa; ✓ Apresentar atividade formativa; ✓ Avaliar conhecimentos após a atividade formativa. 						
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar o projeto; ✓ Avaliar a atividade formativa. 						
Divulgação dos resultados	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Divulgar o relatório no Repositório da Universidade do Minho; ✓ Elaborar uma comunicação oral. 						

Apêndice III – Plano de sessão da Atividade Formativa

Ação de formação: Abordagem da pessoa vítima de trauma			
Local: Auditório, sala do arquivo e sala de formação da consulta externa.		Pré-requisitos: Enfermeiros do Serviço de Urgência que prestam cuidados de saúde à pessoa vítima de trauma.	
Formadores: Andreia Mendes, Sérgio Martins e Júlio Carvalho.			
Coordenador Pedagógico: Maria Madalena Alves			
Público-Alvo: Enfermeiros do Serviço de Urgência			
Data: 22 de junho de 2022	Horário: 8:30-13:00 horas	Duração: 4 horas e 30 minutos	N.º de sessões: 1
<p>Objetivo geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolver as competências dos enfermeiros na abordagem à pessoa vítima de trauma para tomadas de decisão objetivas, rápidas e eficazes na assistência à pessoa vítima de trauma; <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecer a problemática do trauma; ✓ Uniformizar a abordagem da pessoa vítima de trauma; ✓ Sistematizar os cuidados de enfermagem na abordagem à pessoa vítima de trauma; ✓ Definir o conceito de VVT; ✓ Reconhecer a importância da VVT na abordagem à pessoa vítima de trauma; ✓ Sistematizar critérios para a tomada de decisão na VVT; ✓ Definir os papéis dos intervenientes na abordagem à pessoa vítima de trauma; ✓ Aplicar os conhecimentos adquiridos durante a sessão teórica em bancas práticas em diversas situações de trauma; 			

- ✓ Aplicar os conhecimentos adquiridos na sessão através da realização de uma ficha de avaliação.
- ✓ Obter uma percentagem de sucesso igual ou superior a 50% na ficha de avaliação sumativa.

Fase	Conteúdos programáticos	Duração	Metodologia	Recursos técnicos e pedagógicos	Avaliação
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação do tema; ✓ Comunicar o conteúdo e objetivos da sessão. 	10min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Computador e projetor; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação formativa; ✓ Aplicação do questionário de avaliação da atividade formativa.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Problemática do trauma; ✓ Mecanismo de trauma; ✓ Via Verde de Trauma; ✓ Abordagem à pessoa vítima de trauma; ✓ Cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma; ✓ Técnicas de trauma; ✓ Bancas práticas de trauma. 	230min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Método expositivo ✓ Método reflexivo ✓ Método interativo ✓ Método de <i>role playing</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Material de trauma e macas. ✓ Ficha de avaliação sumativa; ✓ Questionário de avaliação e satisfação da formação. 	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Síntese e esclarecimento de dúvidas; ✓ Realização da ficha de avaliação; ✓ Avaliação da atividade formativa; ✓ Apresentação da bibliografia; ✓ Encerramento. 	30min			

Apêndice IV – Apresentação da Atividade Formativa

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

COORDENADOR PEDAGÓGICO: MARIA MADALENA ALVES
FORMADORES: ANDREIA MENDES, SÉRGIO MARTINS, JÚLIO CARVALHO

JUNHO DE 2022

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Objetivo Geral

Aumentar os conhecimentos científicos teórico-práticos dos enfermeiros na abordagem à pessoa vítima de trauma para tomadas de decisão objetivas, rápidas e eficazes na assistência à pessoa vítima de trauma.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Problemática do Trauma

- ✓ Anualmente é responsável pela morte de 5,8 milhões pessoas (1 em cada 10 mortes);
- ✓ Elevado número com sequelas (18% do total de doenças a nível global);
- ✓ Principal causa de morte em pessoas até os 44 anos (American College of Surgeons, 2018; WHO et al., 2009);
- ✓ Nos EUA, anualmente é responsável por 50 milhões de admissões no SU;
- ✓ Os acidentes de viação são a principal causa de morte por lesão em todo o mundo (Kostjuk & Burns, 2021; American College of Surgeons, 2018);
- ✓ Principal causa de perda de saúde devido a doença ou morte prematura (DALY) entre os 10-49 anos;
- ✓ As quedas são a principal causa de DALY nas pessoas com mais de 75 anos (Vos et al., 2020).

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Objetivos Específicos

- ✓ Conhecer a problemática do trauma;
- ✓ Uniformizar a abordagem da pessoa vítima de trauma;
- ✓ Sistematizar os cuidados de enfermagem na abordagem à pessoa vítima de trauma;
- ✓ Definir o conceito de Via Verde de Trauma (VVT);
- ✓ Reconhecer a importância da VVT na abordagem à pessoa vítima de trauma;
- ✓ Sistematizar critérios para a tomada de decisão na VVT;
- ✓ Definir os papéis dos intervenientes na abordagem à pessoa vítima de trauma;
- ✓ Aplicar os conhecimentos adquiridos durante a sessão teórica em bancas práticas em diversas situações de trauma;
- ✓ Aplicar os conhecimentos adquiridos na sessão através da realização de uma ficha de avaliação.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Problemática do Trauma

- ✓ Em Portugal, é uma das causas mais importantes de mortalidade e morbidade, em especial na população mais jovem (DGS, 2010; Ordem dos Médicos, 2009);
- ✓ Em 2020, os acidentes, envenenamentos e a violência representam a 6ª causa de morte (3,4%) (PORDATA, 2022);
- ✓ Dados de 2021: Mais acidentes (8,8%), menos vítimas mortais, mas mais acidentes com feridos graves (+13,9%) e mais feridos leves. As colisões e os despistes representam 87,7% das mortes em 2021 (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2022).

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Sumário

- ✓ Problemática do trauma;
- ✓ Mecanismo de lesão e Cinemática de trauma;
- ✓ Via Verde de Trauma (VVT);
- ✓ Triagem de Manchester da pessoa vítima de trauma;
- ✓ Abordagem à pessoa vítima de trauma;
- ✓ Cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma;
- ✓ Técnicas de trauma;
- ✓ Bancas práticas de trauma.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Trauma

Trauma	Politraumatismo
<ul style="list-style-type: none">• Doença que resulta da troca de energia entre o meio ambiente e o corpo, provocando diversas lesões nos diferentes sistemas e órgãos (Parrera et al., 2017);• Um agente (energia), um vetor (veículo, arma de fogo, entre outras), um hospedeiro (a pessoa) (Santos et al., 2018).	<ul style="list-style-type: none">• Múltiplas lesões, envolvendo vários órgãos ou sistemas (Marsden & Tuma, 2021);• Resulta de um grande desprendimento de energia, como quedas, acidentes de viação, atropelamentos e ferimentos por armas de fogo... (Santos et al., 2018).

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Trauma

Primeiro Pico

- Primeiros segundos a minutos;
- Lesões fatais.

Terceiro Pico

- Vários dias ou semanas;
- Sepsis e/ou disfunção multiorgânica.

Segundo Pico

- Minutos a várias horas;
- Lesões potencialmente fatais;
- Golden Hour.

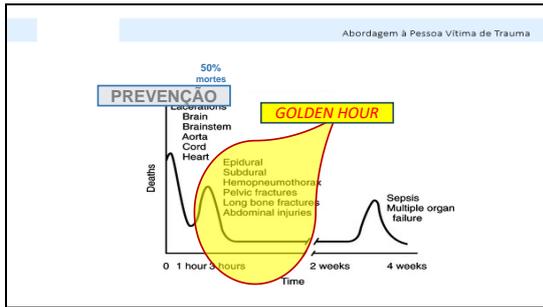
The content and skills presented in this course are designed to assist doctors in providing emergency care for trauma patients. The concept of the "golden hour" underlines the importance of the immediate treatment of injured patients and is not intended to represent a fixed time period of 60 minutes. Rather, it is the window of opportunity during which doctors can have a positive impact on the morbidity and mortality associated with injury. The ATLS course provides the essential information and skills for.

