

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

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

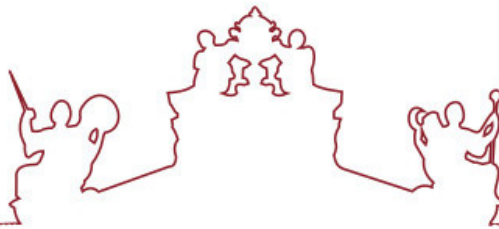
Relatório de Estágio

**Otimização das intervenções de enfermagem no doente
crítico vítima de trauma**

Filipe José Oliveira Brás

Orientador(es) | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

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

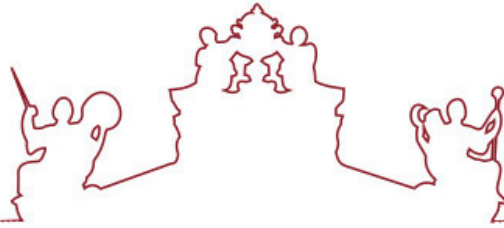
Relatório de Estágio

Otimização das intervenções de enfermagem no doente crítico vítima de trauma

Filipe José Oliveira Brás

Orientador(es) | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Maria Ruivo (Universidade de Évora)

Vogais | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) (Orientador)
Hugo Miguel Martins Alves Franco (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Arguente)
Maria Antónia Rasa Correia Costa (Instituto Politécnico de Beja)

“Procede de maneira que trates a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de todos os outros, sempre ao mesmo tempo como fim, e nunca como puro meio.”

Immanuel Kant, 1964

Agradecimentos

Agradecer, primeiramente aos meus pais, pois sem o seu apoio e amparo não teria conseguido remar até ao fim desta árdua jornada.

Ao Professor Doutor Adriano Pedro pela sua orientação durante todo este percurso, que sem a sua paciência, disponibilidade e empenho teria sido uma caminhada solitária e muito mais difícil.

Deixo o meu muito obrigado a todos os profissionais de saúde das equipas multidisciplinares da unidade de cuidados intensivos e do serviço de urgência, em especial para os enfermeiros orientadores que foram pilares essenciais para o sucesso deste projeto.

De forma muito especial, agradeço aos meus amigos, João Vítor, Ana Guerra e Joana Siquenique, pelo companheirismo e partilha de experiências durante este percurso, pois sem eles ao meu lado teria sido mais difícil levar a bom porto este projeto.

Um muito obrigado a todos os amigos de sempre e colegas de trabalho que de uma forma ou de outra contribuíram de forma ativa para mais esta conquista.

Resumo

Este Relatório de Estágio configura o término do ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem, tendo como área de especialização a Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica. Apresenta como propósito a descrição do projeto de intervenção realizado ao longo do estágio Final que teve lugar no serviço de urgência, tendo por base a Teoria de Sinergia e a sua elaboração foi construída e devidamente fundamentada através das diferentes etapas da Metodologia de Projeto.

Projeto este que teve como finalidade a melhoria e otimização das intervenções de enfermagem na abordagem às vítimas de trauma, o que configura como objetivo geral do projeto a promoção da uniformização das intervenções de enfermagem a realizar ao doente crítico vítima de trauma face às necessidades verificadas no serviço.

Termina com uma análise crítica e reflexiva sobre a aquisição das competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica e de mestre em enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Serviço de Urgência; Pessoa em situação crítica; Trauma

OPTIMIZATION OF NURSING INTERVENTIONS IN CRITICALLY ILL TRAUMA VICTIMS

Abstract

This Internship Report represents the end of the Master's study cycle in Nursing with a specialization area of Medical-Surgical Nursing in critical care. Its purpose is to describe the intervention project carried out during the Final Internship which took place in the emergency department. It was based on the Synergy Model and its development was built and duly substantiated through the different stages of Project Methodology.

This project aimed at improving and optimizing nursing interventions in the approach to trauma victims. The general objective of the project was to promote the standardization of nursing interventions to be performed with critically ill trauma patients according to the needs identified in the department.

It ends with a critical and reflective analysis on the acquisition of skills as a specialist nurse in medical-surgical nursing, in terms of the person in a critical situation and a master's degree in nursing.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Hospital Emergency Service; Person in critical situation; Trauma

Índice de Tabelas

	p.
Tabela 1: PICO segundo o JBI.....	26
Tabela 2: Lista de Verificação de Avaliação Crítica e Níveis de Evidência do JBI.....	29

Índice de Figuras

	p.
Figura 1: Fluxograma da Pesquisa e seleção dos artigos, segundo algoritmo PRISMA.....	28
Figura 2: Fatores determinantes da correta abordagem à vítima de trauma.....	35
Figura 3: Esquema do Modelo de Sinergia AACN, <i>proposto</i> por Kaplow.....	40
Figura 4: Análise SWOT.....	44

Abreviaturas e Símbolos

% - por cento

& - e

+/- - mais ou menos

< - menor

> - maior

AACN - *American Association of Critical-Care Nurses*

AESES - Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde

APA - *American Psychological Association*

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BIG - *Base deficit, International normalized ratio, and Glasgow Coma Scale*

B-on - Biblioteca do Conhecimento *Online*

CFS - *Clinical Frailty Scale*

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DeCs - Descritores em Ciências da Saúde

DGS - Direção-Geral da Saúde

EBSCOhost - *Elton Bryson Stephens Company*

ECD - Exame Complementar de Diagnóstico

et al. - *et alia* (e outros)

GTRI - *Geriatric Trauma Outcome Score*

ITLS - *International Trauma Life Support*

JBI - *Joanna Briggs Institute*

MeSH - *Medical Subject Headings*

min. - minutos

NE - Níveis de Evidência

NISS - *New Injury Severity Scales*

OE - Ordem dos Enfermeiros

p. - Página

PICO - Participantes, Intervenções, Comparação e *Outcomes*

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos

s.d. - sem data

s.h. - sem hora

SAV - Suporte Avançado de Vida

SO - Serviço de Observação

SU - Serviço de Urgência

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TRISS - *Trauma Injury Severity Score*

UC - Unidade Curricular

UCI - Unidades de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UE - Universidade de Évora

Índice

	p.
INTRODUÇÃO	12
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA	15
1.1. Contexto De Unidade De Cuidados Intensivos Polivalente	15
1.2. Contexto De Serviço De Urgência	18
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
2.1. Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma	25
1.1. Modelo De Sinergia	37
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	42
3.1. Diagnóstico De Situação	42
3.1.1. Identificação do problema	43
3.2. Definição De Objetivos	45
3.3. Planeamento/Execução	46
3.4. Avaliação	53
3.5. Divulgação Dos Resultados	54
4. ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS	55
4.1. Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista E De Mestre Em Enfermagem .	55
4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	58
4.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	62
4.1.3. Domínio da gestão dos cuidados	68
4.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	71
4.2. Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Médico-Cirúrgica: A Pessoa Em Situação Crítica E De Mestre Em Enfermagem	74
4.2.1. Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	75
4.2.2. Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	79
4.2.3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas ...	81
CONCLUSÃO	84
BIBLIOGRAFIA	87
APÊNDICES	92

Apêndice I – Síntese dos Dados	93
Apêndice II – Cronograma da fase de planeamento: UCIP.....	103
Apêndice III – Cartaz: UCIP	105
Apêndice IV – Apresentação PowerPoint (método de exposição): UCIP	107
Apêndice V – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação: UCIP	120
Apêndice VI – Resumo “Prevenção de úlceras Por Pressão Associadas a Dispositivos Médicos em Ambiente de Cuidados Intensivos”: UCIP	124
Apêndice VII – Norma em Serviço: SU.....	127
Apêndice VIII – Plano de sessão de formação em serviço: SU	138
Apêndice IX – Apresentação PowerPoint (método de exposição): SU.....	142
Apêndice X – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação: SU.....	159
Apêndice XI – Resumo “Procedimentos Facilitadores de uma Correta Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma”: SU.....	164
Apêndice XII – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração para implementação do projeto de Estágio	168
Apêndice XIII – Requerimento para pedido de Autorização ao Conselho de Administração para implementação do projeto de Estágio.....	170
ANEXOS	173
Anexo I – Características das Pessoas, Unidades e sistemas de cuidados, segundo o Modelo de Sinergia AACN.....	174
Anexo II – Competências dos enfermeiros segundo o Modelo de Sinergia AACN.....	177
Anexo III – Declaração de Aceitação de Orientação.....	182
Anexo IV – Parecer Positivo do Conselho de Administração.....	184
Anexo V – Participação no webinar da Ordem dos Enfermeiros “ Doente e a sua Família nos serviços de medicina intensiva em tempos de pandemia: desafios atuais ”	187
Anexo VI – Participação no IV Fórum das Especialidades de Enfermagem da Universidade Católica “ 40 anos de SNS – contributos dos enfermeiros especialistas ”	189
Anexo VII – Participação no III Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde “ Epidemias: uma análise interdisciplinar ”.....	191
Anexo VIII – Participação no webinar da Ordem dos Enfermeiros “ Saber+2.0: Doente com suporte de vida extracorporal ”	193
Anexo IX – Participação no Congresso Internacional de Controlo de Infeção	195
Anexo X – Participação no Curso de Formação “ Suporte Avançado de Vida ”	197
Anexo XI – Participação no Curso de Formação “ International Trauma Life Support ”	199
Anexo XII – Participação no II Congresso do Mestrado em Enfermagem Especializada “ desafios num mundo em mudança ”	201
Anexo XIII – Participação no V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica “ E se não houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica? ”	203

Anexo XIV – Participação no webinar da Ordem dos Enfermeiros “Organização dos Serviços de Urgência – Nova Realidade?”	205
Anexo XV – Participação no webinar da Ordem dos Enfermeiros “Intervenções do EEMC na abordagem de feridas complexas”	207
Anexo XVI – Participação no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos.....	209
Anexo XVII – Participação no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos com o Poster “A Triage de Vítimas em Situação de Catástrofe e a presença do Enfermeiro” ..	211
Anexo XVIII – Participação no I Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do CHUC “Desafio Emergente”	213

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular [UC] do Estágio Final, inerente ao Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora em associação com a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, criado pelo aviso n.º5622/2016 (EU, 2016), foi proposto a criação de um projeto de intervenção em serviço a ser criado durante o estágio. Pretende-se a elaboração das atividades propostas face aos objetivos do mesmo, ou seja, atingir e ganhar novos conhecimentos face às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica e que o produto final seja a atribuição do grau académico de mestre em enfermagem e do título profissional de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Desta forma, o projeto de intervenção foi desenvolvido num serviço de urgência [SU] durante o período compreendido para desenvolver o estágio. Este visa aprofundar conhecimentos numa determinada área do saber relacionada com a Enfermagem Médico-Cirúrgica e que englobasse uma temática relacionada com o doente crítico. Para tal, foi selecionada a abordagem à pessoa vítima de trauma como o tema central a trabalhar, sendo o foco principal do projeto de intervenção em serviço a criação de uma norma em serviço que visa abordar os aspetos principais na literatura, como uma correta gestão da abordagem à vítima de trauma e a criação de um instrumento facilitador de registo em trauma, para assim conter toda a informação e minimizando possíveis falhas de informação.

Os serviços de urgência são caracterizados por serem multidisciplinares, que apresentam como objetivo a prestação de cuidados de saúde perante situações complexas de urgência e/ou emergência. O que nem sempre se verifica, pois, Portugal apresenta-se como sendo “(...) um dos países da Europa com maior número de episódios de urgência por 100000 habitantes, sendo que, em vários anos, fomos mesmo o país em que este número foi mais elevado.” (Machado, 2021, p. 3). É possível verificar, que para a população, os serviços de urgência funcionam como uma porta sempre aberta para dar resposta a todas as situações de doença, o que não é verdade. Nesta perspetiva, é importante perceber que existem zonas do país com maior afluência ao

serviço de urgência que outras, o que pode estar relacionado com a civilidade da população e com a falta de oferta dos cuidados de saúde primários (Machado, 2021).

Apresentando-se o serviço de urgência como uma porta aberta para receber qualquer pessoa que se encontre num processo de saúde-doença e sabendo desde logo que a população que recorre aos seus serviços de saúde pode fazê-lo pelos mais variados motivos e pelas mais variadas necessidades. Surge a necessidade de trabalhar as equipas multidisciplinares no sentido de as preparar para lidar com todo e qualquer tipo de situação, independentemente do seu grau de complexidade. Neste sentido, a temática do doente crítico em situação de trauma e a dinâmica necessária para dar resposta às necessidades de cada pessoa tem de ir em linha de conta às características do profissional de saúde, o que torna o seu treino e capacitação como uma temática pertinente e de grande relevo em contexto de urgência.

O doente crítico vítima de um evento traumático requer, na sua abordagem, a mobilização de um conjunto de saberes teóricos e científicos, para que se possa atuar em conformidade face às necessidades de cuidados de saúde que o mesmo possa apresentar. Contudo, é importante para que isso aconteça que a equipa que se encontra no serviço de urgência para a prestação de cuidados possa ter a capacitação necessária para atuar em conformidade. Em Portugal, atualmente, a abordagem à vítima de trauma é feita de forma individualizada, personalizada e tendo por base a experiência de cada profissional, não havendo procedimentos uniformizados na sua assistência (Massada, *et al.*, 2009). Para tal, é necessário que os serviços de urgência que recebem doentes vítimas de trauma tenham uma boa articulação entre a sala de emergência, bloco operatório e unidade de cuidados intensivos, mas acima de tudo, que tenham profissionais com formação avançada em trauma e que as suas organizações tenham capacidade para aderir a normas padrão para dar respostas iguais a todos os doentes vítimas de eventos traumáticos (Massada, *et al.*, 2009).

Nesta perspetiva, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve desenvolver as atividades tendo por base uma prática baseada na evidência, pelo que se deve apresentar como “(...) um líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização.” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p. 2). Aliando as competências técnicas e práticas do Enfermeiro Especialista ao contexto próprio do serviço de urgência, fica então evidente que existe uma sinergia clara entre as competências de excelência do enfermeiro especialista com a alta complexidade dos cuidados prestados ao doente urgente e/ou emergente.

O Relatório de Estágio, visa a exposição do projeto de intervenção em serviço com a sua respetiva fundamentação sustentada e as atividades realizadas para atingir as competências de enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem. Posto isto, é estabelecido como objetivos do Relatório de Estágio:

- Descrever o projeto de intervenção em serviço;
- Demonstrar a aquisição de competências de enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem.

Assim, nos primeiros capítulos, a contextualização da prática clínica e a fundamentação tórica, será realizada uma contextualização e caracterização dos locais de prática clínica onde se desenvolveram os estágios, a pesquisa bibliografia realizada, por meio de uma revisão sistemática da literatura de evidência de significado, e por fim, a abordagem ao modelo teórico, Modelo de Sinergia, que irá nortear a realização do projeto de intervenção em serviço. Numa segunda fase do relatório, será exposto o projeto de intervenção em serviço desenvolvido em contexto real, devidamente fundamentado pelas diferentes fases da Metodologia de Projeto. E por fim, surge a análise, crítica e reflexiva, das competências de mestre, as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica.

O presente trabalho assenta sobre as Normas de Elaboração de Trabalhos Escritos, da Universidade de Évora. A referenciação do texto segue as normas da 7.ª edição da *American Psychological Association* [APA].

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

No decorrer do processo formativo inerente ao Curso de Mestrado em Enfermagem e a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, existiram dois momentos de estágios. Ambos os estágios procuraram promover e desenvolver na prática clínica em contexto de prestação de cuidados as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica, bem como as de mestre.

O que torna determinante a apresentação dos respetivos campos de estágio, com a sua descrição detalhada da organização orgânica dos espaços, dos recursos materiais e humanos e do tipo de população-alvo, bem como as patologias com maior incidência que se possa encontrar em cada um com locais de estágio.

Foi possível em ambos os estágios a concretização da prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico, contudo o foco do trabalho realizado em contexto de cuidados intensivos foi na prevenção das úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos, como devidamente documentado nos apêndices, onde se pode consultar toda a informação. Por outro lado, foi no contexto de prática clínica em serviço de urgência, que se encontra no âmbito da UC de Estágio Final, onde se realizou o projeto de intervenção em serviço que será devidamente apresentado no decorrer do Relatório de Estágio.

1.1. Contexto De Unidade De Cuidados Intensivos Polivalente

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP], iniciou a prestação de cuidados intensivos a doentes críticos em janeiro de 1984. Inicialmente a UCIP surgiu de uma adaptação da estrutura física já existente no 4.º piso do hospital, tendo iniciado funções com uma lotação de 5 camas. Posteriormente, foram realizadas obras de ampliação, reestruturação e modernização do espaço (aquisição de material e equipamento específico para a prestação de cuidados intensivos), o que conduziu a um aumento da lotação para 8 camas, em abril de 1997.

A UCIP encontra-se organizada fisicamente num formato circular, onde no seu centro podemos encontrar a central de monitorização com a respetiva sala de trabalho adjacente, o que permite a visualização rápida e direta de todos os doentes e das suas unidades. Unidades essas, que se encontram separadas por cortinas como divisória entre os doentes e permite que a circulação se faça de forma rápida e fácil o que possibilita o acesso a todos os doentes. Apresenta de igual forma, outro tipo de áreas anexas à sua estrutura física, onde é possível encontrar áreas como o armazém que fornece apoio de armazenamento de recursos materiais, e outras áreas próprias à organização dos profissionais de saúde da UCIP.

Apresenta níveis ambientais controlados, como é o caso da luminosidade onde é possível evidenciar que existe uma boa fonte de luz natural, a temperatura é sempre adequada e sem grandes oscilações, dispondo de uma central de climatização para o efeito, e permite que seja realizada a renovação de ar. A boa gestão do ruído é apresentada como uma preocupação da UCIP, mantendo os seus níveis dentro de valores que permitam que os doentes possam ter as menores implicações, diminuindo a ansiedade e promovendo o descanso.

Tendo já referido, cada doente ocupa a sua unidade, que dispõe de dois braços laterais, direito e esquerdo. No braço direito é possível encontrar o mais variado material clínico para uso exclusivo do doente, sendo a sua quantidade e especificidade adaptada às necessidades do doente, bem como as respetivas rampas de aspiração e de oxigénio, e material necessário para perfusão de medicação, como bombas volumétricas e seringas infusoras. No braço esquerdo é possível encontrar o material para realizar monitorização hemodinâmica e suporte ventilatório quando necessário, juntamente com os recursos necessários para a realização dos respetivos registos dos cuidados de enfermagem.

Na unidade de cuidados intensivos os registos são informatizados, efetuados com o auxílio de um sistema de informação em saúde denominado B-Simple, que permite a visão completa da unidade e dos diferentes doentes que se encontram internados no momento. Permite, ainda, a construção do processo de enfermagem, com o levantamento das intervenções de enfermagem que melhores respostas permitem dar às necessidades de cada doente, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE]. Ao efetuar os registos de enfermagem através do programa, B-Simple, este permite ainda o registo de intervenções de enfermagem realizadas pontualmente e sempre que necessário, bem como, o registo de notas de enfermagem detalhadas de forma a promover a continuidade dos cuidados prestados, este permite visualizar diretamente as intervenções realizadas nas últimas 24h, dando ao enfermeiro a informação completa dos cuidados prestados.

A equipa de enfermagem da UCI que se encontra escalada para a prestação de cuidados num determinado turno é distribuída pelos doentes da unidade o que garante um método de trabalho por enfermeiro responsável. A prestação de cuidados de enfermagem na unidade de cuidados intensivos é promovida segundo um modelo teórico da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee, não havendo num modelo normativo a vigorar na UCI para a prestação de cuidados, a equipa de enfermagem promove que a prestação dos cuidados seja sempre prestada segundo a melhor evidência disponível no momento para garantir a excelência dos cuidados.

A prestação de cuidados na UCIP é destinada ao doente crítico, que apresente instabilidade ao nível das suas funções vitais o que remete para a necessidade da prestação e cuidados médicos e de enfermagem de alta complexidade, com auxílio a tecnologia avançada que permita a sua vigilância e apoio na manutenção das funções vitais.

Desta forma, é possível determinar quais as patologias mais prevalentes dos doentes internados na UCIP:

- Patologia cardíaca (Síndrome coronário agudo, insuficiência cardíaca);
- Patologia respiratória (Insuficiência respiratória por diversas causas, pneumonias extensas que necessitam apoio ventilatório, trauma torácico, edema agudo do pulmão);
- Desequilíbrios metabólicos graves (Cetoacidose diabética, coma hiperosmolar, desidratações graves);
- Intoxicações de diversas etiologias (Organofosforados, medicamentosas);
- Patologia neurológica (AVC, Guillan-Barré, esclerose amiotrófica);
- Doentes cirúrgicos (Pancreatites, cirurgias extensas);
- Outras patologias (Patologias renais, infeções sistémicas graves, politraumatizados).

Tendo em vista que o objetivo é dar a melhor resposta de cuidados intensivos perante uma situação que possa comprometer a normal manutenção da vida, é necessário que exista todo um conjunto de equipamentos disponíveis para esse efeito. A UCIP está equipada com central de monitorização e registo, equipamento de ventilação, monitores de monitorização cardíaca para estudo hemodinâmico e ventilatório, carros de emergência, *pacings* provisório, dispositivo de gasimetria e eletrólitos séricos, equipamento para perfusão, equipamento para realização de técnicas dialíticas, equipamento de armazenamento e conservação de medicação ou materiais (Pyxis), entre outros. Está ainda equipada com a Equipa de Emergência Intra-hospitalar, o que permite prestar auxílio a doentes que se encontrem em regime de internamento noutros serviços hospitalares e que necessitem de apoio diferenciado de emergência.

A equipa multidisciplinar tem na sua constituição enfermeiros (22 elementos, 1 elemento de chefia), médicos (4 elementos, 1 elementos de chefia), assistentes operacionais (7 elementos) e assistente administrativa (1 elemento), contando com outros profissionais do hospital que prestam assistência em determinadas áreas, como é o caso dos Exames Complementares de Diagnóstico [ECD]. A equipa de enfermagem apresenta um tempo variável de permanência no serviço, estando o elemento mais recente no serviço há cerca de três anos, e os elementos com mais anos de permanência no serviço na prestação de cuidados há largos anos. Relativamente à sua formação é possível encontrar a maior percentagem de enfermeiros no serviço a desempenhar funções de enfermeiro de cuidados gerais, contudo, é possível constatar que existem distribuídos por todas as equipas enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica que assumem a chefias dessas mesmas equipas, e ainda existem elementos que são enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, e outros com formação avançada na área de gestão. A equipa de enfermagem e a equipa médica apresentam um elemento que assume as funções de chefia dos respetivos profissionais. A distribuição dos doentes é feita pelo enfermeiro-chefe ou pelo enfermeiro especialista que está há mais tempo no serviço, na ausência do enfermeiro-chefe. A equipa da UCIP presta cuidados permanentes ao longo da distribuição feita pelos três turnos diários, permitindo uma continuidade dos cuidados e a prestação de cuidados de excelência.

1.2. Contexto De Serviço De Urgência

A UC Estágio Final teve lugar no Serviço de Urgência [SU] num Hospital Distrital do Alentejo, pelo que, é importante a caracterização do SU para uma melhor contextualização do local onde se desenvolveu a prática clínica.

O SU iniciou funções a 10 de outubro de 1975 já composto por camas destinadas ao Serviço de Observação [SO], e desde dessa altura que presta cuidados de saúde diferenciados a todos aqueles que a ele recorrem. O SU é denominado como urgência médico-cirúrgica e é composto pela Urgência Geral e pelo SO.

A Urgência geral destina-se à prestação de cuidados de saúde a doentes urgentes e/ou emergentes, tendo como objetivo a sua estabilização e posterior encaminhamento para

especialidades médicas, transferência para outras instituições de saúde, internamento ou alta clínica. Para tal, existe um conjunto de espaços e circuitos que o doente deve seguir no interior do SU para que possa receber a melhor resposta possível perante as suas necessidades. Na sua composição é possível verificar a existência de locais específicos onde o doente é encaminhado perante a sua especificidade e necessidade face ao tratamento, exames complementares de diagnóstico, patologia que apresenta e grau de instabilidade hemodinâmica. Para tal, a urgência geral dispõe de uma sala de triagem, um balcão para doentes triados com cor azul/verde, balcão para doentes triados com a cor amarela/laranja, sala de emergência, sala de pequena cirurgia, sala de ortopedia, gabinetes médicos e respetivas salas de apoio logístico para os profissionais de saúde e doentes, como sala de enfermagem, balcão da administrativa e salas de espera.

A urgência geral dispõe de um circuito de doentes previamente definido, tendo início logo à entrada com a realização da inscrição no SU, posteriormente é encaminhado à sala de triagem onde é realizada a Triagem de *Manchester* pelo enfermeiro responsável por aquele posto de trabalho. Os algoritmos da triagem permitem atribuir uma determinada cor de pulseira a cada doente face à queixa inicial que é apresentada e é assim estabelecida a prioridade que cada doente apresenta no seu atendimento pelos profissionais de saúde. Após o processo de triagem, o doente é encaminhado à sala de espera exterior onde aguarda pela observação do clínico geral que está de triagem no balcão respetivo à cor da pulseira atribuída, ou seja, o doente é encaminhado para o médico de triagem que se encontra no balcão azul/verde ou no balcão amarelo/laranja. Contudo, existem exceções a este circuito, tendo em conta a cor da pulseira, amarela, laranja ou vermelha, que entram diretamente para o balcão amarelo/laranja ou para a sala de emergência face à instabilidade e necessidade de vigilância que estes doentes apresentam na avaliação inicial. Tendo em vista que o objetivo é dar a melhor resposta de cuidados de saúde perante uma situação que possa comprometer a normal manutenção da vida, é necessário que exista todo um conjunto de equipamentos disponíveis para esse efeito. Esses equipamentos podem ser encontrados na sala de emergência para assim se proceder a uma mais rápida intervenção e estabilização do doente urgente e/ou emergente.

Os doentes podem ainda ter a necessidade de realizar ECD, o que pode ser realizado no balcão onde o doente se encontra por apresentar instabilidade ou sobre vigilância hemodinâmica, ou então são encaminhados às respetivas salas de ECD pelos assistentes operacionais para a sua realização. Também aqui, existem exceções, pois se o doente se encontra na sala de emergência com a necessidade de ser encaminhado para a realização de ECD e não sendo possível realizar o mesmo na sala de emergência este é devidamente

acompanhado pelo enfermeiro durante todo o processo, pois apresenta-se instável e com necessidade de monitorização contínua por um profissional de saúde diferenciado.

É ainda possível, que o clínico geral faça o pedido para observação pelas especialidades médicas disponíveis no hospital para ter um atendimento ainda mais diferenciado perante as queixas e necessidades que cada doente apresenta, para tal efeito é possível a observação por parte da ginecologia e obstetrícia, anestesiologia, cirurgia geral, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, medicina interna, pneumologia, nefrologia, patologia clínica, psiquiatria e paliativos. Nos casos em que ainda assim, não seja possível dar uma resposta adequada ao doente, este pode ser transferido para outro hospital de referência para dar continuidade ao tratamento em virtude da patologia que é apresentada e da necessidade de uma resposta mais diferenciada.

No contexto do SU não é possível determinar as patologias mais frequentes que podemos encontrar, tendo em conta que não existem dados recolhidos e disponíveis para esse efeito. Contudo, pelo tempo passado no serviço em estágio é possível concluir que o regime de porta aberta, como é normal em todos os serviços de urgência, permite o acesso e contacto com todo o tipo de queixas e patologias. O que se pode extrair é a população-alvo a que o SU dá resposta, sendo na sua maioria pessoas idosas com comorbilidades associadas e que recorrem a ajuda diferenciada pelos mais variados motivos. Isto acontece pela área geográfica em que o SU está inserido, tendo em conta que é um local do país muito envelhecido, o que por sua vez, faz aumentar a afluência de pessoas mais idosas com mais regularidade face a outro tipo de faixa etária.

Por sua vez, o SO é destinado ao internamento dos doentes em que se verifique essa necessidade, dispondo para esse efeito um total de 18 camas para internamento. Os doentes que se encontrem internados em SO requerem uma observação, como o nome indica, e vigilância permanente por parte dos profissionais de saúde de forma a iniciar a recuperação do processo de saúde-doença que se estabeleceu, tendo como objetivo a alta clínica ou a transferência para um serviço de internamento dedicado e dirigido à continuidade dos cuidados que o doente necessita. Na maioria das vezes, o que se verifica é que as camas destinadas ao SO não são em número suficiente para dar resposta à afluência de internamento que a população apresenta, havendo a necessidade de colocar e distribuir doentes em observação por macas no corredor do SU.

Relativamente ao atendimento de doentes com idade inferior a 18 anos, existe um circuito próprio para se proceder ao encaminhamento destes doentes. A urgência pediátrica dispõe de um espaço próprio anexo à urgência geral de adultos. Após a realização da triagem por parte do enfermeiro, a sala de triagem é comum a qualquer doente que recorra ao SU, é encaminhado para uma sala de espera própria com os devidos acompanhantes. Nesta existe uma sala de tratamento própria para o efeito, circuitos distintos para transferência ou realização de ECD e recursos humanos para a prestação de cuidados na urgência pediátrica. A exceção a este circuito, é todo o doente com idade inferior a 18 anos que necessita de cuidados de saúde urgentes e/ou emergentes e são encaminhados para a sala de emergência que se encontra no serviço de urgência geral.

No serviço de urgência os registos são informatizados, efetuados com o auxílio de um sistema de informação em saúde denominado SClínico, que permite a construção do processo de enfermagem, com o levantamento das intervenções de enfermagem que melhores respostas permitem dar às necessidades de cada doente, utilizando a linguagem CIPE. Ao efetuar os registos de enfermagem através do programa, SClínico, este permite ainda o registo de intervenções de enfermagem realizadas pontualmente e sempre que necessário, bem como, o registo de notas de enfermagem detalhadas de forma a promover a continuidade dos cuidados prestados.

A equipa de enfermagem do serviço de urgência que se encontra escalada para a prestação de cuidados num determinado turno é distribuída pelos diferentes postos de trabalho que são necessários assegurar. Desta forma, os diferentes postos de trabalho apresentam características diferentes na abordagem e prestação de cuidados, como é o caso dos doentes que se entram no circuito normal do serviço de urgência e que não estão em regime de internamento, a equipa de enfermagem presta cuidados através do método centrado na tarefa promovendo a realização das intervenções de enfermagem necessárias ao momento. Os postos de trabalho que se destinam à prestação de cuidados a doentes já internados, no momento da distribuição, a equipa de enfermagem é diretamente responsável pelos doentes que se encontram nestes postos de trabalho, o que significa, que vão prestar cuidados segundo o método de enfermeiro responsável. A prestação de cuidados de enfermagem no serviço de urgência é promovida segundo o modelo teórico da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee, não havendo num modelo normativo a vigorar no SU para a prestação de cuidados, a equipa de enfermagem promove que a prestação dos cuidados seja sempre prestada segundo a melhor evidência disponível no momento para garantir a excelência dos cuidados.

A equipa multidisciplinar tem na sua constituição enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e assistentes administrativos, contando com outros profissionais do hospital que prestam assistência em determinadas áreas, como é o caso dos ECD. A equipa de enfermagem e a equipa médica apresentam um elemento que assume as funções de chefia dos respetivos profissionais. Para este efeito, existe um médico que assume a responsabilidade pelo departamento de urgência e emergência, um médico que assume a direção do serviço, um enfermeiro responsável pelo departamento de urgência e emergência, e um enfermeiro-chefe. A equipa de enfermagem é composta por enfermeiros que desempenham funções em horário fixo (das 8h às 16h) e cinco equipas de enfermagem em horário rotativo, em que existe um enfermeiro com funções de chefia da respetiva equipa de enfermagem onde está inserido, totalizando um total de cinquenta e um enfermeiros em funções. No SU a distribuição dos enfermeiros é realizada pelos diferentes postos de trabalho que existem nos diferentes circuitos que o doente pode seguir, o que cabe a cada enfermeiro assumir os doentes que se encontrem nesses locais, para esse efeito é realizada uma distribuição previa e semanal pelo enfermeiro-chefe dos enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho, bem como pelos diferentes turnos diários.

A equipa de enfermagem apresenta um tempo variável de permanência no serviço, estando o elemento mais recente no serviço em período de integração, no momento da realização do estágio, enquanto, o elemento com mais anos de permanência no serviço na prestação de cuidados é de cerca de trinta anos. Relativamente à sua formação é possível encontrar a maior percentagem de enfermeiros no serviço a desempenhar funções de enfermeiro de cuidados gerais, contudo, é possível constatar que existem distribuídos por todas as equipas enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem de reabilitação, enfermagem psiquiátrica e saúde mental, e enfermagem comunitária.

Feita que está a caracterização do serviço de urgência, é importante destacar as alterações que a pandemia por covid-19 provocou no circuito de doentes e os diferentes ajustes que toda a estrutura orgânica teve de sofrer para dar resposta às necessidades pandémicas. Destaco as alterações a nível das visitas dos familiares, que neste momento não se realizam no SU, bem como, os acompanhantes dos doentes que neste momento não podem fazer o respetivo acompanhamento no circuito de doentes para assim ser possível um maior controlo da situação e contenção da circulação de pessoas no SU. Nesta perspetiva, também o SO acabou por perder capacidade, uma vez que, houve a necessidade de reduzir a sua capacidade em 8 camas, dispondo nesse espaço a zona tampão, com um total de 5 camas devidamente distanciadas. Os

doentes são encaminhados para a zona tampão, após internamento médico, para a realização de teste de covid-19 e posteriormente seguirem o normal circuito de doentes para internamento no SO ou nos serviços de internamento. Por fim, destacar ainda que os doentes que apresentem infeção ativa por covid-19 ou uma potencial suspeita de infeção, são encaminhados diretamente a uma zona anexa ao SU no seu exterior, Área Dedicada aos Doentes Respiratórios (ADR), onde são devidamente triados pela equipa médica e recebem os cuidados de enfermagem necessários perante as suas queixas, sendo que seguem para alta clínica ou transferência para serviço de internamento covid-19.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No seio do serviço de urgência é possível encontrar diferentes valências em função das diferentes necessidades que cada doente apresenta no momento da sua admissão. Desta forma, o serviço de urgência é, por definição, a porta de entrada para o acesso às diferentes vertentes de cuidados especializados que os mais diversos serviços de saúde apresentam. Para este efeito, as pessoas vítimas de trauma, não são exceção quando recorrem aos serviços de urgência na procura de ver as suas necessidades de cuidados de saúde ultrapassadas.

O trauma apresenta-se aos dias de hoje como um problema de saúde pública que afeta todos os países na sua globalidade (Bessa, 2021), e Portugal não é exceção, sendo o trauma um problema major (Massada, *et al.*, 2000). Representa como resultado direto do número de casos de trauma nos grandes centros urbanos, o consumo excessivo de drogas o que provoca um aumento dos casos de violência, as ações terroristas e de guerra e os acidentes de viação (Bessa, 2021). No que diz respeito aos países em vias de desenvolvimento, os eventos de trauma estão relacionados com o aumento do número de estradas, o que leva a um aumento dos veículos em circulação, causando mais acidentes de trânsito (estes representam 90% do total de acidentes registados em todo o mundo), e juntamente com os acidentes industriais, perfaz as grandes causas de trauma (Bessa, 2021).