Fonte: American College of Surgeons, 2018, p. xxii.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Cinemática de Trauma

Qual a aparência do local?	Qual a deformidade do veículo?	Tipo de acidente?	Tipo de impacto?
Qual a velocidade a que circulavam?	As vítimas tinham cinto de segurança?	O airbag disparou?	Tinha capacete? Quem o retirou?
As crianças estavam adequadamente presas nos dispositivos de retenção?	Foram projetados? Distância da projeção?	Como era o chão do local da projeção ou da queda?	As vítimas já tinham sido mobilizadas antes da 1ª equipa?



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Cinemática de Trauma

$\vec{F}_R = m\vec{a}$

1ª Lei de Newton (Lei da Inércia)

Lei da Conservação da Energia.

2ª Lei de Newton (Princípio Fundamental da Dinâmica)

3ª Lei de Newton (Lei da Ação e Reação)

$E_c = \frac{mv^2}{2}$

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Mecanismo de Lesão

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Cinemática de Trauma

Análise do incidente no pré-hospitalar

Recolha dessa informação a nível hospitalar

Compreender melhor o estado clínico da vítima

Identificação precoce de determinadas lesões graves

Reconhecimento precoce da potencial necessidade de transferência.

Identificar 90% das lesões



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Mecanismos de lesão

Fechados

Penetrante

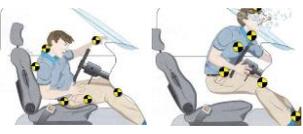
Explosão

Queimaduras

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Trauma Fechado – Automóveis

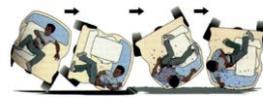
- ✓ Impacto frontal;



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Trauma Fechado – Automóveis

- ✓ Impacto frontal;
- ✓ Impacto traseiro;
- ✓ Impacto lateral;
- ✓ Impacto rotacional;
- ✓ Capotamento.



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Trauma Fechado – Automóveis

- ✓ Impacto frontal;
- ✓ Impacto traseiro;



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Trauma Fechado - Motociclos

- ✓ Impacto frontal;



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Trauma Fechado – Automóveis

- ✓ Impacto frontal;
- ✓ Impacto traseiro;
- ✓ Impacto lateral;



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Trauma Fechado - Motociclos

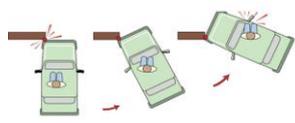
- ✓ Impacto frontal;
- ✓ Impacto angular;



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Trauma Fechado – Automóveis

- ✓ Impacto frontal;
- ✓ Impacto traseiro;
- ✓ Impacto lateral;
- ✓ Impacto rotacional;



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Trauma Fechado - Motociclos

- ✓ Impacto frontal;
- ✓ Impacto angular;
- ✓ Ejeção.



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Atropelamento

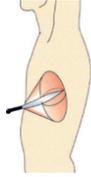
- Padrão depende da idade e do tipo de veículo.



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Trauma Penetrante - Armas

- Baixa energia – Facas, picadores de gelo
 - Cone de lesão
 - Agressor homem/mulher



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Quedas

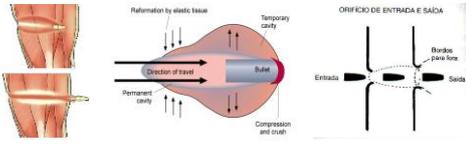
- Síndrome Don Juan



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Trauma Penetrante - Armas

- Média e alta velocidade



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

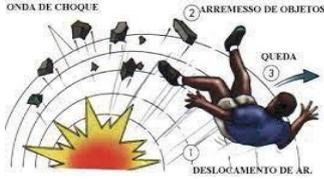
Quedas

- Síndrome Don Juan
- Queda para a Frente ("braços estendidos")



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Explosões



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Quedas

- Síndrome Don Juan
- Queda para a Frente ("braços estendidos")
- Queda de Cabeça



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Queimaduras



Térmicas Elétricas Químicas Radiação

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

1º Grau Epiderme e Dermis	2º Grau Epiderme e Dermis e estruturas profundas	3º Grau Epiderme, Dermis e estruturas profundas
Queimadura Superficial de Espessura Parcial	Queimadura de Espessura Parcial	Queimadura de Espessura Total

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Via Verde Trauma

- Estratégia organizada de abordagem, encaminhamento e tratamento, ao longo do pré, intra e inter-hospitalares, para as situações clínicas mais frequentes e/ou graves;
- Melhorar a acessibilidade no acesso rápido ao tratamento mais adequado e eficaz.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Abb. 1: 9-11-Regel nach Wallace

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Via Verde Trauma

Circular Normativa n.º 07/DGS/DQCO de 31 de março de 2010
"Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado"

- Critérios de ativação da Equipa de Trauma (Triage);
- Existência de equipa de trauma organizada, com coordenador definido;
- Registos clínicos;
- Avaliação primária (realizada em menos de 20 minutos);
- Avaliação secundária (realizada em menos de 1 hora), (DGS, 2010).

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Via Verde Trauma

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Via Verde Trauma – Critérios de Ativação

Sinais Vitais e Nível de Consciência:	
• Frequência Respiratória > 30 ou < 10 vezes / minuto	<input type="checkbox"/>
• SpO ₂ < 90% sem O ₂ suplementar	<input type="checkbox"/>
• Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg	<input type="checkbox"/>
• Escala de Coma de Glasgow < 14 ou quando > 2 pontos desde acidente	<input type="checkbox"/>
Anatomia de Lesão:	
• Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, pelvis, proximal ao cotovelo e ou joelho	<input type="checkbox"/>
• Fratura de fêmur costal	<input type="checkbox"/>
• Fratura de 2 ou + ossos longos	<input type="checkbox"/>
• Fratura de bacia com deslocamento	<input type="checkbox"/>
• Amputação proximal ao punho ou ao tornozelo	<input type="checkbox"/>
• Amputação torçã a parietal	<input type="checkbox"/>
• Queimadura 1º Grau > 30% ou 2º Grau > 5%	<input type="checkbox"/>
• Queimadura com inalação	<input type="checkbox"/>
• Queimaduras de face, pescoço, tórax, perineo, circunferenciais mãos ou pés	<input type="checkbox"/>
• Outros critérios organizacionais	<input type="checkbox"/>
Mecanismo de lesão	
• Propulsão pelo veículo ou ejetor do veículo	<input type="checkbox"/>
• Queda de altura superior a 3 metros	<input type="checkbox"/>
• Queda em 2 metros	<input type="checkbox"/>
NOTA: Considerar fatores de comorbilidade como: ambiente térmico hostil, idade > 60 anos, Antecedentes de doença hipertensiva, cardíaca, hepática, hematológica, immunossupressão, obesidade, gravidez.	