São registadas 16 mil mortes diárias provocadas por ferimentos que resultaram de um evento traumático. Por cada morte registada, verifica-se que existem milhares de pessoas que ficam com sequelas permanentes de ferimentos que não conduziram à morte, o que representa 16% da carga global de doença (Mock, *et al.*, 2004).

Para mais fácil entendimento, o serviço de urgência tem a sua área de emergência, onde são prestados cuidados aos doentes que apresentem maior gravidade na sua avaliação inicial, o que pode indicar um quadro de falência, o que se traduz como um risco à manutenção da vida (Bessa, 2021). Desta forma, é necessário que exista um local onde se possam concentrar todos os recursos possíveis para uma rápida atuação nos doentes com maiores critérios de gravidade, sendo o local de excelência a sala de emergência (Bessa, 2021; Massada, *et al.*, 2000).

A existência de uma sala de emergência apenas direcionada às pessoas vítimas de trauma não se apresenta como sendo necessário, uma vez que, o paradigma de atuação deve estar centrado no doente, onde é o médico a ir ao doente e não o contrário, sendo vital a observação

por parte das diferentes especialidades médicas que possam ter a necessidade de intervir (Bessa, 2021). Surge igualmente destacada, a necessidade de que a sala de emergência seja da responsabilidade dos clínicos que mais aptos estão a lidar com estes tipos de doentes, em particular aos médicos dos cuidados intensivos. Não só pelo quadro de gravidade que o doente apresenta, mas pela necessidade que pode existir em encaminhar o doente para unidades de cuidados intensivos, ficando assim o processo agilizado (Bessa, 2021; Paiva, *et al.*, 2012).

Neste contexto os profissionais que da equipa multidisciplinar fazem parte, devem ser profissionais dedicados e empenhados na sua relação com o serviço de urgência, pois só assim é possível que exista evolução e melhoria na prestação de cuidados (Bessa, 2021; Paiva, *et al.*, 2012). Apresentando-se a chefia como determinante na condução dos processos de melhoria e evolução do próprio serviço, tendo em conta que estes devem fazer parte do serviço, com estreita relação entre o serviço e a equipa e devem promover a formação avançada em urgência, com especial foco na abordagem da pessoa vítima de trauma (Bessa, 2021; Paiva, *et al.*, 2012; Almeida, *et al.*, 2020; Direção-Geral da Saúde [DGS], 2010; Massada, *et al.*, 2009). Outro aspeto que surge como sendo de grande importância é a utilização dos registos para discriminação dos cuidados prestados e das atividades desenvolvidas na abordagem realizada à pessoa vítima de trauma, juntamente com os instrumentos de avaliação aplicados (Bessa, 2021; Paiva, *et al.*, 2012; DGS, 2010; Massada, *et al.*, 2009) A equipa de enfermagem tem que procurar ativamente participar em todas as fases da abordagem à pessoa vítima de trauma, tendo a capacidade de identificar as necessidades formativas e as barreiras que ainda possam existir (Paiva, *et al.*, 2012; Almeida, *et al.*, 2020).

2.1. Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

A presente pesquisa assenta numa revisão sistemática da literatura de evidência de significado, visando oferecer uma sistematização abrangente, imparcial e transparente, no formato de um único documento, pela coletânea dos estudos que se apresentem como de interesse para a temática central do estudo, validado pelo Joanna Briggs Institute [JBI] (Porritt, *et al.*, 2019).

Para a realização da pergunta de investigação foi utilizado a metodologia PICO (participantes, intervenções, comparação e *outcomes*) (Porrirt, *et al.*, 2019). Assim, determina-se o **Problema**: correta gestão da abordagem à pessoa vítima de trauma; **Intervenção**: o papel da equipa de enfermagem na abordagem à vítima de trauma; **Comparação**: não se aplica e **Outcomes**: destacar os elementos facilitadores de uma correta gestão à pessoa vítima de trauma. O que resulta na questão de investigação: “Quais os fatores determinantes para uma correta gestão da abordagem à pessoa vítima de trauma?”

ACRÓNIMO	DESCRIÇÃO	COMPONENTE DA QUESTÃO
P	Problema	Correta gestão da abordagem à pessoa vítima de trauma
I	Intervenção	O papel da equipa de enfermagem na abordagem à vítima de trauma
C	Comparação	Não se aplica
O	Outcomes	Destacar os elementos facilitares de uma correta gestão à pessoa vítima de trauma

Tabela 1: PICO segundo o JBI (Porrirt, *et al.*, 2019)

Tendo em vista a realização da pesquisa foram utilizadas palavras-chave relevantes e devidamente aferidas tanto nos Descritores em Ciências da Saúde [DeCs] como no *Medical Subject Headings* [MeSH], validando: Cuidados de Enfermagem – “*Nursing Care*”; Serviço de Urgência – “*Emergency Service*”; Feridas e Lesões – “*Wounds and Injuries*” e Trauma – “*Trauma*”.

Para a revisão sistemática da literatura foi realizada pesquisa com as palavras-chave devidamente validadas, através dos motores de busca, Biblioteca do Conhecimento *Online* [B-on] e *Elton Bryson Stephens Company* [EBSCOhost]. Aplicando operador booleano “AND”, e colocando o descritor “*Wounds and Injuries*” e “*Trauma*” em “Termo do Assunto”, tendo como objetivo limitar o volume de pesquisa.

Foram selecionados como critérios de inclusão: artigos com texto integral, analisados pelos pares, publicados no período entre 2018 e 2021, com idioma em português, inglês e espanhol. Também foram selecionados critérios de exclusão, sendo estes: artigos de cuidados neonatais, pediátricos, cuidados intensivos; artigos relacionados com saúde mental; artigos sobre o trauma por acidente vascular cerebral e revisões da literatura.

A seleção dos artigos teve início pela introdução das palavras-chaves nos motores de buscas: “*Nursing Care*” AND “*Emergency Service*” AND “*Wounds and Injuries*” (“termos de

assunto”) AND “*Trauma*” (“termos de assunto”), obtendo um total de 423 artigos. Perante estes artigos foram aplicados os critérios de exclusão e inclusão. Aos 423 artigos, filtrou-se os artigos em texto integral, tendo obtido 341 artigos, e analisados pelos pares que gerou uma resposta de 339 artigos. Após limitar a pesquisa ao período entre 2018 e 2021 obteve-se um total de 131 artigos. Posteriormente, foi selecionado o idioma de português, inglês e espanhol, obtendo um total de 113 artigos. Perante esta seleção de artigos, continuaram a ser aplicados os critérios de inclusão e exclusão através da leitura dos títulos e resumos dos mesmos, tendo excluído 107 artigos que não iam ao encontro da questão de investigação nem cumpriam os critérios necessários dirigidos à temática para integrar a pesquisa. Restaram então, 6 artigos devidamente selecionados e validados, que seguiram para uma leitura e apreciação mais aprofundada.

Na figura 1, que se segue, encontra-se o fluxograma com os respetivos passos sistematizados da realização da pesquisa, bem como da forma de aplicação dos respetivos critérios de inclusão e exclusão.

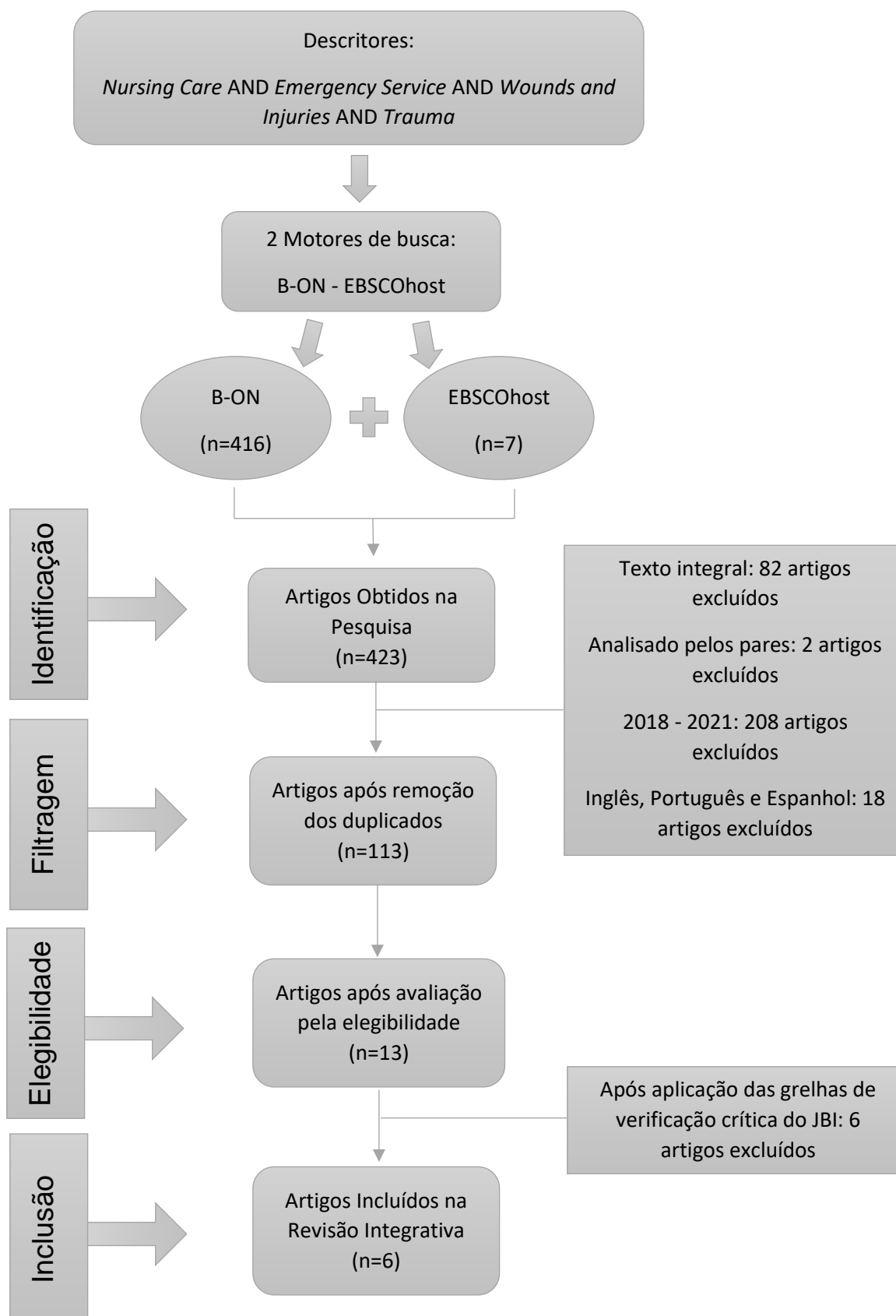


Figura 1: Fluxograma da Pesquisa e seleção dos artigos, segundo algoritmo PRISMA (Fonte: elaboração própria)

Na fase seguinte todos os artigos foram submetidos a uma avaliação crítica, através da aplicação de grelhas de avaliação do nível de evidência, confiabilidade e relevância do JBI (JBI, 2020a) permitindo classificar os estudos encontrados. Após esta avaliação foram validados os 6 artigos encontrados, na continuidade do processo de avaliação, foram submetidos a uma etapa de classificação, de acordo com os Níveis de Evidência [NE], tendo em conta o JBI (JBI, 2020b), como se pode verificar na tabela seguintes.

Artigo	JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST											NE	
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Total	
Artigo 1 - <i>The Building Blocks to a Highly Effective Trauma Program</i>	Y	Y	Y	N	Y	U	U	Y	NA	--	--	56%	2.b
Artigo 2 - <i>Comparison of Trauma Severity Scores (ISS, NISS, RTS, BIG Score and TRISS) in Multiple Trauma Patients</i>	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	--	--	89%	2.a
Artigo 3 - <i>A Comparison of Scoring Systems for Predicting Short and Long-term Survival After Trauma in Older Adults</i>	Y	Y	Y	N	Y	U	Y	Y	Y	--	--	78%	2.a
Artigo 4 - <i>A seven-center examination of the relationship between monthly volume and mortality in trauma: a hypothesis-generating study</i>	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	NA	Y	82%	3.a
Artigo 5 - <i>Feasibility and accuracy of ED frailty identification in older trauma patients: a prospective multi-centre study</i>	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	NA	Y	91%	3.a
Artigo 6 - <i>Nurse Practitioners' Role in Improving Service for Elderly Trauma Patients</i>	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	--	--	100%	2.a

Tabela 2: Lista de Verificação de Avaliação Crítica e Níveis de Evidência do JBI (JBI, 2020a; JBI, 2020b)

No seguimento do processo de seleção e validação da qualidade dos artigos encontrados na pesquisa nos motores de busca, tendo em atenção o objetivo e a pergunta de investigação,

foram incluídos 6 artigos na revisão sistemática da literatura. Procedeu-se à elaboração da tabela com a síntese dos dados obtidos de forma a facilitar a consulta e posterior interpretação da informação recolhida (Apêndice I).

Quando se aborda a temática trauma e as implicações que os eventos traumáticos podem causar nas pessoas que dele são vítimas, de forma direta como resultado do mecanismo que o causa e/ou das sequelas que o mesmo pode causar para a pessoa, é importante ter em conta que a taxa de mortalidade tem relação direta com o tipo de mecanismo de trauma, e tem forte relação com o tipo de população que o centro de trauma serve, como é o caso da idade da população (Höke, *et al.*, 2021).

Idealmente devia ser feito um estudo demográfico da população que irá utilizar o serviço de urgência de forma a preparar os recursos necessários para a sua população-alvo (Gosnell & Slivinki, 2021). O que permitia prever precocemente aqueles com maior risco e/ou com pior prognóstico, incluindo morte ou incapacidade permanente, o que permite auxiliar a tomada de decisão perante uma pessoa vítima de trauma que apresente necessidades específicas, como é o caso de um encaminhamento para uma unidade de cuidados intensivos (Meagher, *et al.*, 2019).

O estabelecimento de um programa de trauma de sucesso exige bastante suporte por parte da liderança em todos os seus níveis através do envolvimento de todas as partes interessadas, conduzindo a melhores resultados para as pessoas vítimas de trauma (Gosnell & Slivinski, 2021). A equipa de enfermagem não é exceção, ocupando um lugar de destaque no posicionamento que a mesma ocupa perante a identificação das fragilidades, desde o momento da admissão, permitindo uma identificação precoce das fragilidades o que direciona e especifica as intervenções a seguir com impacto positivo na saúde e recuperação a longo prazo (Jarman, *et al.*, 2021).

Esta pesquisa visa procurar na literatura quais os fatores determinantes para uma correta gestão da pessoa vítima de trauma, de forma a otimizar a sua abordagem holística e promovendo, desde a admissão, uma correta mobilização de conhecimentos e ferramentas que podem ser úteis na manutenção e recuperação da pessoa vítima de trauma (Gosnell & Slivinski, 2021). Para este fim, determinou-se na literatura que os aspetos mais determinantes a ter em conta são: equipas de trauma e liderança, registo em trauma, aplicação de instrumentos de avaliação e a relação com a família e/ou cuidador. Com a aplicação destas componentes no processo de tratamento á pessoa vítima de trauma é possível alcançar, exceder, e sustentar as

boas praticas em trauma, promovendo o seu desenvolvimento e sustentabilidade para um programa de trauma bem-sucedido (Gosnell & Slivinski, 2021).

Equipa de trauma e liderança

É necessário encontrar profissionais dedicados e apaixonados pelo trauma, como é o caso do diretor clínico de trauma e do diretor do programa de trauma¹. Estes profissionais devem ter uma visão partilhada sobre a qualidade da abordagem à pessoa vítima de trauma e são estes que vão determinar as etapas a seguir e o seu grau de exigência deve ser transmitido aos restantes elementos da hierarquia na equipa (Gosnell & Slivinski, 2021).

O diretor do programa de trauma deve ser alguém com experiência em cuidados intensivos ou urgência, deve ter experiência em liderança e deve estar envolvido em processos de melhoria da qualidade (Bessa, 2021; Massada, *et al.*, 2009; Gosnell & Slivinski, 2021). Por sua vez, o diretor clínico de trauma deve ser alguém com perfil para a realização de trabalho administrativo e ter tempo designado para esse fim (Gosnell & Slivinski, 2021).

Estes dois elementos da equipa devem ser responsáveis pela criação do modelo de trauma, e todas as etapas que devem ser seguidas. Pela elaboração de relatórios de forma a justificar as mudanças necessárias em função da melhoria da qualidade, devem ter reuniões frequentes e regulares, de forma a identificar e quebrar barreiras, e posteriormente divulgar as suas conclusões de melhoria, de forma a serem agentes de mudança e preparando a equipa para uma atuação sem lacunas (Gosnell & Slivinski, 2021).

É determinante que os elementos da equipa sejam diferenciados no atendimento ao trauma, mas também que sejam diferenciados entre si, ou seja, uma equipa onde os seus elementos tenham diferentes valências para assim dar uma resposta mais dirigida às necessidades identificadas. O importante passa por saber utilizar o que de melhor cada elemento tem para oferecer e assim determinar a sua função e posto de trabalho na equipa (Paiva, *et al.*, 2021; Gosnell & Slivinski, 2021).

¹ A designação de diretor clínico de trauma e de diretor do programa de trauma surge na literatura analisada, contudo em Portugal essas figuras de chefia dos programas de trauma podem surgir com outras designações, como por exemplo, coordenadores do programa de trauma.

A equipa deve estar preparada para lidar e ultrapassar os problemas que forem surgindo, e para isso é importante fazer escolhas acertadas dos chefes de cada equipa, para assim garantir uma rápida e eficaz resolução de problemas (até mesmo para a delegação de funções) (Gosnell & Slivinski, 2021). Exemplo disso mesmo é a relação que se verifica entre o volume de traumas mensais e a taxa de mortalidade observada. Tendo em conta que em meses com <100 traumas existe uma taxa de mortalidade mais elevada (3,9%), e por sua vez, em meses com >400 traumas a taxa de mortalidade é menor (2,9%) (Stawicki, *et al.*, 2018). Estes dados apoiam a necessidade de ter uma equipa com formação avançada, mas também uma chefia dedicada e competente face à identificação e resolução de problemas na abordagem a eventos traumáticos.

A equipa de enfermagem também deve ter elementos com conhecimentos avançados em cuidados intensivos e urgência, e com formação avançada em trauma. O que garante prestadores de cuidados diferenciados e experientes na atuação de um trauma agudo e posteriormente no seu seguimento durante o internamento (Paiva, *et al.*, 2021; Almeida, *et al.*, 2020; Gosnell & Slivinski, 2021), permitindo assim, que a equipa esteja permanentemente em estado de alerta e com respostas mais rápidas e dirigidas às necessidades de cada pessoa vítima de trauma. A falta de exercícios ou de casos reais de trauma é apresentado como um fator de stress por parte das equipas na atuação em trauma (Stawicki, *et al.*, 2018).

A prova da importância da especialização em trauma por parte das equipas de enfermagem é validada pelos resultados do estudo realizado por Bethea, Samanta, White, Payne e Hardway (2019), onde se observam diferentes resultados em função da especialização em trauma ou não das equipas de enfermagem. Prova disso mesmo, é o caso dos internamentos realizados em serviços com equipas especializadas, onde se verifica uma média mais baixa do período de internamento, bem como, foram dadas mais altas clínicas para o domicílio, e não houve nenhuma admissão na UCI não planeada, face às equipas não especializadas (Bethea, *et al.*, 2019), o que indica que as equipas especializadas apresentam maior capacidade de previsão de complicações. Contudo, as complicações registadas pelos sistemas de órgão afetados pelo evento traumático ou pelas complicações associadas ao internamento (infeções urinárias, por exemplo) foi o mesmo nas duas amostras (Bethea, *et al.*, 2019), não tendo sido registadas diferenças significativas entre as equipas.

Os resultados que se verificam neste estudo, vão ao encontro a tudo aquilo que são as boas praticas das equipas especializadas em trauma. Exemplo disso mesmo, é a avaliação de rotina e a colaboração com assistentes sociais para que se possa começar a preparar a alta clínica logo nas primeiras 24 horas, comunicar com a família de forma a perceber que tipo de condições

existem no domicílio para dar continuidade ao processo de recuperação, promover a mobilidade precoce, pelo que as equipas de enfermagem promovem a deambulação, e se necessário com a colaboração da fisioterapia, e realizam espirometria a cada 24 horas para garantir a normal função respiratória dos doentes (Bethea, *et al.*, 2019).

Registo em trauma

Devem existir elementos da equipa destacados para o registo em trauma, ou seja, durante a prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma os elementos da equipa devem registar as intervenções realizadas por parte da equipa multidisciplinar. Os registos das intervenções prestadas durante a abordagem da vítima de trauma, registos de execução, permitem garantir a sua realização e posterior registo em sistema próprio para esse fim, garantindo a descrição de tudo aquilo que foram as intervenções realizadas por parte da equipa (Bessa, 2021; Gosnell & Slivinski, 2021).

Por outro lado, o papel da equipa de registo é validar e confirmar esses dados com a criação de relatórios, de forma a garantir que os protocolos de qualidade estão a ser implementados e detetar lacunas que necessitam ser corrigidas. O que permite ao topo da hierarquia da equipa determinar o planeamento estratégico a adotar e alcançar uma melhoria sustentada (Bessa, 2021; Gosnell & Slivinski, 2021).

Aplicação de instrumentos de avaliação

No estudo conduzido por Hölke, Usul e Özkan (2021), verificou-se que existem instrumentos de avaliação mais sensíveis que outros, que se podem aplicar a pessoas vítimas de trauma em função das diferentes especificidades que se pretendem auferir. Exemplo disso mesmo, é o caso da escala *New Injury Severity Scales* [NISS] que se verificou ser mais sensível na previsão de internamento em cuidados intensivos, contudo a aplicação da escala *Trauma Injury Severity Score* [TRISS] foi a que revelou maior sensibilidade para a necessidade de ventilação mecânica (Hölke, *et al.*, 2021). A escala TRISS foi a que durante o estudo demonstrou maior sensibilidade para aferir o grau de mortalidade com maior exatidão (Hölke, *et al.*, 2021).

A escala de *Base deficit, International normalized ratio, and Glasgow coma scale* [BIG] sendo inicialmente criada para avaliar a taxa de mortalidade na pediatria revela-se importante a sua avaliação em adultos. Todos os estudos verificaram que os parâmetros de pontuação da

escala BIG estão intimamente relacionados com a mortalidade e o previsível desfecho do doente. A mortalidade foi observada em todos os doentes com uma pontuação BIG acima de 26, por sua vez, pontuações de BIG abaixo de 12, a taxa de mortalidade foi de 4%. A escala BIG tem vantagens distintas de velocidade e facilidade de uso ao prever com sucesso o prognóstico das pessoas vítimas de trauma (Höke, *et al.*, 2021). No estudo foi possível determinar que a escala BIG foi a terceira melhor pontuação de trauma, sendo que a escala TRISS e NISS apresentaram os melhores resultados na sua globalidade (Höke, *et al.*, 2021).

Outros instrumentos podem ser utilizados, como é o caso do estudo conduzido por Meagher, Lin, Mandell, Bulger e Newgard (2019), que aborda a utilização do indicador de trauma geriátrico, *Geriatric Trauma Outcome Score* [GTRI], apresentando-se como sendo o de maior sensibilidade para uma emergência da via aérea. O GTRI tem a vantagem de poder ser utilizado em tempo real durante toda a prestação de cuidados para ajudar a identificar idosos de alto risco. Podendo ocorrer no pré-hospitalar ou após a admissão, caso o doente necessite de entubação. A gestão da via aérea de emergência foi o preditor de maior importância no imediato e como o segundo fator de mortalidade em 30 dias (Meagher, *et al.*, 2019). Constata-se que a triagem por grau de fragilidade em doentes idosos com traumas é viável e precisa, mesmo em função do instrumento de avaliação utilizado (Jarman, *et al.*, 2021).

Verificou-se que existem fatores de risco para uma morte em 30 dias: sexo masculino, mais comorbilidades associadas, hospitalização recente e uso de anticoagulantes, imediatamente antes do trauma. O estudo mostra que pessoas idosas vítimas de trauma que no momento da admissão apresentam muitas comorbilidades associadas ou que estejam em insuficiência respiratória exigindo via aérea avançada, correm o risco de morte, sem compromisso pela carga de ferimentos (Meagher, *et al.*, 2019).

Outro instrumento de avaliação a destacar na prevenção de complicações é a escala *Clinical Frailty Scale* [CFS] que aplicada precocemente no serviço de urgência permite definir a melhor estratégia a seguir na abordagem ao doente (internamento em enfermaria ou cuidados intensivos) e aumentar a taxa de sobrevivência (Jarman, *et al.*, 2021).

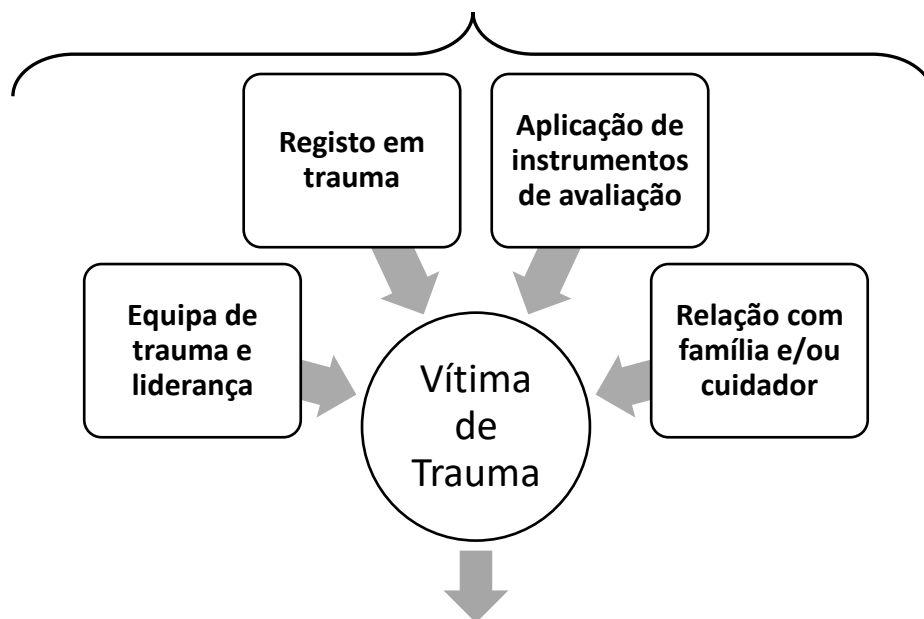
Relação com família e/ou cuidador

Na fase aguda é necessário que exista a capacidade de prever o resultado ao nível individual, de forma a facilitar a comunicação com as famílias em relação ao resultado esperado e prognóstico na determinação de objetivos dos cuidados (Meagher, *et al.*, 2019).

A utilização de instrumentos de avaliação nas pessoas vítimas de traumas aquando da sua admissão no serviço de urgência é importante para traçar metas realistas em função do prognóstico esperado das vítimas. Assim é possível orientar decisões de disposição, discussão, transferência, antecipar o prognóstico e na abordagem da família e/ou cuidador na procura de resoluções e alternativas. Até mesmo, para a contextualização da gravidade que a vítima possa apresentar, não criando falsas expectativas em relação ao decorrer do processo de tratamento, reduzindo assim a incidência de eventos traumáticos obtendo melhores resultados (Gosnell & Slivinski, 2021; Meagher, *et al.*, 2019).

Perante a família/cuidador da pessoa vítima de trauma, após a sua recuperação da situação aguda e até mesmo após a alta clínica, tem de ter ao seu dispor mecanismos que permitam dar apoio na sua recuperação, fornecer estratégias para melhor lidar com a sua nova condição e permitir que exista uma adaptação física e mental perante a nova condição, na perspetiva de preparação da alta clínica (Gosnell & Slivinski, 2021; Bethea, *et al.*, 2019).

Fatores que permitem uma melhor abordagem da vítima de trauma



Uniformização dos procedimentos nas equipas multidisciplinares na sua gestão de cuidados

Figura 2: Fatores determinantes da correta abordagem à vítima de trauma (Fonte: elaboração própria)

Após análise dos diferentes estudos que integram a pesquisa, é possível afirmar que existem fatores determinantes para a condução de um correto protocolo de atuação em trauma

no serviço de urgência. A sua gestão e correta aplicação permite por parte da equipa e da sua chefia assegurar uma correta abordagem à pessoa vítima de trauma desde o momento da admissão no serviço de urgência.

Perante a análise realizada da literatura selecionada para a pesquisa, foi possível determinar que existe um conjunto de aspetos que assumem grande importância quando se trata de uma correta gestão na abordagem do doente vítima de trauma. Destacando a composição das equipas de trauma, que requerem profissionais de saúde competentes, dedicados e com amplos conhecimentos científicos em trauma. Estes, devem estar dispostos a promover a formação científica contínua, de forma a melhorar as suas capacitações através de novas ferramentas que possam ser úteis na aplicação em contexto real de trauma, bem como, a necessidade de assegurar a liderança, das equipas de trauma, com profissionais qualificados para o efeito e que se apresentem como verdadeiros agentes de mudança e de adaptação a todas as realidades distintas que os eventos traumáticos possam acarretar.

Importa destacar a correta utilização dos registos em trauma como uma ferramenta que permite a validação das intervenções realizadas à vítima de trauma, mas acima de tudo, que permita monitorizar a atividade de gestão de eventos traumáticos. Deve servir como ponto de partida para uma reflexão profunda de como a gestão do trauma está a ser conduzida e se necessário incrementar medidas de melhoria, ultrapassando barreiras à prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma. Exemplo disso mesmo, é a utilização de instrumentos de avaliação, logo desde o momento da admissão no serviço de urgência. Existe um conjunto de escalas disponíveis para aplicação em função da previsão que se pretenda obter da vítima de trauma. Ou seja, a equipa para além de ter disponíveis instrumentos de avaliação que permitem prever a evolução da vítima de trauma, permite de igual forma, antecipar os possíveis cenários e prognósticos para cada situação. Cabe a cada equipa a seleção do instrumento de avaliação que melhor se adequa a cada situação em função do grau de sensibilidade que esse mesmo instrumento de avaliação apresenta. Neste seguimento, é importante que a prática de enfermagem enquanto disciplina do saber, tenha sempre em linha de conta a preocupação em realizar atualização dos conhecimentos mais recentes e validar a sua prática, como uma prática baseada na evidência.

Por fim, referir a importância que a família e/ou cuidador ocupa em todo este processo de gestão à pessoa vítima de trauma. Devem ser incluídos desde logo como fator a ter em conta na tomada de decisão em função do prognóstico efetivo que cada situação apresente. Deve ser contemplado o fator família e/ou cuidador no ajuste de expectativas e metas reais que cada

situação de trauma presente, sendo um elemento determinante para a fase pós-aguda e preparação da alta clínica, onde na maioria dos casos é necessário promover uma adaptação a novas realidades em função das sequelas apresentadas.

Seria necessário desenvolver um estudo abrangente em Portugal, de forma a traçar o perfil dos episódios traumáticos, a sua incidência, a população mais afetada, os aspetos demográficos e o que alterar em função dos resultados obtidos. Perceber se a realidade portuguesa está em concordância com o que se verifica noutros países e perceber se as condicionantes associadas são as mesmas e/ou se são fatores possíveis de ser alterados na prática dos enfermeiros, perante a adoção de boas práticas em trauma.

1.1. Modelo De Sinergia

A *American Association of Critical-Care Nurses* [AACN] assenta em padrões sobre o que é esperado da prática do enfermeiro, de forma que este providencie cuidados de excelência e com compaixão (AACN, s.d. a). Para ir ao encontro desta excelência no cuidar, em 1996, a mesma associação elaborou um modelo conceptual, o Modelo de Sinergia AACN (AACN, s.d. a), procurando assim, afastar a prática de enfermagem por tarefa e enfatizar o reconhecimento do valor da relação pessoa-enfermeiro (Brewer, *et al.*, 2007). Este modelo procura aliar as necessidades das pessoas com as competências do enfermeiro (AACN, s.d. a), expondo que as características e necessidades das pessoas irão direcionar e influenciar as competências do enfermeiro (AACN, s.d. b). Assim, o processo de sinergia ocorre quando as competências do enfermeiro derivam das necessidades das pessoas e quando as características do enfermeiro se conjugam com as da pessoa. Esta sinergia potência melhores resultados nos cuidados (AACN, s.d. a).

Posto isto, é possível fazer o paralelismo acerca das intervenções necessárias para a correta abordagem à vítima de trauma e a equipa multidisciplinar nas sinergias que são necessárias estabelecer. De modo que indicado pelo modelo teórico a equipa multidisciplinar tem de ter características próprias para dar respostas às necessidades da vítima de trauma, o que pressupõe que deve haver todo um conjunto de capacitações, que são necessárias à priori na prestação de cuidados. Ou seja, a equipa multidisciplinar deve estabelecer relações de sinergia com a vítima de trauma, mediante a aplicação do seu conhecimento na área de trauma, dando resposta às diferentes necessidades da vítima, contrariando as necessidades que possam

comprometer a correta manutenção da vida. Tendo em conta, que a vítima de trauma, pode apresentar as mais variadas necessidades em função do evento traumático sofrido, a equipa multidisciplinar deve ter capacitação, conhecimento e formação avançado em trauma, para assim dar resposta às mais variadas e complexas necessidades da vítima, o que garante o maior número de sinergias possíveis entre as necessidades apresentadas pelo doente e as características da equipa multidisciplinar na sua atuação.

Não tendo sido propostas definições dos metaparadigmas por este modelo, irá utilizar-se as definições expostas pela Ordem dos Enfermeiros, na elaboração dos seus Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Para a OE, saúde “(...) é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual.” (OE, 2017, p. 8), podendo-se verificar que esta definição enquadra não só o bem-estar físico como o bem-estar mental. A pessoa define-se como “(...) um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual (...)” (OE, 2017, p. 8-9), tornando-a única, digna e com autodeterminação (OE, 2017). De realçar, que a pessoa é descrita como autónoma, com características individuais, “(...) una e indivisível. (...)” (OE, 2017, p. 8-9), sendo influenciada pelo ambiente onde se encontra (OE: 2017). O metaparadigma ambiente é descrito como o local onde a pessoa vive e se desenvolve (OE, 2017). Este é composto por “(...) elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais (...)” (OE, 2017, p. 9-10), podendo condicionar e influenciar os estilos de vida da pessoa (OE, 2017). A enfermagem é a profissão, na área da saúde, que objetiva “(...) prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado (...)” (OE, 2015, p. 99), de modo a manter, melhorar e recuperar a saúde (OE, 2015). Os cuidados de enfermagem visam “(...) prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procurar a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização de atividades de vida, (...)” (OE: 2012, p. 11).