Fonte: Circular Normativa n.º 07/DGS/DQCO de 31 de março de 2010

Sala de emergência

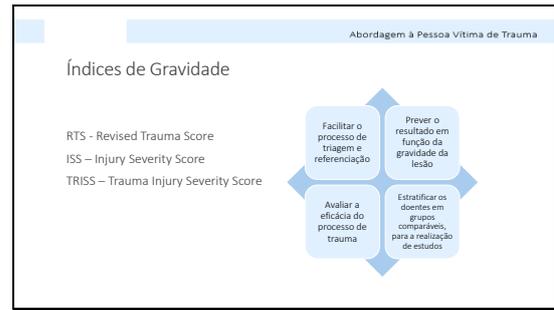
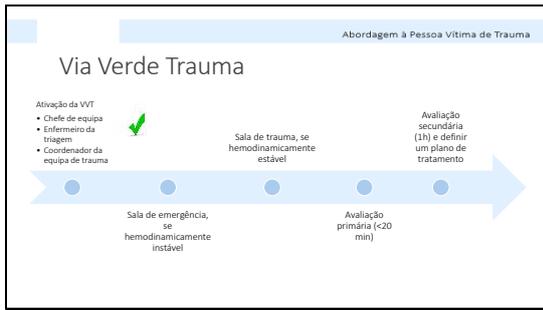
Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Via Verde Trauma

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Via Verde Trauma – Critérios relativos

Energia e Mecanismo de Lesão	Fatores de Comorbilidade
Mortes no mesmo veículo;	Ambiente térmico hostil;
Encarceramento > 30min;	Idade > 60 anos;
Acidente entre veículos de 2 rodas e outro;	Doença médica limitante: Respiratória, Cardíaca, Hepática, Hematológica, Imunossupressão, Obesidade;
Acidente entre veículos de 2 rodas > 30km/h;	Gravidez;
Atropelamento;	Terapêutica de risco: Bloqueadores, digitálicos, anticoagulantes;
Deformidade/ intrusão de material no veículo;	Intoxicação Substância de Abuso;
Acidente > 50km/h.	Intoxicação alcoólica.



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

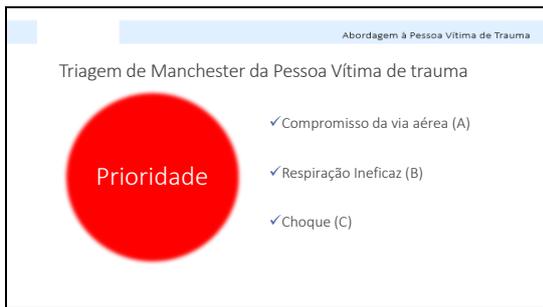
Triagem de Manchester da Pessoa Vítima de trauma

1. Agitação	12. Cianose central (P)	23. Dor torácica	34. Hemorragia externa	45. Problemas de conduta
2. Alterações	13. Cefaleia	24. Dor abdominal	35. Intoxicação no adulto	46. Problemas urinários
3. Anorexia	14. Cianose periférica	25. Dor torácica	36. Intoxicação no bebé	47. Queda
4. Auto-agressão	15. Diarreia	26. Encefalopatia aguda	37. Lesão torácica abdominal	48. Queda de profundidade e velocidade
5. Alterações da consciência (P)	16. Cianose periférica (P)	27. Encefalopatia crónica	38. Abordagem e cuidado	49. Sotrobragagem e envenenamento
6. Cefaleia	17. Cianose central	28. Estado de inconsciência: amnésia	39. Alterações da pupila (P)	50. T.C.E. Trauma crítico-escalado
7. Comprometimento extensor	18. Cianose secundária hemodinâmica	29. Exatidão e qualidade	40. Pupila fixa	
8. Convulsões	19. Dor abdominal	30. Fases	41. Problemas hematológicos	51. Cabeceira - Avaliação primária
9. Exatidão	20. Dor abdominal (cont.) (P)	31. Grande hematomas	42. Problemas locais	52. Cabeceira - Avaliação secundária
10. Cianose periférica (cont.) (P)	21. Dor torácica	32. Grande	43. Problemas nos membros	
11. Cianose periférica (cont.) (P)	22. Dor de cabeça	33. Hemorragia gastrointestinal	44. Problemas dermatológicos	Ver mais detalhes

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Revised Trauma Score (RTS)

FR	PARTS	GCS	ÍNDICE
10-29	> 89 mmHg	13-15	4
> 29	76-89	9-12	3
6-9	50-75	6-8	2
1-5	1-49	4-5	1
Nenhum	0	3	0



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Injury Severity Score (ISS)

ÍNDICE - LESÃO	REGIÃO
1 - Menor (leve)	Cabeça e Pescoço
2 - Moderado	Face
3 - Severo (grave sem ameaça à vida)	Tórax
4 - Severo (grave com ameaça à vida)	Abdómen e Pélvis
5 - Crítico (sobrevivência incerta)	Extremidades e Bacia (óssea)
6 - Letal (não sobrevivente)	Externo - Geral

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

COORDENADORES DAS EQUIPES DE TRAUMA NO SUMC

Equipa A -
Equipa B -
Equipa C -
Equipa D -
Equipa E -

Ativação da VV Trauma através do contacto telefónico

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Trauma and Injury Severity Score (TRISS)

	b	b1 (RTS)	b2 (ISS)	b3 (A)
Fechado	-1.2470	0.9544	-0.0768	-1.9052
Penetrante	-0.6029	1.1430	-0.1516	-2.6676

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Abordagem à pessoa vítima de trauma

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Avaliação Primária

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

A - Via Aérea com controlo da cervical

A OVA é uma emergência médica;

Avaliar a permeabilidade da VA:

- ✓ Inspeccionar cavidade oral e remover corpos estranhos, sangue, vômito, secreções, dentes partidos, próteses dentárias soltas;
- ✓ Identificar edema da língua, úvula ou outras estruturas;
- ✓ Identificar traumatismo faciais, mandibulares e/ou traqueais/laríngeas e outras lesões que possam resultar em OVA como queimaduras da face e do pescoço;
- ✓ Pesquisar sinais de OVA total e de OVA parcial.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

- O planeamento é essencial.
- A transferência deve ser um processo tranquilo, dirigido pelo team leader.
- Sala de emergência disponível, devidamente equipada e preparada.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

A - Via Aérea com controlo da cervical

Garantir a permeabilização da VA através das seguintes medidas:

- ✓ Aspirar sempre que necessário;
- ✓ Desobstruir VA (subluxação da mandíbula);

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Avaliação Primária (ABCDE)

- Identificar a pessoa em situação crítica
- Identificar as situações potencialmente fatais e abordar de acordo com a sua prioridade.

Avaliação Secundária

- Exame rigoroso e detalhado de cada segmento corporal
- Identificar e corrigir o maior número possível de lesões.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

A - Via Aérea com controlo da cervical

Garantir a permeabilização da VA através das seguintes medidas:

- ✓ Aspirar sempre que necessário;
- ✓ Desobstruir VA (subluxação da mandíbula);
- ✓ Uso de adjuvantes da VA;
- ✓ Estabelecer uma VA definitiva se houver alguma dúvida sobre a capacidade da vítima de manter a integridade da VA.
- ✓ Pessoas com queimaduras faciais ou com potenciais lesões por inalação considerar a entubação preventiva (risco de compromisso respiratório);
- ✓ A utilização da via nasal está contraindicada na suspeita de TCE (avaliar sinais e sintomas sugestivos de fratura da base do crânio).

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

A - Via Aérea com controlo da cervical

A. Chin de levantar a traqueia. B. Empurrar do dorso língua para cima para levantar a traqueia. C. Manter de frente. D. Inserir o tubo de oxigénio.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

C - Circulação com controlo da Hemorragia

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

A - Via Aérea com controlo da cervical

Colar cervical → Inspeção e palpação do pescoço

- ✓ Tumefações ou feridas;
- ✓ Vasos sangrantes;
- ✓ Enfisema subcutâneo e/ou fratura da laringe;
- ✓ Desvio da traqueia;
- ✓ Ingurgitamento jugular.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

C - Circulação com controlo da Hemorragia

Principais áreas de hemorragia interna:

- ✓ Tórax;
- ✓ Abdómen;
- ✓ Retroperitoneu;
- ✓ Bacia;
- ✓ Ossos longos.

Exame físico e de meios complementares de diagnóstico rápidos.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

B - Ventilação e oxigenação

- ✓ Monitorização da oximetria de pulso e administração de O₂ (SpO₂ ≥ 95% → PaO₂ > 70 mm Hg, Grávidas SpO₂ ≥ 97% e pessoa com DPOC SpO₂ entre 88% e os 92%.
- ✓ Expor tórax e pesquisar:
 - Presença de lesões;
 - Sinais de dificuldade respiratória (sudorese, cianose, respiração abdominal, uso de musculatura acessórias);
 - Presença de ruídos respiratórios;
 - Avaliar a FR, amplitude, simetria e padrão.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

C - Circulação com controlo da Hemorragia

Identificar as lesões que carecem de intervenção cirúrgica imediata (hemorragia torácica maciça, hemorragia intraperitoneal/retroperitoneal, disjunção da bacia com hemorragia não controlada e lesões vasculares graves).

- ✓ Controlar hemorragia:
 - Pressão manual direta;
 - Estabilização e imobilização de fraturas pélvicas, do fémur e do úmero;
 - Torniquete (hemorragia exsanguinante e maciça).

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

B - Ventilação e oxigenação

- ✓ Palpação torácica (zonas dolorosas, de instabilidade da parede torácica e de crepitações);
- ✓ Percussão torácica (hiperressonância / macicez);
- ✓ Pessoa ventilada: monitorar dos níveis de CO₂ expirado através da capnografia;

Identificar as situações com risco de vida e que requerem intervenção imediata (pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto, tamponamento cardíaco, hemotórax maciço, retalho costal móvel e obstrução da VA).

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

C - Circulação com controlo da Hemorragia

- ✓ Palpação abdominal e dos ossos longos e à identificação dos quadrantes aparentemente lesados (dor, abrasões, hematomas, feridas ou evisceração);
- ✓ Palpação da bacia:
 - Sinais de instabilidade, crepitação ou dor

↓
Imobilização

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

C – Circulação com controlo da Hemorragia



- ✓ Avaliação hemodinâmica:
 - ✓ Pele (coloração, temperatura e humidade);
 - ✓ Pulso central e/ou periférico (amplitude, preenchimento, ritmo e frequência);
 - ✓ Tempo de preenchimento capilar (<2 segundos);
 - ✓ Débito urinário;
 - ✓ Tensão arterial;
 - ✓ Ritmo cardíaco.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

C – Circulação com controlo da Hemorragia



Trauma grave + elevado risco de coagulopatia
↓
Ácido tranexâmico nas primeiras 3 horas após a lesão
↓

- ✓ Dose de carga: 1g (2 ampolas de 500mg/5ml), diluído em 100ml de SF, em perfusão durante 10 minutos;
- ✓ Perfusão de 1g (2 ampolas de 500mg/5ml), diluído em 40ml de SF a 5cc/h nas 8h seguintes (Brito da Silva, 2016; American College of Surgeons, 2018; Spahn et al., 2019).

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

C – Circulação com controlo da Hemorragia



- ✓ Reposição adequada do volume intravascular:
 - Acesso vascular (2 acessos de grande calibre);
 - Colheita de amostras de sangue para estudo analítico (teste de gravidez mulheres em idade fértil e tipagem) e gasimetria;

Elevado risco de coagulopatia

- ✓ Cristaloídes aquecidos (37°C e 40°C):

↓

Resposta da vítima à administração de fluido (inclui qualquer fluido administrado no pré-hospitalar).

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

C – Circulação com controlo da Hemorragia



Queimadura → Diminuição do volume sanguíneo circulante

Cálculo da necessidade de reposição de fluidos - **Fórmula de Parkland**

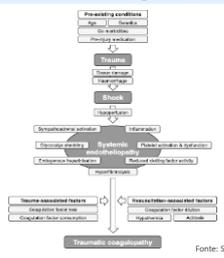
4 ml x Kg x % área queimada

Primeiras 8h – metade dos fluidos (Lactato de Ringer)
Nas 16h seguintes - restante metade

→ Após 24 h – ajustar ao débito urinário
Adultos – 0.5 ml/Kg/h

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

C – Circulação com controlo da Hemorragia

Fonte: Spahn et al. (2019)

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

D – Disfunção Neurológica



- ✓ Avaliar estado de consciência (GCS);
- ✓ Reação pupilar (tamanho, simetria e reatividade);
- ✓ Lateralização da resposta motora;
- ✓ Nível da lesão vertebro-medular;
- ✓ Glicémia capilar;
- ✓ Excluir condições que influenciam o nível de consciência (hipóxia, hipotensão, hipoglicemia, consumo de depressores do SNC como fármacos, drogas ou álcool).

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

C – Circulação com controlo da Hemorragia



- ✓ Hipotensão permissiva - TAS alvo de 80–90mmHg (PAM 50–60mmHg) até controlo da hemorragia na fase inicial após trauma sem lesão cerebral;
- ✓ Em vítimas com TCE grave (GCS ≤8), recomendam a manutenção de PAM ≥80mmHg (Spahn et al., 2019).

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

D – Disfunção Neurológica



Suspeita de traumatismo cranioencefálico (TCE)

- ✓ Pesquisar deformidades no crânio, feridas e presença de sangue ou LCR pelos ouvidos e /ou nariz.

Lesão Cerebral Primária → Resulta do efeito estrutural da lesão cerebral

Lesão Cerebral Secundária → Prevenir e limitar

Garantir a oxigenação e a TA adequada;
Prevenir hipóxia, hypoventilação, hipotensão e convulsões.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

E – Exposição e controlo da temperatura

Exposição da pessoa

↓

Avaliar todas as lesões

Dignidade e privacidade



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Avaliação Secundária

- ✓ Avaliação detalhada, realizada por segmentos corporais, da cabeça aos pés;
- ✓ História clínica (CHAMU) e exame físico completo;
- ✓ Monitorização contínua com a reavaliação de todos os sinais vitais.

↳ Visa a identificação de todas as lesões existentes.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

E – Exposição e controlo da temperatura

Exposição da pessoa

↓

Avaliar todas as lesões

Prevenir a hipotermia:

- ✓ Cobertores quentes ou dispositivo de aquecimento externo e administrar fluidos aquecidos.



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Avaliação Secundária

C H A M U

Circunstâncias do acidente

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Queimaduras

1 - Parar o processo da queimadura – remover roupa cuidadosamente e lavar com soro ou água morna.

Risco elevado de Hipotermia !

2 - QUEIMADURA CIRCUFERENCIAL – Risco de Síndrome Compartmental (cianose, > TPC, parestesia e dor profunda)

↳ Se compromisso circulatório - Fasciotomia



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Avaliação Secundária

C H A M U

História anterior de doenças e/ou Gravidez

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Queimaduras

3 – Colocar Sonda Nasogástrica se náusea, vômitos ou distensão abdominal. Queimaduras > 20% da superfície corporal.



4 – Cuidados de Penso: Lençóis esterilizados; não romper flictenas nem aplicar agentes antissépticos; remover todo o medicamento tópico que se tenha aplicado anteriormente, não aplicar compressas frias.

Verificar o estado de imunização antitetânica.



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Avaliação Secundária

C H A M U

Alergias

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Avaliação Secundária

C H A M U

Medicação habitual

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Cuidados de Enfermagem



- ✓ Preparar a sala de emergência / sala de trauma e verificar a sua funcionalidade;
- ✓ Realizar Triage de Manchester e se indicado ativar a VVT;
- ✓ Preparar o acolhimento da pessoa vítima de trauma;
- ✓ Colaborar na transferência da pessoa vítima de trauma para a maca da sala de emergência / sala de trauma;

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Avaliação Secundária

C H A M U

Última refeição

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Cuidados de Enfermagem



- ✓ Assegurar a segurança na mobilização da pessoa segundo os procedimentos mais adequados;
- ✓ Realizar e colaborar na Avaliação Primária ABCDE, implementando as intervenções adequadas;
- ✓ Recolher informação segundo a mnemónica CHAMU;
- ✓ Realizar e colaborar na Avaliação Secundária implementando as intervenções adequadas;

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Avaliação Secundária

- ✓ Cabeça e pescoço;
- ✓ Tórax;
- ✓ Abdómen;
- ✓ Bacia e períneo;
- ✓ Membros superiores e inferiores;
- ✓ Dorso e superfícies posteriores.

Controlo da temperatura corporal!!