O Modelo de Sinergia AACN apresenta nove pressupostos, que irão guiar a conduta do mesmo, sendo enumerados de seguida:

1. As pessoas são seres biológicos, psicológicos, sociais e espirituais que se apresentam em diferentes estádios de desenvolvimento. A pessoa deve ser abordada de forma holística;
2. A pessoa, família e comunidade irão contribuir para o contexto onde a relação pessoa-enfermeiro irá ocorrer;

3. As pessoas podem ser descritas através de inúmeras características, estando estas conectadas e interligadas entre si. As características não podem ser abordadas individualmente;
4. O enfermeiro pode também ele ser descrito através de inúmeras dimensões, que interrelacionadas formam o perfil do enfermeiro
5. O propósito da enfermagem é restaurar o nível ótimo de bem-estar definido pela pessoa. A morte pode ser um resultado aceitável, onde o objetivo do cuidado de enfermagem é permitir à pessoa uma morte digna (AACN, s.d. b);
6. O enfermeiro cria o ambiente do cuidado e este irá influenciar a prática de enfermagem;
7. Existe inter-relação entre as áreas afetadas, que poderá mudar consoante a experiência, situação e características pessoais;
8. O enfermeiro procura otimizar os resultados do pessoa, família, cuidadores e sistemas/ organizações de saúde;
9. O enfermeiro traz para cada situação as suas próprias experiências, incluindo os graus de educação/conhecimento e as competências (Kerfoot, *et al.*, 2006).

O Modelo de Sinergia AACN descreve como ideia principal a relação sinérgica que deve existir entre a pessoa e o enfermeiro, aquando da prestação de cuidados, já que as necessidades da pessoa irão direcionar as competências/características do enfermeiro, resultando numa sinergia quando estas necessidades e características da pessoa combinam com as competências e características do enfermeiro (Kerfoot, *et al.*, 2006).

O Modelo de Sinergia AACN admite a unicidade de cada pessoa, família, unidade e sistema de cuidados e que estes terão a capacidade de promover a saúde e também a vulnerabilidade para a doença. Devido à sua unicidade, a pessoa traz para os cuidados de saúde características únicas que irão influenciar o processo saúde-doença (AACN, s.d. b). As características atribuídas por este modelo à pessoa não são direcionadas aos sistemas do corpo, mas sim às características que poderão sofrer alteração aquando da situação de doença (Kaplow, 2003), tais como: Resiliência, Vulnerabilidade, Estabilidade, Complexidade, Disponibilidade de Recursos, Participação no Cuidado, Participação na Tomada de Decisão e Previsibilidade (anexo I) (Kerfoot *et al.*, 2006; AACN, s.d. b). Cada pessoa perante a situação de doença terá determinadas características e determinados níveis de necessidades, sendo que estas, no modelo apresentado, podem variar do nível 1 ao nível 5, sendo o 5 o nível mais elevado (Kaplow, 2003).

Aquando dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro engloba todos os seus conhecimentos, competências, experiência e atitudes para satisfazer as necessidades da pessoa

(AACN, s.d. b) e promover resultados positivos (Kaplow, 2003). Estas características irão também ser direcionadas pelas próprias características da pessoa (AACN, s.d. b). Assim, o mesmo modelo, atribui oito competências que cada enfermeiro possuirá: o Julgamento Clínico, Defesa, Prática do Cuidar, Colaboração, Pensamento Sistémico, Resposta à Diversidade, Investigação Clínica e Facilitador da Aprendizagem (anexo II) (Kerfoot *et al.*, 2006; AACN, s.d. b). Os níveis de competência variam entres os níveis 1 e 5, de competente a especialista, correspondentemente. Estas competências irão assumir maior ou menor importância dependendo das características de cada pessoa alvo de cuidados (AACN, s.d. b). Num estudo realizado com o objetivo de verificar a correlação entre as características das pessoas e as competências do enfermeiro, segundo o modelo, verificou-se que os enfermeiros mais experientes, com mais competências, conseguiram identificar as oito características das pessoas, enquanto enfermeiros menos experientes apenas identificaram cerca de cinco características (Brewer *et al.*, 2007).

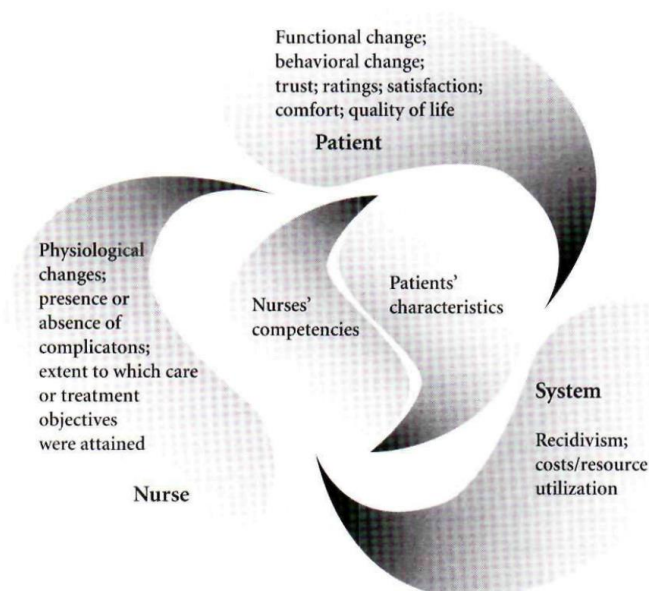


Figura 3: Esquema do Modelo de Sinergia AACN, proposto por Kaplow (Kaplow, 2003)

O Modelo de Sinergia AACN assume-se como um modelo de excelência para organizar os cuidados à pessoa ao longo dos sistemas de saúde, possuindo várias aplicações. Os três componentes do modelo (características da pessoa, competências do enfermeiro e o ambiente de cuidados) interagem entre si de forma dinâmica, formando, assim, um modelo para a prática profissional (Kaplow & Reed, 2008).

Assumir e descrever as características da pessoa propostas pelo modelo, contribui para a compreensão das mesmas, por parte da pessoa/família, enfermeiro e outros prestadores de

cuidados, formando deste modo uma linguagem comum para todos os intervenientes no cuidado. O modelo enfatiza também a centralidade dos cuidados na pessoa, e a necessidade de conhecê-la, conduzindo a uma melhor relação terapêutica (Kaplow & Reed, 2008).

Reconhecer as competências do enfermeiro do Modelo de Sinergia AACN contribui para compreender o nível de competência de cada um e atribuir cuidados de acordo com essas competências. Fomenta também a aquisição e desenvolvimento de novas competências, bem como o desenvolvimento pessoal (Kaplow & Reed, 2008).

O ambiente de cuidados irá influenciar quer as características da pessoa, quer as competências do enfermeiro, quer os *outcomes* do cuidado, assim este deverá ser favorável e suportar a sinergia entre pessoa e enfermeiro, para otimizar os *outcomes* (Kaplow & Reed, 2008).

O Modelo de Sinergia AACN tem revelado contribuir para *outcomes* positivos relativamente à pessoa, enfermeiro e sistemas de saúde (Nania, *et al.*, 2020). E tem apresentado várias aplicações, tendo sido aplicado no desenvolvimento de competências dos profissionais (Kaplow & Reed, 2008; Swickard, *et al.*, 2014), como medida da proficiência e produtividade dos enfermeiros, nos cuidados a pessoas com síndrome coronária aguda e como ferramenta de suporte para transporte de doentes críticos (Swickard, *et al.*, 2014).

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Agora que está apresentada a contextualização da prática clínica onde se desenvolveu a UC Estágio Final, a fundamentação que está na base do projeto de intervenção em serviço, e o modelo teórico que irá nortear toda a realização do projeto, tendo por base as necessidades identificadas face às características que os elementos da equipa de enfermagem apresentam, para dar resposta a essas mesmas necessidades iremos descrever as atividades desenvolvidas no projeto de intervenção em serviço.

É pretendido que se proceda a uma análise das necessidades e que se estabeleça quais os objetivos que se pretendem alcançar fruto da pesquisa realizada, traçando assim o planeamento de todo o projeto de intervenção em serviço.

Desta forma, o projeto de intervenção em serviço visa determinar a existência das necessidades apresentadas na abordagem ao doente crítico em situação de trauma, que se destaca pela necessidade de melhoria da comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar. Fomentando a adaptação de comportamentos que vão de encontro á correta abordagem à vítima, tendo em atenção os fatores que se apresentam como necessários para a correta abordagem da vítima de trauma, já apresentados anteriormente na fundamentação. Para tal, serão utilizadas as diferentes etapas da metodologia projeto apresentas por Ferrito, Nunes e Ruivo (2010), no decorrer da apresentação do projeto de intervenção em serviço.

3.1. Diagnóstico De Situação

Esta etapa, tem como objetivo o diagnóstico de situação, através da criação de um modelo que permita descrever a realidade vivida e o que se pretende alterar, tendo em vista, as necessidades da população, uma vez que, é necessário criar estratégias e ações que permitam concentrar os esforços e colmatar as lacunas, face às necessidades sentidas por parte da equipa na criação de motivação e capacitação para a temática (Ferrito, *et al.*, 2010).

3.1.1. Identificação do problema

Face à descrição já apresentada do serviço de urgência em função da sua organização física e da sua distribuição de doentes pelos diferentes circuitos disponíveis, facilmente se percebe que a dinâmica que se vive no interior de um serviço de urgência pode ser muito confusa e de grande complexidade, em função das dinâmicas necessárias para o normal funcionamento do mesmo. Nesta perspetiva foi possível determinar, através da observação em contexto real de prestação de cuidados, o quão difícil pode ser passar informação entre a equipa de enfermagem, e até mesmo entre as demais equipas prestadoras de cuidados numa situação de abordagem ao doente crítico, onde todo o tempo conta para uma atuação rápida perante as necessidades que o doente apresenta no seu processo de doença crítica que possa colocar em causa os seus processos vitais.

O foco do projeto de intervenção em serviço, diz respeito à abordagem à vítima de trauma, contudo essa seria a temática central de todo o trabalho, sendo necessário pensar a forma como fazer a sua abordagem e em que moldes o tema poderia ser trabalhado. Foi preciso esperar pacientemente até chegar ao SU uma vítima de trauma para colocar em prática os saberes já adquiridos nesta temática.

Foi neste momento, e vivenciando de perto tudo aquilo que estava a acontecer, que se percebeu a real necessidade de uma uniformização dos procedimentos efetuados na abordagem ao doente crítico, como a comunicação eficaz e efetiva na passagem de informação entre a equipa do pré-hospitalar e a equipa que se encontrava na sala de emergência, e até mesmo entre os membros da equipa multidisciplinar que se encontravam na prestação direta de cuidados à vítima de trauma. Não podendo esquecer os fatores que surgem como determinantes para uma correta gestão da vítima de trauma apresentados anteriormente como boas práticas associadas à abordagem do doente crítico que vivenciou um evento traumático.

Esta, e outras situações, permitiram definir assim que alguma coisa teria de ser feita relativamente à otimização dos procedimentos e intervenções de enfermagem, que promovessem a melhoria da abordagem à vítima de trauma. Tendo em vista esta problemática, foi criada uma norma em serviço, apresentando-se como um guia facilitador para reunir toda a informação necessária sobre o doente e sobre as intervenções efetuadas ao próprio doente. Oferecendo-se como um guia orientador dos procedimentos facilitadores da avaliação da vítima mediante a aplicação de uma ferramenta de registo em trauma, para que a informação pudesse

ser transmitida de forma clara, objetiva e devidamente registada para consulta de todos os profissionais que se encontravam na sala de emergência.

A importância e pertinência da temática ficou clara, desde logo, para que houvesse uma tentativa de implementação da norma em serviço como uma ferramenta facilitadora de todo o processo, minimizando potenciais erros. Através da aplicação da norma em serviço e do correto uso do instrumento proposto para sistematizar toda a informação relevante para a prestação de cuidados, permite que exista a uniformização na abordagem à vítima, sendo capaz de fornecer a mesma informação a todos os elementos da equipa, através da sua consulta e do seu correto preenchimento.

Nesta perspetiva, foi aplicado um instrumento de avaliação diagnóstica, através de uma análise SWOT:

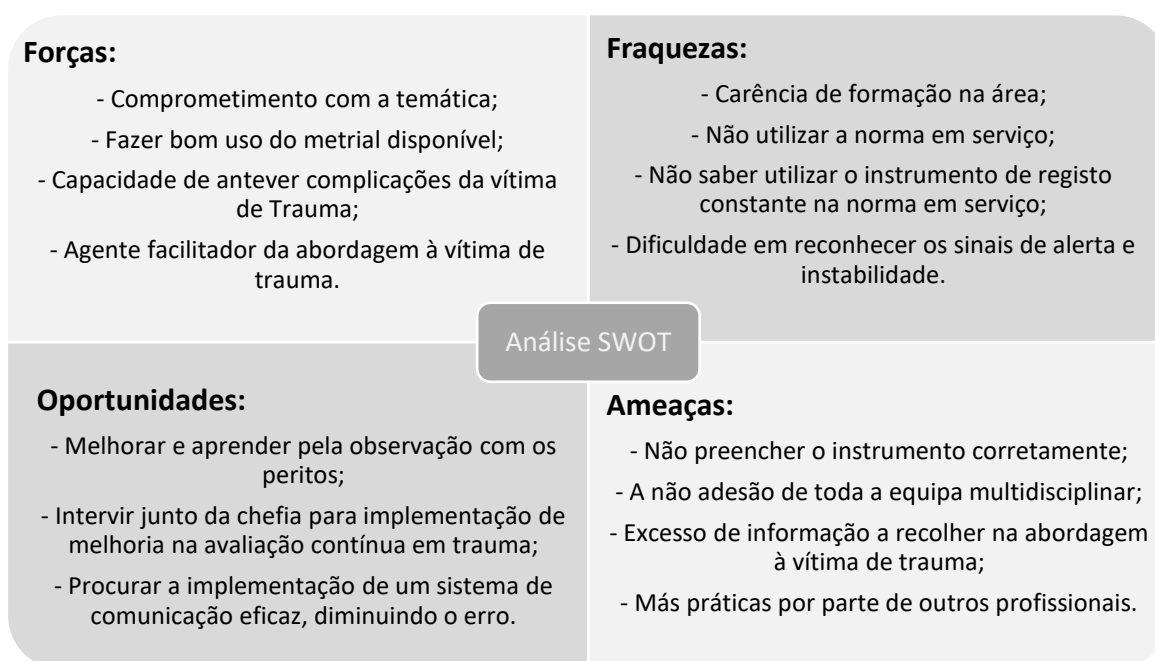


Figura 4: Análise SWOT (Fonte: elaboração própria)

Tendo tido contacto com o SU e após perceber a sua dinâmica e a tipologia de doentes que dela fazem parte, foi possível determinar que seria interessante e vantajoso abordar a temática do doente crítico vítima de trauma, potenciando o fator comunicacional e maximizando a informação recolhida sobre o doente. O contexto de abordagem da vítima de trauma na sala de emergência implica uma intervenção diferenciada do doente crítico, o que acarreta um conjunto de intervenções diferenciadas por parte da equipa em situação de intervenção na abordagem à vítima de trauma.

A temática foi abordada e discutida junto da enfermeira orientadora e da chefia do serviço que mostrou ser do seu agrado devido à relevância do projeto para o serviço, recorrendo a uma entrevista não estruturada. Foi pedido, por email, a validação do projeto de intervenção em serviço junto do Conselho de Administração com apoio da Comissão de Ética da unidade de saúde. Após esta exposição da temática: “Otimização das intervenções de enfermagem no doente crítico vítima de trauma”, foi devolvida a resposta com o parecer positivo, por parte das entidades referidas.

Desta forma, foi possível trabalhar uma temática que é do agrado da equipa de enfermagem do SU dando resposta a uma das suas necessidades vividas na prática clínica e uniformizar o conhecimento sobre o tema, através da demonstração da mais recente evidência científica, e por sua vez, dar resposta a uma situação que se encontra diretamente relacionada com o doente crítico, vítima de um evento traumático, e a necessidade de fazer uso dos recursos disponibilizados na norma em serviço onde é apresentado o instrumento de otimização das intervenções a adotar perante o doente de trauma. Sendo a norma em serviço a principal inovação que o projeto de intervenção em serviço permitiu trazer para a prática clínica a construção de um pensamento estruturado e sistemático de forma a ser transversal a todos os profissionais da equipa multidisciplinar, uniformizando os cuidados ao doente crítico.

O que remete para o modelo teórico, Modelo de Sinergia, onde é necessário que exista uma análise das necessidades do doente, neste caso específico do doente vítima de trauma, aliado às características de cada enfermeiro para a melhor e mais correta prestação de cuidados de enfermagem. Ou seja, é imprescindível que a equipa de enfermagem tenha conhecimento pleno das suas capacidades e capacitações na resposta ao doente vítima de trauma para assim prestar os melhores cuidados possíveis, tendo em conta as características de cada elemento, promovendo uma rápida resposta às necessidades que cada doente apresenta ao seu nível mais particular. É necessário pensar a abordagem do doente crítico vítima trauma em função daquilo que é a oferta disponível no seio da equipa de enfermagem, otimizando os conhecimentos e características dos enfermeiros em função da resposta específica que cada vítima apresenta.

3.2. Definição De Objetivos

A definição dos objetivos, pretende descrever de forma sucinta os problemas identificados e delinear o que se pretende fazer para contrariar essa situação, de forma a cessar a lacuna

identificada. Pretende-se que esses resultados, que se esperam alcançar, expressos pelos objetivos que vão de diferentes níveis e do mais geral para o particular (Ferrito, *et al.*, 2010).

Os objetivos assumem grande relevância, pois sem a definição dos mesmos, não será possível fazer a mensuração do projeto de intervenção em serviço.

Assim sendo, define-se como objetivo geral:

- Garantir a segurança do doente vítima de trauma, através da uniformização das intervenções da equipa de enfermagem.