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Cuidados de Enfermagem



- ✓ Proceder à monitorização e avaliação dos sinais vitais e monitorização da dor;
- ✓ Colocar acesso venoso periférico (2 de grande calibre), colher sangue para estudo analítico (teste de gravidez + tipagem) e gasimetria;
- ✓ Administrar terapêutica e fluidos segundo prescrição médica;

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Papéis dos Intervenientes



Equipa multidisciplinar:

- ✓ Cirurgiões e Ortopedistas;
- ✓ Médicos de outras especialidades;
- ✓ Enfermeiros;
- ✓ Assistentes operacionais;
- ✓ Técnicos de radiologia;
- ✓ Técnicos laboratoriais;
- ✓ Técnicos de Imunohemoterapia.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Cuidados de Enfermagem



- ✓ Algiar, exceto se suspeita de lesão uretral (sangue no meato ou escroto, equimose perineal, suspeita de fratura pélvica);
- ✓ Vigiar e monitorizar débito urinário;
- ✓ Promover medidas de conforto;
- ✓ Colaborar em procedimentos invasivos, se necessário;

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Cuidados de Enfermagem



- ✓ Preparar a transferência para local de tratamento definitivo;
- ✓ Realizar registos de enfermagem;
- ✓ Comunicar situação da pessoa à família/pessoa significativa;
- ✓ Coordenar e supervisionar os AOs, garantindo o bom funcionamento dos AOs.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Técnica de trauma

- ✓ Projeção da vítima do veículo acidentado;
- ✓ Vítima de atropelamento;
- ✓ Vítima encarcerada;
- ✓ Vítima de queda > 3 metros;
- ✓ Vítima de acidente em veículo de 2 rodas > 30 Km/hora;
- ✓ Vítima de acidente em veículo ligeiro > 50 Km/hora;
- ✓ Vítima cujo veículo apresenta grande deformidade/intrusão dentro do veículo;
- ✓ Vítima de Capotamento;
- ✓ Mortes no mesmo veículo.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Assistente Operacional

- ✓ Transporte da pessoa para a Sala Emergência / sala de Trauma;
- ✓ Colaborar na transferência da pessoa vítima de trauma para a maca;
- ✓ Auxiliar na exposição da pessoa de acordo com indicação da equipa médica / enfermagem;
- ✓ Auxiliar a equipa médica / enfermagem;
- ✓ Proceder à recolha e demais pertences da pessoa e colaborar na realização do espólio;
- ✓ Assegurar o transporte da pessoa para a realização de MCDT;
- ✓ Assegurar o envio e a recolha dos resultados dos exames efetuados sem demoras;
- ✓ Assegurar o encaminhamento da pessoa de acordo com indicação da equipa médica / enfermagem.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Material de Trauma



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Técnicas de Trauma



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Material de Trauma



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Técnica de trauma

- ✓ Estabelecer o conjunto de procedimentos mais adequados que maximize a segurança na mobilização da pessoa vítima de trauma;
- ✓ Na execução das Técnicas de Trauma entende-se por "1º elemento", aquele que fica à cabeça da vítima, sendo responsável pelas "vozes" na execução das técnicas;
- ✓ A função sensório-motora e a perfusão dos membros deve ser avaliada antes e depois das técnicas de imobilização.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Estabilização manual e colocação de colar cervical

Objetivos	Indicações	Contraindicações	Nº de Elementos
<ul style="list-style-type: none"> • Manter a região cervical alinhada em posição neutra; • Colocação correta do colar cervical de tamanho adequado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismo de lesão sugestivo de trauma vertebro-medular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resistência ou impossibilidade de alinhamento por queixas; • Objeto empalado; • Hematoma expansivo; • Fratura complexa; • Deformação evidente; • Oclusão de traqueostomia*. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dois elementos

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Estabilização Manual da Cabeça



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Rolamento a três elementos



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Colocação do Colar Cervical



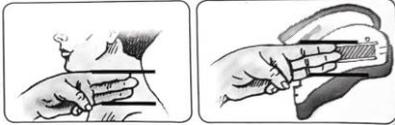
Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Rolamento a quatro elementos



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Colar Cervical



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Levantamento em Bloco

Objetivos	Indicações	Contraindicações	Elementos
<ul style="list-style-type: none"> Levantar para ou de dispositivo de imobilização. 	<ul style="list-style-type: none"> Levantamento para ou de dispositivo de imobilização ou transporte. 	<ul style="list-style-type: none"> Menos de quatro elementos treinados para a sua execução. 	<ul style="list-style-type: none"> Seis elementos.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Rolamento

Objetivos	Indicações	Precauções	Nº de Elementos
<ul style="list-style-type: none"> Mobilizar para ou remoção do dispositivo de imobilização. 	<ul style="list-style-type: none"> Mobilização para o dispositivo de imobilização ou transporte; Lateralização na suspeita de trauma vertebro-medular (examinar a região posterior). 	<ul style="list-style-type: none"> Suspeita de trauma da bacia; Trauma bilateral dos membros; Objetos empalados; Eviscerações. 	<ul style="list-style-type: none"> Três a quatro elementos

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Levantamento em Bloco



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Levantamento em Bloco

- 1 – O 1º elemento manterá o alinhamento e a imobilização em posição neutra e comandará os movimentos;
- 2 – O 2º e 3º elementos (ajoelhados) de um dos lados da vítima e o 4º e 5º elementos do outro lado (com o mesmo joelho no chão) colocam corretamente os membros superiores e inferiores da vítima de forma a permitir o levantamento;
- 3 – O 6º elemento pegará no Plano Duro, que a seu tempo introduz debaixo da vítima;
- 4 – Os elementos posicionados lateralmente à vítima, colocam as mãos sobre esta, para perceberem a sua correta localização durante o levantamento. O 1º elemento dará indicação 'Colocar mãos!';
- 5 – Introduzir as mãos debaixo da vítima, nas localizações definidas, sem perturbar o alinhamento, com movimentos de deslizamento. O 1º elemento dará indicação 'Introduzir!';

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Cinto pélvico

Objetivos	Indicações	Contraindicações	Nº de Elementos
<ul style="list-style-type: none"> Estabilizar fraturas pélvicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Suspeita de fratura pélvica. 	<ul style="list-style-type: none"> Objeto empalado. 	<ul style="list-style-type: none"> Dois elementos.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Levantamento em Bloco

- 6 – Levantar aquando a indicação expressa do 1º elemento: 'À minha voz três, levantar!';
- 7 – O Plano Duro será introduzido por baixo da vítima, pelo lado dos pés, de forma que o topo do plano fique a um nível superior ao da cabeça da vítima;
- 8 – Sob indicação do 1º elemento, o abaixamento em bloco, de forma que a vítima fique posicionada com a cabeça colocada no topo do plano e o corpo centrado: 'Baixar!';
- 9 – As mãos deverão ser retiradas com os mesmos cuidados como quando foram introduzidas;
- 10 – Logo que a vítima está corretamente posicionada sobre o plano duro, seguindo indicação do 1º elemento, procede-se de seguida à sua imobilização no respetivo plano rígido.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Cinto pélvico



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Levantamento com Maca Pluma

Objetivos	Indicações	Contraindicações	Nº de Elementos
<ul style="list-style-type: none"> Levantar para ou de dispositivo de imobilização. 	<ul style="list-style-type: none"> Transferência para dispositivo de imobilização adequado; Situações de resgate; Levantamentos; Transferência de macas. 	<ul style="list-style-type: none"> Nunca utilizar como maca de transporte. 	<ul style="list-style-type: none"> Três elementos.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Imobilização em Plano Duro

Objetivos	Indicações	Contraindicações	Nº de Elementos
<ul style="list-style-type: none"> Manter a estabilidade da coluna vertebral numa vítima com suspeita de trauma, vertebral-medular 	<ul style="list-style-type: none"> Suspeita de lesão vertebral-medular; Necessidade de imobilização em vítima instável. 	<ul style="list-style-type: none"> Tempo de transporte > 60 minutos (utilizar em conjunto com maca de vácuo) 	<ul style="list-style-type: none"> Três elementos.

Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Levantamento com Maca Pluma



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

Imobilização em Maca de Vácuo (Coquille)



Muito Obrigado

COORDENADOR PEDAGÓGICO: MARIA MADALENA ALVES

FORMADORES: ANDREIA MENDES, SÉRGIO MARTINS, JÚLIO CARVALHO

JUNHO DE 2022

GUIA ORIENTADOR PARA OS FORMADORES

Serve o presente documento para clarificar o que se pretende com a formação. Para tal enviam-se as orientações complementares ao plano de sessão, com as tarefas atribuídas individualmente a cada formador e respetivo cronograma do dia. A turma será dividida em quatro grupos.

Objetivo Geral

Uniformizar procedimentos e metodologias pedagógicas, de modo a que qualquer formando aprenda os mesmos conceitos e siga a mesma metodologia.

Metodologia

Cada grupo de formandos irá realizar quatro tarefas, duas de técnicas de trauma e duas com casos clínicos. Ao longo da ação será também pedida a colaboração de todos no papel de formando.

Distribuição dos Grupos/Tarefas

PLANEAMENTO				
Coordenadora: Maria Madalena Alves		Data: 22.06.2022	Hora: 8:30-13.00	
08:30 – 9:50	Apresentação Teórica Formadores - Andreia Mendes, Sérgio Martins, Júlio Carvalho.			
9:50 – 10:10	Intervalo - 20 min.			
Formador	Dr. Ana Cristina Carvalho	Andreia Mendes	Sérgio Martins	Júlio Carvalho
Bancas Práticas	Tarefa 1: Técnicas de trauma	Tarefa 2: Técnicas de trauma	Tarefa 3: Caso Clínico	Tarefa 4: Caso Clínico
10:10 – 10:40	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
10:40 – 11:10	Grupo B	Grupo A	Grupo D	Grupo C
11:10 – 11:30	Intervalo - 20 min.			
11:40 – 12:10	Grupo C	Grupo D	Grupo A	Grupo B
12:10 – 12:30	Grupo D	Grupo C	Grupo B	Grupo A
12:30 – 13:00	Encerramento			

Material necessário:

- Colares cervicais de vários tamanhos;
- Plano duro com estabilizadores laterais e cabrestos;
- Maca pluma;
- Maca de vácuo;
- Aranha e 3 cintos;
- Macas.

TAREFA 1:

O objetivo desta tarefa é que os formandos sejam capazes de aplicar corretamente as seguintes técnicas de trauma:

- Colocação de colar cervical e levantamento em bloco;
- Colocação de colar cervical e rolamento a quatro elementos com colocação de plano duro e aranha.

TAREFA 2:

O objetivo desta tarefa é que os formandos sejam capazes de aplicar corretamente as seguintes técnicas de trauma:

- Colocação de colar cervical e levantamento com maca pluma para plano duro;
- Colocação de colar cervical e rolamento a quatro elementos com colocação de plano duro e aranha.

TAREFA 3: CASO CLÍNICO - QUEDA DE 3 METROS

O objetivo desta tarefa é que os formandos realizem a abordagem adequada da pessoa vítima de trauma com execução correta das respectivas técnicas de trauma.

Masculino 45 anos, funcionário do SIE que se encontrava a trabalhar no SU, estava em cima de uma escada a reparar uma lâmpada no teto, quando caiu desamparado no chão, queda de 4 metros em chão firme, encontra-se em DD.

Admitido no SU onde foi atribuída a prioridade laranja, tendo sido triado com o fluxograma queda e atribuído o discriminador mecanismo de lesão (queda de 4 m). É ativada a VV trauma.		
AVALIAÇÃO PRIMÁRIA		Feedback do formador:
Verificado o estado de consciência e estabilização cervical.		Consciente <u>Procedimento:</u> estabilização cervical
A	<p><u>Permeabilidade da via aérea</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inspeccionar cavidade oral e remover corpos estranhos, sangue, vômito, secreções, dentes partidos, próteses dentárias soltas; ➤ Identificar edema da língua, úvula ou outras estruturas; ➤ Identificar traumatismo faciais, mandibulares e/ou traqueais/laríngeas e outras lesões que possam resultar em OVA como queimaduras da face e do pescoço; ➤ Pesquisar sinais de OVA total (ausência de ruídos respiratórios, respiração paradoxal e uso de musculatura acessória da ventilação) e de OVA parcial (gorgolejo, ressonar ou estridor). <p><u>Avaliar pescoço:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tumefações ou feridas; Vasos sangrantes; Enfisema subcutâneo e/ou fratura da laringe; Desvio da traqueia; Ingurgitamento jugular. 	Sem sinais de OVA
B	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorizar e se necessário administrar O2 (SpO2 ≥ 95%) ✓ Expor tórax e pesquisar: <ul style="list-style-type: none"> • Presença de lesões; • Sinais de dificuldade respiratória (sudorese, cianose, respiração abdominal, uso de musculatura acessórias); • Presença de ruídos respiratórios; • Avaliar a FR, amplitude, simetria e padrão. ✓ Palpação torácica (zonas dolorosas, de instabilidade da parede torácica e de crepitações); ✓ Percussão torácica (hiperressonância / macicez); ✓ Pessoa ventilada: capnografia. 	SatO2: 90% AA Hematoma na grelha costal à dta. FR de 23cpm, normal, expansão à dta, padrão toraco-abdominal. Crepitações à palpação. Refere dor na grelha costal à dta, região lateral <u>Procedimentos:</u> Colocar O2. Ficando com SatO2 de 97%
C	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Controlar hemorragia (Pressão manual direta; Estabilização e imobilização de fraturas pélvicas, do fémur e do úmero; torniquete); ✓ Palpação abdominal e dos ossos longos e à identificação dos quadrantes aparentemente lesados (dor, abrasões, hematomas, feridas ou evisceração); ✓ Palpação da bacia (Sinais de instabilidade, crepitação ou dor); ✓ Pele (coloração, temperatura e humidade); ✓ Monitorização cardíaca; ✓ Pulso central e/ou periférico (amplitude, preenchimento, ritmo e frequência) e Tensão arterial; ✓ Tempo de preenchimento capilar (<2 segundos); ✓ Débito urinário (se aplicável); ✓ 2 CVP e Colheita de estudo analítico+ tipagem ✓ Reposição adequada do volume intravascular; ✓ Se Trauma grave + elevado risco de coagulopatia (Ácido tranexâmico nas primeiras 3 horas após a lesão); ✓ Monitorizar dor. 	TA: 114/56mmHg FC: 115 bpm, cheio e regular em RS. Pele pálida. TPC< 2seg NRS 8 <u>Procedimentos:</u> Colocar CVP, colher estudo analítico, colocar SF em perfusão. Monitorizar.
D	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar estado de consciência (GCS); ✓ Reação pupilar (tamanho, simetria e reatividade); ✓ Lateralização da resposta motor; ✓ Nível da lesão vertebro-medular se aplicável; ✓ Glicémia capilar; ✓ Excluir condições que influenciam o nível de consciência (hipóxia, hipotensão, hipoglicemia, consumo depressores do SNC como fármacos, drogas ou álcool). 	GCS 15 Dx 105mg/dl Sem alterações

	✓ TCE (Pesquisar deformidades no crânio, feridas e presença de sangue ou LCR pelos ouvidos e /ou nariz).	
E	✓ Exposição com controlo da temperatura ✓ Prevenir a hipotermia (Cobertores quentes ou dispositivo de aquecimento externo e administrar fluidos aquecidos).	TT 36,5°C
Proceder à colocação do colar cervical, rolamento para o lado oposto (ou levantamento em pluma), verificar costas e imobilizar.		
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA		
	✓ Avaliação detalhada - Observar, inspecionar e palpar por segmentos corporais (Cabeça e pescoço; Tórax; Abdómen; Bacia e períneo; Membros superiores e inferiores; Dorso e superfícies posteriores); ✓ CHAMU; ✓ Monitorização contínua com a reavaliação de todos os SV	C – Queda de 3m H – HTA A – Sem alergias M – Amlodipina U – Às 7h30

TAREFA 4: CASO CLÍNICO – PREPARAÇÃO PARA TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR > 30MIN.