E como objetivos específicos:

- Rever conceitos sobre trauma e abordagem às vítimas de trauma;
- Reconhecer os fatores que são apresentados na literatura como facilitadores de uma correta abordagem às vítimas de trauma;
- Identificar as intervenções de enfermagem necessárias para a promoção de uma correta comunicação em trauma;
- Identificar as estratégias necessárias para minimizar as complicações associadas a uma comunicação ineficaz em trauma;
- Conhecer o funcionamento do instrumento de trauma e como proceder ao seu preenchimento.

3.3. Planeamento/Execução

Na fase do planeamento é elaborado um plano para a execução do projeto, onde deve ser definido tudo aquilo que vai ser utilizado para esse fim, como é o caso dos meios físicos, recursos materiais a utilizar e o período temporal em que se pretende executar o planeamento (Ferrito, *et al.*, 2010).

A fase de execução é colocar em prática o projeto, como definido na fase de planeamento, ou seja, materializar o processo planeado anteriormente (Ferrito, *et al.*, 2010).

Desta forma, e perante a situação identificada, foi criado um normativo para o SU admitindo a sua consulta sobre a forma de uma norma em serviço. Contudo, é necessária a exposição da evidência científica subjacente, para que tal seja atingido, definiu-se que o projeto de intervenção em serviço será constituído pela construção da norma de serviço e pela exposição, sobre a forma de uma sessão de formação. Onde é apresentada a mais recente evidência científica recolhida através das fontes bibliográficas constantes da revisão sistemática da literatura e a construção de um instrumento de registo em trauma, como proposta de melhoria e de garantia da segurança dos cuidados prestados ao doente vítima de trauma.

A elaboração da norma em serviço surge perante a necessidade que se verificou, como sendo o alvo da melhoria proposta para o serviço. Para a sua construção foi utilizada a revisão sistemática da literatura previamente apresentada de onde foi possível extrair o que a bibliografia indica como sendo os pilares necessários para uma correta abordagem à vítima de trauma, como sendo a equipa de trauma e liderança, registo em trauma, aplicação de instrumentos de avaliação e, por fim, a relação com a família e/ou cuidador. Aliando isso ao facto de existir no serviço a necessidade da uniformização das intervenções de enfermagem perante o doente crítico vítima de trauma, necessidade essa, que foi possível perceber perante a entrevista não estruturada realizada à chefia do serviço e por método de observação direta.

Após a apresentação do projeto de intervenção em serviço à chefia do serviço, ao chefe de equipa e à enfermeira orientadora, este recebeu o parecer positivo para o seu desenvolvimento, uma vez que, permitia dar resposta a uma necessidade sentida no serviço onde se desenvolveu o estágio final.

Neste seguimento, foi então elaborada a norma em serviço com o devido instrumento de recolha de dados o que permitiu materializar o projeto de intervenção em serviço, para a sua aprovação por parte da chefia do serviço. Foi então apresentada a norma em serviço para assim garantir a sua aprovação e possível aplicação futura no serviço. Foram propostas alterações na sua constituição de forma a melhorar ativamente para a aceitação da norma em serviço por parte da equipa de enfermagem. Houve ainda um segundo momento de verificação da norma em serviço por parte dos elementos da chefia do serviço, tendo em vista a verificação das alterações propostas na primeira apresentação do normativo e uma nova revisão, o que garantiu a sua aprovação final.

Toda a compilação da informação recolhida foi encaminhada e fornecida ao serviço para que o projeto de intervenção em serviço pudesse ter uma aplicação prática na prestação de cuidados ao doente vítima de trauma.

A norma em serviço (apêndice VII) contempla duas partes distintas, uma parte inicial onde é apresentada a fundamentação da mesma e toda a informação necessária para a sua melhor compreensão e um instrumento de registo em trauma que permite fazer a colheita de dados de uma forma geral e abrangente, onde é possível reunir toda a informação num só local, facilitando a comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar.

A construção da norma em serviço foi realizada por capítulos numerados sequencialmente de forma a dar uma melhor organização e estrutura, facilitando a sua leitura e consulta, sempre que necessário. Inicialmente, surge descrito o objetivo da norma em serviço perante a sua temática e tendo em conta o seu fim último, que pretende ser a promoção da uniformização das intervenções de enfermagem ao doente crítico vítima de trauma.

Apresenta um segundo capítulo, onde é possível encontrar o contexto da problemática do doente vítima de trauma, com a sua magnitude e dimensão, onde estão reunidas algumas informações sobre a pertinência e importância do tema, bem como, o impacto que o trauma apresenta para Portugal, em números reais, consultados na bibliografia de suporte.

No capítulo seguinte, e seguindo a apresentação da norma em serviço de forma sequencial, é apresentado o capítulo da fundamentação, onde se elabora a relação entre a pertinência da temática e o serviço de urgência. Como se sabe, o serviço de urgência apresenta uma afluência e tipologia de doentes variada, apresentando a sua população-alvo características diferentes em função do meio geográfico onde o serviço de urgência se encontra. Exemplo disso mesmo, é a tipologia do trauma que os diferentes serviços de urgência recebem, um serviço de urgência numa área geográfica envelhecida vai receber mais traumas por quedas, do que, um serviço de urgência numa grande área urbana, onde o tipo de trauma mais frequente vai ser relacionado com os acidentes de viação e acidentes industriais, o que carece de uma preparação direcionada da equipa para estes traumas.

Destaca-se ainda o circuito dos doentes de trauma no serviço de urgência, onde estes são encaminhados para espaços que devem estar devidamente preparados e equipados para dar a melhor resposta possível, sendo esse local por excelência, a sala de emergência, onde existe todo um conjunto de material de intervenção rápida para fazer face às diferentes necessidades que as vítimas de trauma possam apresentar. É na sala de emergência que se deve reunir toda

a equipa multidisciplinar que seja determinante para uma atuação concertada e rápida do ponto de vista médico e de enfermagem para colmatar as necessidades da vítima, não esquecendo, que numa primeira fase e perante uma instabilidade que possa comprometer a manutenção da vida, representa uma intervenção prioritária.

Aborda, também, a necessidade de formação contínua dos profissionais para o trauma, onde é determinante que exista um compromisso de todos na aquisição de novos conhecimentos e capacitações de forma a estarem sempre preparados para uma rápida atuação e para o reconhecimento de sinais de alerta que possam apresentar possíveis complicações na vítima. Neste sentido, surge exposto a importância dos registos em trauma, como forma de avaliar a bordagem realizada, servindo como ferramentas de propostas de melhoria e a aplicação de instrumentos de avaliação em trauma para uma abordagem mais completa e sistemática.

O capítulo que se segue é denominado de descrição, onde consta algumas definições de conceitos e a sua designação, como é o caso da definição de sala de emergência, o tipo de trauma que a vítima apresenta, e a exposição de instrumentos de recolha de dados e avaliação do doente crítico.

Quando se aborda a temática do doente crítico é importante saber definir o tipo de trauma que a vítima apresenta, trauma fechado e/ou trauma penetrante, o que direciona a atuação da equipa na prestação de cuidados perante o seu grau de gravidade.

O índice do nível de consciência da vítima, escala de coma de *Glasgow*, que permite a avaliação do estado neurológico do doente crítico em função da resposta ocular, resposta verbal e resposta motora, o que origina um somatório final dando indicação, ou não, de compromisso neurológico orientando para um conjunto de intervenções necessárias na sua abordagem, como é o caso da proteção da via aérea.

A sequência ABCDE, também é abordada neste capítulo, permitindo fazer uma avaliação total e global durante a abordagem da vítima de trauma. Esta sequência permite avaliar a vítima de forma organizada em função das necessidades vitais proeminentes que possam carecer da intervenção da equipa, de forma a manter as funções vitais. Para tal, é importante seguir a ordem determinada da sequência ABCDE e parar de imediato sempre que seja detetada alguma alteração na avaliação para solucionar o problema identificado, seguindo após a sua resolução. Termina com a apresentação da mnemónica CHAMU, que permite a recolha de informação do doente e/ou familiar, permitindo conhecer fatores que possam ser determinantes na decisão

clínica, pois inclui informações que podem ser determinantes na orientação das intervenções a adotar.

No capítulo seguinte é apresentada a importância da temática dos registos em trauma, do ponto de vista dos registos das intervenções executadas, pois carecem de ser devidamente registos em suporte próprio para o efeito, o que facilita durante a abordagem ao doente crítico se houver um suporte para a elaboração do registo em trauma. Não esquecendo o papel ativo que apresentam os registos como fator de melhoria da intervenção à vítima de trauma, uma vez que, estes podem ser auditados o que pode conduzir a alterações da atuação da equipa maximizando as intervenções desempenhadas.

A primeira parte da norma em serviço termina com a apresentação do algoritmo de avaliação secundária da vítima de trauma, este já dirigido para uma abordagem à vítima de trauma no interior da sala de emergência, onde por definição, é o local para iniciar a avaliação do doente e perceber que intervenções vão ser necessárias por parte da equipa. Para além de tudo o que já foi abordado anteriormente, este algoritmo permite ser um guia orientador para a implementação de todas as intervenções, ou seja, quando se segue a implementação do algoritmo apresentado para a abordagem da vítima de trauma, contemplamos todos os passos referidos na norma em serviço.

Por fim, no seu último capítulo, a norma em serviço, apresenta as fontes bibliográficas que suportam toda a informação apresentada.

A segunda parte da norma em serviço apresenta a proposta de instrumento de registo em trauma (apêndice VII) que visa completar a norma em serviço, pois permite colocar em prática tudo aquilo que já foi apresentado no decorrer da exposição da norma em serviço. Contudo o instrumento proposto pretende ser mais amplo e abrangente na sua utilização para a realização dos registos em trauma, iniciando logo com a possibilidade de colocação de uma etiqueta do doente, a cor da pulseira atribuída pela triagem, hora da ocorrência do trauma, a hora de entrada da vítima na sala de emergência, a sua proveniência, e quem fez o seu encaminhando para o serviço de urgência.

Direcionado para o trauma, é possível preencher o instrumento de registo com a origem do trauma (trauma fechado, trauma penetrante ou ambas as situações), que medicação ou fluidos foram administrados no pré-hospitalar, uma vez que, em situações de trauma podem ser ativados meios de emergência pré-hospitalar diferenciados com recursos humanos e materiais para executar técnicas na comunidade que permitam a administração de fármacos e fluidos. É

possível determinar a localização do trauma com a sua descrição, utilizando a imagem de dois modelos anatómicos para esse efeito, e ainda o registo do somatório da aplicação da escala de coma de *Glasgow*, no momento da chegada da ajuda ao local do evento traumático e da chegada da vítima de trauma à sala de emergência.

É possível o registo dos sinais vitais da vítima, contemplando espaço próprio para o registo da informação transmitida pela equipa do pré-hospitalar e das demais avaliações realizadas em contexto de sala de emergência. É possível ainda fazer o registo dos exames complementares de diagnóstico realizados à vítima, os dispositivos médicos colocados durante a abordagem à vítima e a medicação e fluidos administrados na sala de emergência.

O instrumento de registo proposto, termina com a possibilidade de preenchimento da informação recolhida pela sequência ABCDE e pela mnemónica CHAMU, pelas razões já apresentadas, sendo possível indicar que alterações e que informação foi recolhida durante a sua aplicação. É ainda possível, quando essa informação é passível de ser recolhida, como por exemplo, apresentada por um familiar, se a vítima de trauma tem diretrizes antecipadas de vontade e quais são, e a hora de saída da sala de emergência, bem como o seu serviço ou local de destino.

Após o planeamento e criação da norma em serviço e do instrumento de registo em trauma, facilitador da comunicação, é necessário pensar como transmitir toda a informação recolhida aos elementos da equipa do serviço. Para tal, será apresentado, num formato mais convencional os resultados da pesquisa e o que surge como fatores determinantes para uma correta abordagem do ponto de vista da intervenção de enfermagem à pessoa vítima de trauma, tendo em conta o que é apresentado pela literatura como os fatores determinantes a ter em conta aquando dessa mesma abordagem. A sessão de formação em serviço que permite, para além de expor a informação recolhida da literatura, a norma em serviço e o instrumento criado para promover o registo em trauma, e assim fomentar uma comunicação mais eficaz no seio da equipa. Servindo ainda, a sessão de formação em serviço como um espaço de debate sobre a temática e sobre o instrumento de registo do ponto de vista da prática clínica da equipa de enfermagem, e assim capacitar a equipa com a mais recente evidência científica nesta temática.

A sessão de formação (Apêndice IX) será dedicada à equipa de enfermagem, pela relevância que apresenta na prestação dos cuidados e para dar resposta a uma lacuna evidenciada na prática que se verifica no serviço, como já referido anteriormente. Funcionando a sessão de formação como a estratégia encontrada para divulgação dos resultados obtidos da pesquisa

bibliográfica da correta gestão da abordagem à vítima de trauma e para dar a conhecer á equipa de enfermagem a norma em serviço criada como coletânea de toda esta informação recolhida e compilada de forma a fomentar a sua utilização por meio da aplicação do instrumento de registo criado para recolher toda informação pertinente na abordagem da vítima.

A sessão de formação em serviço, terá apenas um preletor, e, estima-se que a sua duração seja de aproximadamente 60 minutos. Esse período de tempo será destinado a abordar uma parte introdutória, o desenvolvimento, a conclusão, um pequeno espaço para que possa haver um debate sobre a temática, e por fim, um momento de avaliação (Apêndice VIII).

A apresentação oral vai fazer uso do método expositivos e interrogativo, sendo necessário para tal a utilização de equipamento multimédia e informático tendo em vista o sucesso da sessão de formação em serviço.

No que diz respeito ao espaço físico, será nas estruturas anexas ao SU, como já é habitual nas sessões de formação promovidas pelo grupo de trabalho de formação do serviço. Por questões pandémicas toda a dinâmica terá de ser pensada de forma a evitar possíveis constrangimentos associados a ajuntamentos para a realização da formação em serviço.

Foi criado um cronograma que pretende ilustrar todo o processo de planeamento ao longo do período de estágio e a sua concretização a cada semana.

A fase de planeamento e execução ficou condicionada pelo aumento exponencial no número de casos de covid-19 que se viveu na zona do país onde o estágio estava a ser realizado, juntamente com surtos no serviço onde a prática clínica estava a ser desenvolvida. Do ponto de vista da exposição do produto final elaborado para o projeto de intervenção em serviço houve uma forte condicionante na sua exposição à equipa de enfermagem. Não havendo indicação para realização de uma sessão de formação em serviço *online* por parte do SU, a exposição da temática ficou condicionada, pois não foi possível concluir na íntegra o planeamento anteriormente desenvolvido, uma vez que, não foi possível a realização da sessão de formação em serviço. Contudo, o que se tentou promover foi a sua divulgação para conhecimento de todos, desta forma, todo o material recolhido e produzido foi entregue ao serviço para a promoção e divulgação do mesmo numa fase posterior, tendo como objetivo, que a informação possa chegar a todos os elementos da equipa e a posterior utilização da norma em serviço.

3.4. Avaliação

A fase de avaliação pode ser realizada em diferentes momentos da execução, tendo a possibilidade de realizar a mesma, de forma intermédia e posteriormente no final, se for o caso. O importante é definir instrumentos de avaliação que sejam rigorosos e fidedignos na sua utilização, tendo em vista maximizar a apreciação e avaliação do projeto (Ferrito, *et al.*, 2010).

No que diz respeito ao processo de avaliação, não será possível mensurar os conhecimentos adquiridos com a exposição e aplicação da norma em serviço a médio e/ou longo prazo, devido ao contexto de estágio ser limitado temporalmente o que não permite outro tipo de avaliação.

Desta forma, seria interessante monitorizar os dados colhidos ao longo do tempo de forma a perceber se tinha ocorrido alguma mudança na prestação de cuidados tendo em vista a minimização de complicações e a maximização da uniformização das intervenções de enfermagem mediante a aplicação da norma em serviço e do instrumento de registo, que consta na mesma. Pelo que, não é possível fazer a avaliação diagnóstica da equipa, com a aplicação de um questionário, perante esta temática e estabelecer uma percentagem a atingir como uma meta mensurável a alcançar.

No entanto, a avaliação da implementação da norma em serviço e do instrumento de registo, a médio e/ou longo prazo, é passível de ser mensurável pela aplicação de uma grelha de observação da prática de enfermagem perante a abordagem da vítima de trauma, onde seja possível validar que todos os passos recomendados pela norma em serviço são seguidos de forma sequencial e uniformemente por todos os elementos. Indicamos, também, a auditoria aos registos de enfermagem dos doentes vítimas de trauma como forma de avaliação, tendo em conta que os registos de trauma e a sua verificação por parte da equipa são uma das recomendações da bibliografia para atingir uma correta abordagem das vítimas de trauma. Mediante a sua revisão e análise é possível determinar mudanças a serem feitas na abordagem à vítima de trauma e criar melhorias na prestação de cuidados através da revisão de protocolos existentes junto da chefia das equipas, potenciando o caminho a seguir na uniformização e otimização das intervenções de enfermagem ao doente vítima de trauma.

Contudo, a sessão de formação é um elemento expositivo que pode ser avaliado em função dos conhecimentos transmitidos e pela pertinência da temática na opinião da equipa do SU. Os conhecimentos e a transmissão dos mesmos, vão ser avaliados pelo método interrogativo

durante a própria apresentação. O questionário aplicado (apêndice X) será elaborado para fazer uma avaliação da qualidade e pertinência do tema em função da opinião dos participantes.

3.5. Divulgação Dos Resultados

A fase de divulgação de resultados é importante após o término da implementação do planeamento por intermédio da execução, pois só com a partilha dos resultados e das conclusões obtidas é que se pode promover uma correta oferta de saber, com o acesso da informação à comunidade que pretende saber mais sobre determinado tema (Ferrito, *et al.*, 2010).

No que diz respeito á divulgação dos resultados da pesquisa estruturada, realizada e apresentada na metodologia acima descrita, será uma partilha no seio da equipa de enfermagem do SU. Esta partilha tem como objetivo melhorar e aprofundar os conhecimentos e maximizar a capacitação dos enfermeiros para esta temática, oferecendo a possibilidade da partilha do aporte teórico extraído da pesquisa e recolha das experiências pessoais da equipa.

Nesta perspetiva, existe a procura em partilhar o conhecimento recolhido, pelo que, no momento oportuno será apresentado o resultado desta pesquisa sobre a forma de um artigo (apêndice IX) devidamente estruturado tendo como objetivo final a sua publicação. Não esquecendo, que a própria elaboração deste Relatório Final de Estágio e a sua discussão pública configura um momento de excelência para a partilha destes conhecimentos e dos elementos desenvolvidos para partilha com todos os interessados. Igualmente o seu depósito no Repositório Científico, ficando o Relatório Final de Estágio e todos os dados da pesquisa realizada ao dispor para consulta, e assim, tornar o conhecimento acessível e partilhável por todos quantos os interessados nesta temática.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS

Neste capítulo é pretendido que se faça uma análise reflexiva, tendo em vista entrançar aquilo que são as competências do mestre em enfermagem com as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica.

4.1. Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista E De Mestre Em Enfermagem

A atribuição do grau de mestre pretende a promoção da aquisição de uma especialização de cariz profissional aleado a um aprofundar de conhecimentos teóricos e práticos no desempenho das suas funções na prática clínica, permitindo assim a sua capacitação e formação ao longo do tempo (AESES, s.d.).

O grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional, mas também um nível aprofundado de conhecimento científico de natureza teórica e prática e das suas aplicações na área de estudo, dirigido à compreensão e resolução de problemas em situações novas e em contextos alargados e multidisciplinares, proporcionando uma sólida formação cultural e técnica e uma aprendizagem ao longo da vida (Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde” [AESES], s.d.).

Nesta perspetiva, surge explicito no Regulamento de Funcionamento do Mestrado de Enfermagem, os seguintes objetivos a atingir durante a sua realização:

- a) Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e

tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde;

- b) Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso a investigação, é uma prática baseada na evidência e a referencias éticos e deontológicos;
- c) Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e projetos, nos diferentes contextos da prática de cuidados;
- d) Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada (AESES, s.d.)

Estes mesmos objetivos conduzem a um conjunto de competências que se pretendem atingir no decorrer do mestrado de enfermagem, estando devidamente apresentadas no pedido de acreditação do no plano de estudos:

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

7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (Universidade de Évora [UE], 2015, p. 27).

Irá ser apresentada a análise das competências comuns do enfermeiro especialista e as específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica, que se cruzam com as competências de mestre em enfermagem. Apresentando-se estas de forma clara, como sendo competências desenvolvidas em paralelo com as restantes competências abaixo descritas.

O enfermeiro especialista assume o papel, no seio da equipa, como o profissional “(...) a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (...)” (OE, 2019, p. 4744).

As competências comuns dos enfermeiros especialistas, são aquelas que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, e que se demonstram pela “(...) sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019, p. 4745).

Desta forma, os enfermeiros especialistas apresentam quatro domínios de competências, sendo o domínio da “Responsabilidade profissional, ética e legal (A)”, o domínio da “Melhoria contínua da qualidade (B)”, o domínio da “Gestão dos cuidados (C)”, e por fim, o domínio do “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)” (OE, 2019, p. 4745). Apresentando-se estes domínios de competências no plano transversal a toda a formação especializada na disciplina da enfermagem (OE, 2019).

Uma análise mais profunda carece de ser feita, sobre aquilo que são os domínios de competências do enfermeiro especialista e a forma como as mesmas se cruzam intimamente com todo o percurso realizado no contexto de formação académica e no desenvolvimento da prática clínica.

A atuação enquanto enfermeiro tem por base o pressuposto de uma atuação baseada em direitos e deveres definidos e legislados nos respetivos códigos de conduta profissional, ética e legal. Toda e qualquer prática que o enfermeiro possa adotar no decorrer do seu exercício profissional, implica uma atuação pensada, ponderada e discutida no seio da equipa e restantes prestadores de cuidados, tendo por base o respeito e a dignidade para com o seu alvo do

cuidado (OE, 2019). Nesta perspetiva o enfermeiro especialista deve participar ativamente no cumprimento da conduta ética e deontológica que se encontra devidamente definida de forma a nortear a atuação do enfermeiro no desenvolvimento das suas atividades. Só assim se pode garantir um pensamento estratégico para o alvo do cuidado sem pressupostos que não se encontram devidamente enquadrados no âmbito da sua esfera de direitos jurídicos e éticos, e pressupostos deontológicos que visam nortear a atividade do enfermeiro (OE, 2019).

4.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Competência

A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Competência

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes (OE, 2019, p. 4746).

No domínio de competência do enfermeiro especialista, dedicado ao exercício da enfermagem assente nos pressupostos da responsabilidade profissional, ética e legal (A), é possível encontrar definida a competência de “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” (OE, 2019, p. 4746). Esta prende-se com o processo de tomada de decisão, pois, diz respeito à construção de estratégias para uma correta tomada de decisão baseada em conhecimento e experiência com o apoio da equipa, demonstrando conhecimento efetivo dos princípios, valores e normas deontológicas da profissão. Da mesma forma, as lideranças dos processos de tomada de decisão apresentam-se como unidade de competência deste domínio, pois cabe ao enfermeiro especialista nortear de forma efetiva os processos de liderança na tomada de decisão ética no seio da sua especialização (OE, 2019).

Neste seguimento, é possível enquadrar a competência de mestre em enfermagem, “Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais” (UE, 2015, p. 27), tendo em conta que as atividades desenvolvidas permitem a sua aquisição.

Estas competências surgem inicialmente abordadas do ponto de vista académico, estando contemplada no plano de estudos do mestrado em enfermagem, a unidade curricular Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem. A unidade curricular pretende fomentar os mais profundos conhecimentos sobre estas questões através da abordagem feita diretamente da documentação já existente por parte da ordem dos enfermeiros e do ponto de vista jurídico e legal existente em Portugal. Procurou capacitar e fomentar o espírito crítico à luz da mais recente informação ética, deontológica e do direito penal, para assim o enfermeiro especialista estar capacitado no exercício das suas funções para as mais amplas discussões que estas temáticas possam apresentar, o que permitiu colocar em prática todas estas ferramentas durante a prática de enfermagem, que se desenvolveu durante os estágios. Conduziu a uma reflexão e a um olhar mais cuidado no momento de tomada de decisão, tendo em vista, uma tomada de decisão consciente, racional e devidamente informada e esclarecida perante os diferentes dilemas éticos, deontológicos e legais que foram surgindo ao longo dos estágios.

Para isto, contribuiu ativamente toda a informação e documentação fornecida na unidade curricular de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, e em simultâneo a discussão honesta e franca no seio da equipa de enfermagem. Nunca esquecendo que o processo de tomada de decisão carece de uma avaliação sobre aquilo que são as repercussões do mesmo, face ao alvo dos cuidados.

No contexto da execução prática do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foi colocada em prática com maior destaque no estágio realizado no serviço de urgência. Pois, o contexto de unidade de cuidados intensivos permite a prática em contexto controlado, onde é possível discutir e abordar de forma ampla e alargada no seio da equipa multidisciplinar os dilemas éticos, deontológicos e legais, permitindo uma abordagem holística e completa de todas as dimensões que o alvo do cuidado é portador. O que permite uma discussão mais ampla, atempada e concertada sobre os dilemas da responsabilidade profissional e ética a que os doentes estão sujeitos durante a prestação de cuidados, ou seja, a prestação de cuidados de enfermagem em contexto de cuidados intensivos permite que exista uma avaliação e discussão sobre os dilemas éticos em equipa multidisciplinar de forma a oferecer a melhor resposta possível às necessidades dos doentes.

Evidenciamos nesta competência os doentes que apresentam prognóstico vital breve e tudo aquilo que implica na prestação de cuidados de enfermagem nestas situações. Não poucas vezes é possível encontrar na nossa prática diária, doentes que já sabemos que o seu prognóstico vital é breve, o que altera o foco do nosso cuidado, deixando de parte a componente curativa, mas direcionamos o foco para a promoção do conforto perante uma determinada situação. Pensamos que para a prática de enfermagem isso assume-se como sendo absolutamente claro nos cuidados e na forma como se passa a pensar e perspetivar a prestação de cuidados. Contudo, é muito frequente a equipa multidisciplinar não assumir essa posição de forma clara, o que permitia outro tipo de cuidados e atenção, como é o caso do apoio de uma equipa de paliativos ou a interação e proximidade dos familiares do doente num processo que se espera ser breve. Seria o momento ideal para haver uma maior disponibilidade e respeito pela individualidade de cada doente no respeito pelas suas crenças e vontades, o que se verifica na maioria dos casos ser algo praticado amplamente pela equipa de enfermagem na sua vertente mais humanista. Em jeito de exemplo, é possível relatar uma experiência vivenciada, perante um doente com prognóstico vital breve devido à sua condição de saúde, mas ainda consciente, que pediu para ver os filhos naquela que podia ser a sua última oportunidade de o fazer. Após avaliada a situação e perante as limitações pandémicas existentes, foi possível fazer todos os contactos telefónicos necessários e deslocar o doente para um local onde não fosse colocada em causa a integridade dos demais doentes internados no serviço, onde os filhos tiveram a oportunidade de estar junto do seu familiar, tendo falecido horas depois de forma calma e serena. Isto para dizer, que cada doente deve ver a sua vontade tida em conta face às possibilidades do serviço e dos recursos necessários, mas que por vezes pequenos gestos podem simbolizar grandes atitudes humanistas por parte dos profissionais.

No serviço de urgência o processo de tomada de decisão carece, em alguns casos, de agilização e assertividade para uma mais rápida tomada de decisão. Não se pretende colocar em causa o juízo crítico no qual se baseia o processo de tomada de decisão no serviço de urgência, mas sim destacar, que num grande número de casos e pela especificidade dos doentes o processo de tomada de decisão tem de ser pensado e executado num curto espaço de tempo, numa forma integradora, nunca esquecendo os deveres éticos, legais e deontológicos para com o alvo dos cuidados e respetivas famílias e/ou cuidadores. O que permite evidenciar, ainda neste domínio, a competência que “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (OE, 2019, p. 4746).

Nesta competência é pretendido a promoção dos direitos humanos garantindo práticas promotoras da segurança, privacidade e dignidade do alvo dos cuidados. Desta forma, é possível assegurar do ponto de vista ético e deontológico a defesa dos direitos humanos, como os demais direitos inerentes a cada pessoa, como é o caso do acesso à informação escrita e/ou oral garantindo a segurança e confidencialidade da mesma, permitindo e respeitando que cada um possa ter direito à sua escolha devidamente esclarecida e na perspetiva integradora daquilo que são os seus valores, costumes e as suas crenças. Cabendo ao enfermeiro o respeito pela vontade expressa de cada doente e assim poder adotar práticas para a sua promoção e prevenção de possíveis intercorrências associadas ao seu processo de escolha.

Existiu a procura constante do respeito para com o outro, em ambos os contextos de estágio, naquilo que são as suas necessidades mais básicas, como o direito à privacidade e dignidade. Destaca-se na promoção da dignidade e privacidade, que existem diferenças significativas em ambos os serviços, como é o simples caso da presença de cortinas. Na unidade de cuidados intensivos todas as unidades dos doentes tinham a possibilidade de correr as cortinas promovendo uma prestação de cuidados mais privada e resguardada dos olhares dos demais, garantindo assim que o doente tinha a sua privacidade e dignidade assegurada durante os momentos de maior exposição, como é o caso dos cuidados de higiene e conforto. Em paralelo, o serviço de urgência não se apresenta preparado para oferecer essas mesmas condições a todos os doentes, uma vez que, nos seus diferentes circuitos de doentes nem sempre é possível fazer uso destes mecanismos para promoção da privacidade de cada doente. Destacamos, que no serviço de observação as unidades de cada doente estão bem delimitadas no espaço e devidamente separadas por cortinas, igualmente como já referido na unidade de cuidados intensivos, é possível a promoção direta da privacidade de cada um. Consideramos que os doentes que estão internados em corredor e os doentes em balcão são os mais vulneráveis

neste aspeto, pois na sua maioria são doentes idosos com grandes limitações motoras o que gera maior dependência dos prestadores de cuidados. Cabe aos prestadores de cuidados assegurar que estes doentes tenham o mesmo tipo de intervenção ao nível da privacidade e dignidade, sendo para isso necessário adotar estratégias promotoras disso mesmo. O que procuramos fazer é a utilização das salas de apoio os diferentes circuitos do serviço de urgência para a promoção da privacidade na altura de alternar decúbitos ou mudança da fralda, promovendo e oferecendo aos doentes um momento de maior exposição corporal num local resguardado e assegurando que existe o respeito pela individualidade de cada um.

Ainda na análise que se pode fazer da conduta ética que se encontra inerente a todo este processo, a proposta de projeto de intervenção em serviço, também foi avaliada do ponto de vista ético, tendo em conta que quando se formulou o pedido de autorização ao Conselho de Administração para a sua realização, esse pedido foi avaliado pela Comissão de ética, tendo dado o parecer positivo, assegurando assim que o mesmo cumpria os princípios éticos a que se propunha (apêndice XII – XIII e anexo IV).

A equipa multidisciplinar, e em particular a equipa de enfermagem, deve sempre assegurar que os princípios que regem a sua conduta profissional, o princípio da beneficência e da não maleficência, estão em linha de conta com as atitudes que são tomadas na prestação de cuidados.

Face ao exposto e perante a análise realizada das competências apresentadas consideramos ter atingido as mesmas.

4.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

Competências

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

Descritivo

O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Competência

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Competência

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrada na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco (OE, 2019, p. 4747)

Continuando a análise aprofundada sobre as competências do domínio do enfermeiro especialista, temos o domínio da melhoria contínua da qualidade (B), onde se pode ler que o enfermeiro especialista “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.” (OE, 2019, p. 4747). Nesta competência é pretendido que exista da parte do enfermeiro especialista um pensamento estratégico para com a sua organização de saúde no sentido de promover, implementar e divulgar processos que possam conduzir a melhorias da qualidade. Para tal é necessário que

exista uma mobilização dos conhecimentos e do que de melhor pode oferecer à sua organização e serviço, de forma, a conduzir projetos que possam oferecer a possibilidade de uma melhoria significativa ao nível da qualidade (OE, 2019).

Nesta análise é possível enquadrar a competência de mestre em enfermagem, “Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais” e a competência “Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada” (UE, 2015, p. 27), uma vez que, as atividades desenvolvidas permitem a sua aquisição.

Nestas competências, o percurso realizado ao longo dos estágios permitiu a apresentação de projetos que visam a mobilização de conhecimentos e habilidades, para a criação de processos de melhoria contínua da qualidade em áreas específicas como foi o caso das úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos e a abordagem das pessoas vítimas de trauma. Infelizmente não foi possível, nos locais de estágio estender por um grande período a implementação e monitorização de outros tipos de projetos que visam a melhoria contínua da qualidade.

Contudo, os trabalhos e os projetos apresentados visam a promoção da melhoria contínua, exemplo disso mesmo, é o projeto realizado em ambiente de cuidados intensivos, que aborda a temática das úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos. Este projeto é especialmente exemplificativo, pois surge de uma necessidade que se verificou no seio da equipa de enfermagem, ou seja, o grupo responsável pela formação em serviço da unidade de cuidados intensivos fez a aplicação de um questionário sobre as necessidades reais de formação da equipa, sendo a temática das úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos a que maior necessidade formativa apresentava. Como tal, o projeto foi apresentado ao grupo que promovia a coordenação da formação em serviço e ao chefe do serviço, o que foi imediatamente aceite como forma de implementação do mesmo durante o período de estágio. Promovendo assim a transmissão da mais recente evidência científica da temática, e por sua vez, dando resposta a uma necessidade formativa apresentada. O projeto contribuiu ativamente para a melhoria dos cuidados de enfermagem neste domínio de atuação, tendo sido apresentados e criados vários materiais que foram fornecidos ao serviço (apêndice III – V) para que possa servir como forma de divulgação futura aos profissionais de saúde, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem em contexto de cuidados intensivos.

Neste domínio ainda, é possível encontrar a competência com o seguinte descritivo, “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.” (OE, 2019, p. 4747). Esta competência tem por base a utilização de critérios de avaliação, como é o caso da utilização de indicadores e instrumentos de avaliação, para se proceder à mensuração dos processos de melhoria contínua da qualidade, bem como, todas as etapas do seu processo de planeamento e liderança, através da supervisão e incrementação do mesmo (OE, 2019).

Uma das atividades desenvolvidas na promoção da competência acima descrita é a interação com os diferentes grupos de avaliação que existem na unidade de cuidados intensivos. Neste contexto, é de realçar o envolvimento que se proporcionou com o grupo de avaliação e auditoria aos processos de enfermagem realizados na unidade, estes são criados num programa de informação em saúde, B-Simple, onde é possível a sua criação de forma personalizada e ajustada às diferentes necessidades que cada doente apresenta. O papel do grupo de avaliação é encontrar não conformidades que possam existir na sua criação para elaborar um relatório anual onde consta o que foi encontrado e assim promover a sua uniformização na equipa na hora de criar um processo de enfermagem. Para tal, existe uma grelha de avaliação previamente criada para este efeito onde se verifica um conjunto de aspetos que devem constar obrigatoriamente nos processos de enfermagem e elementos que devem constar em função dos diagnósticos de enfermagem que foram levantados em processo. Por exemplo, é de carácter obrigatório e transversal a avaliação do estado de consciência dos doentes pelo que deve constar em todos os processos, ou então, os doentes que podem apresentar feridas, cirúrgicas, traumáticas ou por pressão, e quando temos doentes onde essas lesões surgem referidas em notas de enfermagem, mas não constam como foco no processo de enfermagem gera uma não conformidade.