O objetivo desta tarefa é que os formandos realizem a abordagem adequada da pessoa vítima de trauma com execução correta das respetivas técnicas de trauma.

Masculino 50 anos, acidente de viação > 50km/h, suspeita de TVM, COC, transporte para HSJ em ambulância. Encontra-se em cima do plano duro com colar cervical.		
AVALIAÇÃO PRIMÁRIA		Feedback do formador:
Verificado o estado de consciência e estabilização cervical.		Consciente
A	<u>Permeabilidade da via aérea</u> ➤ Inspeccionar cavidade oral e remover corpos estranhos, sangue, vômito, secreções, dentes partidos, próteses dentárias soltas; ➤ Identificar edema da língua, úvula ou outras estruturas; ➤ Identificar traumatismo faciais, mandibulares e/ou traqueais/laríngeas e outras lesões que possam resultar em OVA como queimaduras da face e do pescoço; ➤ Pesquisar sinais de OVA total (ausência de ruídos respiratórios, respiração paradoxal e uso de musculatura acessória da ventilação) e de OVA parcial (gorgolejo, ressonar ou estridor). <u>Avaliar pescoço:</u> ➤ Tumefações ou feridas; Vasos sangrantes; Enfisema subcutâneo e/ou fratura da laringe; Desvio da traqueia; Ingurgitamento jugular.	Sem sinais de OVA
B	✓ Monitorizar e se necessário administrar O2 (SpO2 ≥ 95%) ✓ Expor tórax e pesquisar: <ul style="list-style-type: none"> • Presença de lesões; • Sinais de dificuldade respiratória (sudorese, cianose, respiração abdominal, uso de musculatura acessórias); • Presença de ruídos respiratórios; • Avaliar a FR, amplitude, simetria e padrão. ✓ Palpação torácica (zonas dolorosas, de instabilidade da parede torácica e de crepitações); ✓ Percussão torácica (hiperressonância / macicez); ✓ Pessoa ventilada: capnografia.	SatO2: 97% com O2 a 4l/min; FR de 18cpm, normal, expansão simétrica, toraco-abdominal.
C	✓ Controlar hemorragia (Pressão manual direta; Estabilização e imobilização de fraturas pélvicas, do fémur e do úmero; torniquete);	TA: 93/51mmHg

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Palpação abdominal e dos ossos longos e à identificação dos quadrantes aparentemente lesados (dor, abrasões, hematomas, feridas ou evisceração); ✓ Palpação da bacia (Sinais de instabilidade, crepitação ou dor); ✓ Pele (coloração, temperatura e humidade); ✓ Monitorização cardíaca; ✓ Pulso central e/ou periférico (amplitude, preenchimento, ritmo e frequência) e Tensão arterial; ✓ Tempo de preenchimento capilar (<2 segundos); ✓ Débito urinário (se aplicável); ✓ 2 CVP e Colheita de estudo analítico+ tipagem ✓ Reposição adequada do volume intravascular; ✓ Se Trauma grave + elevado risco de coagulopatia (Ácido tranexâmico nas primeiras 3 horas após a lesão); ✓ Monitorizar dor. 	<p>FC: 60 bpm, cheio e regular em RS. Pele pálida TPC < 2seg Sem dor SF em perfusão a 42ml/h Algaliado, urina clara, sem sedimento.</p>
D	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar estado de consciência (GCS); ✓ Reação pupilar (tamanho, simetria e reatividade); ✓ Lateralização da resposta motor; ✓ Nível da lesão vertebro-medular se aplicável; ✓ Glicémia capilar; ✓ Excluir condições que influenciam o nível de consciência (hipóxia, hipotensão, hipoglicemia, consumo depressores do SNC como fármacos, drogas ou álcool). ✓ TCE (Pesquisar deformidades no crânio, feridas e presença de sangue ou LCR pelos ouvidos e /ou nariz). 	<p>GCS 15 Dx de 154mg/dl Com perda de mobilidade e sensibilidade para cintura para baixo.</p>
E	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exposição com controlo da temperatura ✓ Prevenir a hipotermia (Cobertores quentes ou dispositivo de aquecimento externo e administrar fluidos aquecidos). 	<p>TT – 36°C</p>
<p>Proceder imobilização com colocação de colar cervical, levantamento em pluma (ou levantamento em bloco) e colocação em plano duro com maca de vácuo.</p>		
<p>AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação detalhada - Observar, inspecionar e palpar por segmentos corporais (Cabeça e pescoço; Tórax; Abdómen; Bacia e períneo; Membros superiores e inferiores; Dorso e superfícies posteriores); ✓ CHAMU; ✓ Monitorização contínua com a reavaliação de todos os SV 	<p>C – Queda de 5m H – Dislipidémia e HTA A – Penicilina M – Rosuvastatina e lisinopril. U – Ás 10h</p>

Ação de formação: Abordagem da pessoa vítima de trauma - Avaliação

Grupo I – Categorização socioprofissional

- Idade:
 1. 20 a 29 anos
 2. 30 a 39 anos
 3. 40 a 49 anos
 4. 50 a 59 anos
 5. 60 a 69 anos
- Género:
 1. Masculino
 2. Feminino
- Tempo de experiência profissional:
- Tempo de experiência profissional no SU:
- Habilitações académicas:
 1. Licenciatura
 2. Pós-graduação
 3. Especialização
 4. Mestrado
 5. Doutoramento
- Formação específica em trauma. Sim ou não?
 - ✓ Se sim, qual?

Grupo II – Avaliação

1.	O trauma é uma doença que resulta da troca de energia entre o meio ambiente e o corpo.
2.	Os critérios de ativação a VVT têm apenas por base critérios fisiológicos.
3.	À admissão, se a pessoa apresentar instabilidade hemodinâmica devem ser admitidos inicialmente na sala de trauma.
4.	Após ativação VVT a avaliação inicial deve ser realizada em menos de 20 minutos após a admissão.

5.	A avaliação primária ABCDE tem como objetivo a identificação de todas as lesões existentes.
6.	Na pessoa vítima trauma com suspeita de TCE a utilização da via oral está contraindicada.
7.	Na avaliação da permeabilidade da VA devemos proceder à inspeção da cavidade oral e remoção corpos estranhos, sangue, vômito, secreções, dentes partidos, próteses dentárias soltas.
8.	A palpação torácica permite detetar lesões que podem estar a comprometer a ventilação, como a presença de zonas dolorosas, de instabilidade da parede torácica e de crepitações.
9.	A hemorragia é a principal causa de morte evitável após trauma.
10.	As principais áreas de hemorragia interna são o tórax, abdómen e a bacia.
11.	A palpação da bacia deve ser realizada apenas uma única vez.
12.	No trauma está indicada a ressuscitação vascular agressiva antes do controlo hemorrágico.
13.	Nas situações de trauma grave com suspeita de hemorragia está recomendado a administração da dose de carga do ácido tranexâmico nas primeiras 6 horas após a lesão.
14.	A prevenção da hipotermia não é uma prioridade uma vez que esta não representa uma complicação potencialmente fatal.
15.	A análise da cinemática do trauma permite a identificação precoce de determinadas lesões graves.
16.	A avaliação secundária consiste na avaliação detalhada, realizada por segmentos corporais com o objetivo de identificar as situações potencialmente fatais.
17.	O rolamento é a técnica de trauma indicada na suspeita de fratura da bacia.
18.	A técnica de levantamento em bloco está apenas indicada quando temos pelo menos três elementos treinados para a sua execução.
19.	A maca pluma pode ser utilizada como maca de transporte.
20.	A imobilização apenas com plano duro está indicada em caso de transporte superior a 60 minutos.

ANEXOS

 **CERTIFICADO DE PRESENÇA**

Certifica-se que

Andreia Sofia Mota Mendes

membro n.º 64094 desta Ordem, esteve presente no VI Congresso dos Enfermeiros, que se realizou nos dias 5, 6 a 7 de maio de 2022, com duração total de 19 horas, no Altice Forum Braga.

Braga, 7 de maio de 2022



Ana Rita Pedrosa Cavaco
Presidente do VI Congresso dos Enfermeiros



Ana Fonseca
Presidente da Comissão Científica
do VI Congresso dos Enfermeiros

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros através do Sistema de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



Anexo II – Condução Defensiva de VMER



Instituto Nacional de Emergência Médica
Via Verde para a Vida

Departamento de Formação em Emergência Médica
Acreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL
Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que **Andreia Sofia Mota Mendes**, nascido(a) a 05-11-1986, em Azurém, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número de identificação 13043625, concluiu com aproveitamento, em 30-10-2020, o Curso de Formação Profissional.

Condução Defensiva de VMER

que decorreu de 26-10-2020 a 30-10-2020, com a duração total de 42,00 horas, tendo obtido a classificação final de 17.4 valores, numa escala de 0 a 20.

Centro de Formação DR Norte, 05-01-2021



Departamento de Formação
em Emergência Médica



(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado N.º / 024-1.1-0711/25377/23776/2020

Mod. INEM.061/2



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 296/2007 de 11 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de Janeiro.

Módulo Transporte Doente Crítico e Situação de Exceção

Certifica-se que **Andreia Sofia Mota Mendes**, natural de **Azurém**, de nacionalidade **Portuguesa**, nascido/a em **05-11-1986**, titular do número de identificação **13043625**, concluiu com aproveitamento o curso de Formação de Módulo Transporte Doente Crítico e Situação de Exceção em **19-04-2022**, com a duração de **16,00 horas**, tendo obtido a classificação final de **Apto**

Centro de Formação DR Norte, 26-04-2022

O Departamento de Formação em Emergência Médica

(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado nº: 542/065.L.0-03120015/0379/2022
Válido até Abril de 2027





Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Competência

Viatura Médica de Emergência e Reanimação - Enfermeiros

Certifica-se que **Andreia Sofia Mota Mendes**, natural de Azurém, nascida a 5 de Novembro de 1986, titular do número de identificação 13043625, concluiu com aproveitamento o plano curricular identificado no verso deste certificado, adquirindo a competência de Enfermeiro de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), em 29 de Junho de 2022.

Lisboa, 11 de Julho de 2022

O Departamento de Formação
em Emergência Médica



(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado nº 1/2022-1.0-0213/2022
Válido até 29-06-2027 23020

Mód. 0001 4/4 1

Anexo V – Segurança do Doente no Pré-Hospitalar



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

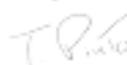
De acordo com o Decreto-Lei n.º 296/2007 de 11 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de Janeiro.

Segurança do Doente no Pré-Hospitalar

Certifica-se que **Andreia Sofia Mota Mendes**, natural de Azurém, de nacionalidade Portuguesa, nascido/a em 05-11-1986, titular do número de identificação 13043625, concluiu com aproveitamento o curso de Formação de Segurança do Doente no Pré-Hospitalar em 04-11-2021, com a duração de 7,00 horas, tendo obtido a classificação final de 19.5 valores, numa escala de 0 a 20.

Centro de Formação DR. Norte, 18-02-2022

O Departamento de Formação
em Emergência Médica


(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificação n.º / 2021.0.0211/25756/29716/0021
Válida até Novembro de 2026

Mod.0001 010.1





Instituto Nacional de Emergência Médica
Via Verde para a Vida

Departamento de Formação em Emergência Médica
Acreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que Andreia Sofia Mota Mendes, nascido(a) a 05-11-1986, em Azurém, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número de identificação 13043625, concluiu com aproveitamento, em 26-10-2021, o Curso de Formação Profissional.

Formação de Formadores Nível III

que decorreu de 25-10-2021 a 26-10-2021, com a duração total de 16,00 horas, tendo obtido a classificação final de 18.2 valores, numa escala de 0 a 20.

Centro de Formação DR Norte, 05-11-2021



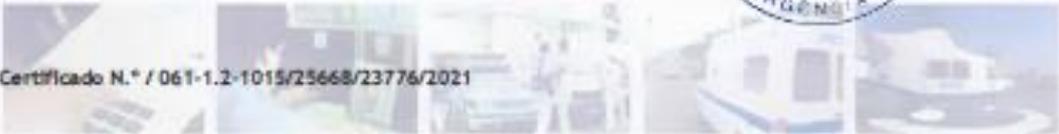
Departamento de Formação
em Emergência Médica



(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado N.º / 061-1.2-1015/25668/23776/2021

Mod./INEM.061/2



DIA INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO 2022

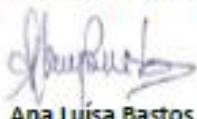
CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que:

ANDREIA SOFIA MOTA MENDES

participou nas JORNADAS: “ENFERMEIROS UMA VOZ PARA LIDERAR”, que decorreram no dia 12 de maio de 2022, das 09h00 às 17h00, no Teatro Jordão, em Guimarães.

Pela Comissão Organizadora,



Ana Luísa Bastos



Anexo VIII – Participação com o Poster “O exercício profissional de enfermagem no cuidado à pessoa com sépsis no Serviço de Urgência”

DIA INTERNACIONAL DO ENFERMEIRO 2022

Certificado de Participação

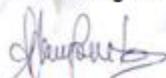
Exposição de Posters

Certifica-se que

ANDREIA MENDES, MARIA MADALENA ALVES, SÍLVIA LOPES E JOÃO CAINÉ

participou/participaram na Exposição de Posters das “Jornadas: Enfermeiros uma voz para liderar”, realizada pelo Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, no dia 12/05/2022, no Teatro Jordão em Guimarães, como autor(es) do poster intitulado por “O exercício profissional de enfermagem no cuidado à pessoa com sépsis no Serviço de Urgência”.

Pela Comissão Organizadora,



Ana Luísa Bastos



Anexo IX – 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra

Certificado

Certifica-se que Andreia Sofia Mota Mendes, com o cartão de cidadão n.º 13043625, participou como **Congressista** no **1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)**, que se realizou no Centro de Congressos do CHUC, nos dias 19 e 20 maio 2022.

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

Coimbra, 26 maio 2022

Márcio Carvalho
Márcio Carvalho
Presidente da Comissão Organizadora

Áurea Andrade
Áurea Andrade
Enfermeira Diretora do CHUC

1º CONGRESSO DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
DESAFIO EMERGENTE
Centro de Congressos do CHUC
19 e 20 maio 2022

Organização:  **TERTÚLIA EMERGENTE**
ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS

 **CHUC**
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Certificado de participação

Certifica-se que **Andreia Mendes** participou no *workshop* “**Revisão da Literatura Científica: Aspetos Práticos**” realizado no dia 24 de janeiro de 2022, com a duração de 2 horas, em formato online na Plataforma Zoom. O evento foi organizado pela UICISA:E EsenfC_ESE UMinho.

Assinado por: **ANA PAULA MORAIS DE CARVALHO MACEDO**
Num. de identificação: 51067096285
Data: 2022.02.08 16:37:29 +00'00'



Ana Paula Macedo





CERTIFICATE

It is hereby confirmed that

Andreia Sofia Mota Mendes

has attended the postgraduate course,

Medical Response to Major Incidents (MRMI),

Caldas das Taipas - Guimarães, Portugal.

From March 22nd to 24th of 2019,

as active participant in interactive simulation exercises acquired skills in triage, decision making and performance in major incidents, with a total of 24 hours.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Josip Samardzic', written over a horizontal line.

Josip Samardzic
MRMI International Faculty

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Filipe Serralva', written over a horizontal line.

Filipe Serralva
Course Director