Existiu a oportunidade de colocar em prática esse protocolo de avaliação mediante a aplicação do instrumento de avaliação criado para esse fim, sobe a forma de uma grelha de verificação, onde foi possível fazer de forma autónoma essa verificação, sempre com a supervisão próxima do elemento da equipa destacado para esse processo de verificação.

Nesta competência, é de destacar a utilização de uma prática baseada na evidência que norteou a prestação de cuidados. No contexto da unidade de cuidados intensivos e/ou no serviço de urgência, foi possível promover uma prática baseada na evidência, tendo a necessidade de muitas vezes, recorrer a fontes bibliográficas de forma a garantir o

esclarecimento de dúvidas que foram surgindo no decorrer dos estágios, e promover a sua discussão junto da equipa e do enfermeiro orientador.

Apenas com a pesquisa e discussão durante o exercício da prática clínica, é possível garantir o processo de melhoria da qualidade. Em ambos os contextos, os ambientes são de grande complexidade e de confronto com novas situações diariamente, o que requer uma forte e rápida capacidade de adaptação para fazer face a todas as necessidades que o alvo dos cuidados pode apresentar, como é o caso do doente crítico que requerer um olhar cuidado e pormenorizado para a melhor prestação de cuidados possíveis, tendo para isso contribuído os projetos desenvolvidos nesses contextos.

Prova disso mesmo foi todo o conhecimento que foi necessário trabalhar de forma autónoma e individual, no que diz respeito à utilização de ventilação mecânica invasiva e interpretação gasimétrica das colheitas de sangue arterial realizadas na unidade de cuidados intensivos. Existiu um forte empenho pessoal e um grande número de horas dispensadas para estudo autónomo em casa de forma a dar resposta a estas lacunas. Todas as questões foram devidamente trabalhadas pelo questionamento diário junto da equipa de enfermagem, de forma a poder ultrapassar estas necessidades formativas. Destacamos que seria necessário aprofundar essas temáticas de forma mais efetivas no decorrer do plano de estudos do mestrado em enfermagem para assim haver uma maior preparação para estas temáticas chave na gestão dos cuidados ao doente crítico em diferentes contextos.

Por fim, na competência que diz respeito a garantir “(...) um ambiente terapêutico e seguro.” (OE, 2019, p. 4747), é de referir que se destina à promoção do ambiente terapêutico, tendo um olhar holístico para com o doente, em todas as suas vertentes, sendo o “(...) ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual (...)” (OE, 2019, p. 4747), representando a família um papel determinante nesta gestão. Neste caso, penso que ficou demonstrada a capacidade de promoção e execução de um ambiente terapêutico e seguro. Relativamente ao estágio em unidade de cuidados intensivos, a pandemia por covid-19 não permitiu que existisse uma grande aproximação com os familiares dos doentes, mesmo tendo tido a experiência de reportar as famílias via telefone a situação do seu familiar. O foco prendeu-se na capacidade de fazer respeitar o ambiente do doente nas suas mais amplas valências e deste modo, poder garantir um correto ambiente terapêutico com segurança e respeito para com as mais variadas necessidades dos doentes.

Por outro lado, em contexto de serviço de urgência, é mais difícil garantir e assegurar um correto ambiente terapêutico para o doente, devido à organização e afluência do mesmo, que nem sempre é possível garantir o correto ambiente terapêutico que seria desejável. De destacar, é o contacto com as famílias, na fase inicial do estágio, pois a pandemia permitia que os doentes tivessem acompanhantes no circuito do serviço de urgência o que proporcionou um maior contacto com as famílias e inclusivamente que fossem chamados a ajudar e a garantir o respeito pelas suas individualidades. Procurando de forma sistemática o apoio da família e/ou acompanhante de referência, para assim poder compreender melhor o contexto do doente, ou então, de forma inversa procurar a família de forma a fornecer informações sobre o seu familiar.

Ainda na avaliação que se pode fazer sobre a gestão de um ambiente terapêutico seguro, destacamos os cuidados que existiam na unidade de cuidados intensivos, onde por defeito, todos os doentes tinham colocado alguns dispositivos médicos invasivos, como o cateter venoso central e linha arterial. No caso da colocação do cateter venoso central era de carácter obrigatório que existissem alguns pormenores a ter em conta, como o lúmen distal do cateter central que ficava sempre livre para um caso de urgência, ou seja, após a sua colocação e fixação, o médico limpava o lúmen distal para assim garantir a sua permeabilidade e ficava sempre disponível para a administração de fármacos em caso de urgência, sendo o acesso central uma forma privilegiada de administração de terapêutica. Da mesma forma, a rampa de torneiras de três vias que era colocada no sistema de fluidoterapia fica sempre com a entrada mais proximal livre caso fosse necessário a administração de fluidos em caso de urgência.

No serviço de urgência, gostávamos de destacar como um ambiente terapêutico seguro toda a gestão que é feita no circuito de atendimento geral da urgência, como é caso das salas de tratamento. Nestes locais, os doentes são distribuídos pela sala de forma a ser possível a administração de fármacos e a utilização de outras técnicas, mais ou menos invasivas, dando resposta às necessidades que fizeram os doentes recorrerem ao serviço de urgência. Neste seguimento, e como exemplo, todos os doentes que eram encaminhados para as salas de tratamento para fazerem medicação endovenosa, onde era necessário a canalização de um acesso venoso periférico e a administração de fármacos dirigidos à queixa apresentada só saiam da sala após terminar a administração da mesma, mesmo que para a realização de exames complementares de diagnóstico. Promovendo assim uma maior vigilância durante a perfusão dos fármacos, como sinais de uma reação anafilática, reações vagais, má perfusão dos acessos periféricos e acima de tudo garantir o cumprimento da terapêutica prescrita. Por diversas vezes, foi possível verificar que os doentes eram encaminhados para os exames complementares de

diagnóstico pelos assistentes operacionais e regressavam com o acesso periférico exteriorizado com a medicação vazia, o que não garantia a sua administração completa, o que podia comprometer o seu regime terapêutico e em caso de urgência um acesso venoso permeável para utilização.

Perante as atividades e experiências descritas em função das competências a alcançar considero ter atingido com sucesso as mesmas.

4.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

Competência

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

Descritivo

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Competência

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

Descritivo

O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019, p. 4748).

Relativamente ao domínio de competência relacionado com a gestão dos cuidados (C), compreende a competência de gerir “(...) os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (OE, 2019, p. 4748) e a capacidade de adaptar “(...) a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (OE, 2019, p. 4748-4749). Ambas as competências prendem-se ao bom uso dos cuidados de enfermagem garantindo a sua otimização, adaptação e supervisão, tendo como objetivo último uma correta articulação entre os recursos materiais, recursos humanos, capacidade de mobilizar conhecimento científico e o correto uso daquilo que são as opções disponíveis nos mais diferentes contextos face àquilo que são as necessidades apresentadas pelo alvo dos cuidados.

Mais uma vez, é possível destacar as competências de mestre em enfermagem, “Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais” e a competência “Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada” (UE, 2015, p. 27), perante as atividades desenvolvidas.

Na perspetiva da análise do desenvolvimento da gestão de cuidados, o contexto de unidade de cuidados intensivos é mais vantajoso e o que apresentou melhores resultados desde o início do estágio, contribuindo para isso, uma das principais características da unidade de cuidados intensivos, que é o seu aspeto de organização e de rotina bem definida. O que permite um planeamento atempado dos recursos necessários e de uma tomada de decisão mais assertiva sobre o que se apresenta como sendo necessário face à decisão e organização da prestação de cuidados.

Por outro lado, no serviço de urgência a gestão dos cuidados foi algo que teve de ser trabalhada ao longo de todo o estágio, pois as necessidades de cada pessoa alvo dos cuidados é particular e necessita de uma adaptação dinâmica e constante. Para esse efeito, é importante ficar desperto atempadamente às necessidades e às complicações que cada doente pode apresentar em função do quadro clínico que o fez recorrer aos cuidados de saúde.

No decorrer do estágio, principalmente, no serviço de urgência, esta situação acabou por ser colmatada pela experiência e pela capacidade de adaptação ao serviço e à tipologia de doentes que recorrem ao serviço de urgência, em especial pela distribuição geográfica em que o serviço está inserido, facilitando assim, a gestão dos cuidados prestados.

Sendo o serviço de urgência a porta de entrada do hospital, nunca se sabe o que vamos encontrar em cada turno, o que não permite planejar e antecipar as ações que vamos ter de tomar durante a prestação de cuidados, o que torna o próprio serviço um ambiente incerto e em constante mudança. Se por um lado, a unidade de cuidados intensivos permite planejar e definir os cuidados a prestar de forma sequencial, o serviço de urgência não permite fazer essa planificação. Cabe a cada profissional garantir que são tomadas as medidas necessárias para uma correta gestão de cuidados a cada momento fazendo respeitar as necessidades e a individualidade de cada um.

Neste seguimento, é muito importante saber promover o trabalho em equipa, sendo quase impossível dar resposta a todas as situações que vão surgindo durante a prestação de cuidados. Cabe ao enfermeiro promover uma correta gestão dos cuidados que são oferecidos a cada doente. O que procurámos fazer foi definir prioridades de atuação em função da gravidade que cada doente apresenta onde é necessário a presença permanente de um enfermeiro para a sua prestação de cuidados, delegando funções aos assistentes operacionais onde não fosse exigido uma grande especificidade de atuação na prestação de cuidados. Por diversas vezes aconteceu, em estilo de exemplo, a presença do enfermeiro na sala de pequena cirurgia para a realização de uma sutura e posterior realização de penso, em simultâneo havia doentes que pediam para ir à casa de banho, sendo essa a necessidade que apresentaram no momento. Procuramos dar apoio na realização da sutura e realização de penso, delegando a função de satisfazer a necessidade de eliminação do doente ao assistente operacional, nunca esquecendo, e fazendo parte do processo de delegação, no final, confirmávamos a sua realização e como tinha sido todo o processo.

De destacar, ainda, a unidade curricular de Gestão em Saúde e Governação Clínica, onde foram abordados temas que se encontram diretamente relacionados com aquilo que deve ser a gestão e governação dentro de uma estrutura física destinada aos cuidados de saúde, mas acima de tudo, destacar as condicionantes que estão presentes nos serviços e que podem ser controladas e passíveis de mudança pelos enfermeiros em função das necessidades que a população-alvo apresenta. A nível da gestão existem sempre condicionantes que são impostas pelo topo da chefia das organizações e que não são possíveis de alterações, contudo, existe sempre algo a fazer e a alterar nas dinâmicas de cada serviço de forma a maximizar a gestão dos cuidados de saúde prestados.

Foram, ainda, desenvolvidos momentos de aprendizagem por observação direta, em ambos os estágios, das funções dos respetivos chefes de equipa na organização e orientação

que promoviam nas equipas e nos serviços. Procuramos perceber os motivos que levavam a determinada decisão organizacional com juízo crítico de toda a situação e garantindo que o mesmo era acatado e respeitado.

Tendo por base o já referido, é possível destacar, por exemplo, uma situação vivenciada no contexto de estágio em serviço de urgência, quando os assistentes operacionais recebiam a indicação para não limitar a sua atuação apenas ao seu posto de trabalho, mas sim, atuarem onde e quando fosse necessário, promovendo um maior espírito de entreaajuda na equipa multidisciplinar, o que permitia uma melhor organização e rapidez na resposta às necessidades dos doentes, melhorando significativamente a prestação de cuidados, reduzindo o tempo de resposta e aumentando a produtividade de toda a equipa. São estes pequenos aspetos que podemos promover, garantindo que enquanto enfermeiros especialistas somos agentes de mudança e comportamentos para com aqueles que necessitam da nossa atenção e prestação de cuidados.

Durante a realização dos estágios não foi possível desempenhar funções de gestão de equipas, contudo a nível mais macro e de relação direta na prestação de cuidados foram desenvolvidas atividades que promoveram a aquisição destas competências.

4.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Competência

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Competência

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

Descritivo

O Enfermeiro Especialista alicerça 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 (OE, 2019, p. 4749)

Por fim, no domínio de competências das aprendizagens profissionais (D), onde é pretendido que o enfermeiro especialista desenvolva “(...) o autoconhecimento e a assertividade.” e que “baseia a sua praxis clínica especializada em evidencias científicas.” (OE, 2019, p. 4749), promovendo uma prática de enfermagem tendo por base o estabelecimento de relações terapêuticas nos diferentes contextos implicados na prática de enfermagem (OE, 2019).

Neste ponto da análise reflexiva das competências, destaca-se as competências de mestre em enfermagem relacionadas com a investigação, sendo estas, “Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência”, “Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida” e por fim, “Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular” (UE, 2015, p. 27).

Na análise do desenvolvimento destas competências temos de destacar o facto do contexto de unidade de cuidados intensivos e serviço de urgência apresentarem um desafio novo, pois durante o estágio foi o primeiro contacto que tive com estes serviços e com as suas especificidades. Foi possível trabalhar estas competências em grande parte através das enfermeiras orientadores, promovendo numa primeira estância a integração no seio da equipa multidisciplinar e nos respetivos serviços, e durante o desenvolvimento dos estágios foram surgindo todo um conjunto de dilemas com os quais nos fomos confrontando, o que permitiu a sua discussão e abordagem de forma honesta e aberta, o que contribuiu para o aprofundar do juízo crítico direcionado ao doente crítico.

Houve a preocupação, como já referido anteriormente, de estar em contacto direto com os familiares e/ou pessoa de referência para cada doente, promovendo uma prestação de cuidados de proximidade, percebendo as necessidades dos doentes, mas também, as necessidades das famílias e/ou pessoas de referências. Por isso, foi desenvolvido todo um trabalho de proximidade e de conhecimento sobre a real situação dos doentes para que pudesse ser oferecido aos seus familiares a melhor resposta às suas dúvidas e questões, potenciando a contextualização com a real situação dos doentes e atuando como um agente de aproximação entre as famílias e a equipa médica.

Neste domínio de competência de enfermeiro especialista e de competências de mestre em enfermagem, procuramos ser um agente facilitador do processo de aprendizagem, promovendo de forma autónoma a reflexão sobre as consequências da prestação dos cuidados para o doente, para o profissional e para a equipa. Fomentando a procura pelo conhecimento científico mais recente, norteando a prática de enfermagem para uma prática baseada na evidência, pois só com a mobilização de conhecimentos científicos atualizados e devidamente validados pelos pares é possível atribuir suporte à prestação de cuidados. Quando os cuidados são dirigidos ao doente crítico e/ou com falência orgânica a procura de uma prática baseada na evidência assume um papel de relevo, determinante na mobilização e capacitação dos enfermeiros para que se consiga dar resposta a todo o leque de necessidades que se possa vir a encontrar nos diferentes contextos.

Contribuí-o ativamente para esta competência a unidade curricular de Investigação em Enfermagem, entre outras unidades curriculares do plano de estudos do mestrado em enfermagem, para que existisse um pensamento mais estruturado na procura da evidência científica, e acima de tudo de como fazer corretamente toda essa pesquisa, para que o produto final pudesse ser o mais sólido e fundamentado possível, de forma a traspor para a prática clínica as mais recentes evidências numa perspetiva de partilha de conhecimentos e experiências entre todos os elementos da equipa.

Se por um lado a unidade curricular de Investigação em Enfermagem foi fundamental na procura de evidência clínica para sustentar a prática de enfermagem, existiram também unidades curriculares que serviram como agentes de promoção da assertividade clínica, o que permite destacar do plano de estudos do mestrado em enfermagem as unidades curriculares de Enfermagem Médico-Cirúrgica (1 a 5) e a unidade curricular de Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada, o que permitiu um aumento da nossa capacitação para uma enfermagem direcionada ao doente crítico.

Em paralelo com o suporte fornecido pelo plano de estudos do mestrado em enfermagem destaca-se a participação em várias ações de formação, como devidamente comprovado em anexos, tendo em vista a aquisição de conhecimentos novos e atuais podendo ser aplicados na prática de enfermagem.

Prova disso mesmo, foram os projetos desenvolvidos nos estágios, em contexto de unidade de cuidados intensivos e em serviço de urgência, como apresentados em apêndice. O projeto desenvolvido em unidade de cuidados intensivos que diz respeito ao surgimento de úlceras por pressão associados a dispositivos médicos em contexto de cuidados intensivos, e o projeto em serviço de urgência relacionado com a abordagem ao doente vítima de trauma, foram construídos tendo por base uma pesquisa estruturada para a recolha da mais recente evidência científica. O que permitiu, não só, a recolha da informação pretendida, mas sim a capacitação e assertividade sobre estas temáticas no seio da equipa com a partilha da informação, o que promoveu a capacitação da equipa de enfermagem para estas temáticas e em simultâneo a melhoria da prática clínica, nestes contextos, com a aplicação da mais recente evidência na rotina de cada serviço.

Face ao exposto, consideramos que as competências analisadas foram atingidas com sucesso.

4.2. Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Médico-Cirúrgica: A Pessoa Em Situação Crítica E De Mestre Em Enfermagem

As competências específicas dos enfermeiros especialistas, compreendem o campo de intervenção definido para cada área de especialidade, que se apresentam como “(...) as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção (...) através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019, p. 4745).

No caso da especialização em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica, os cuidados são definidos como “(...) altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às

necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, (...).” (OE, 2018, p. 19362).

Nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica, é possível encontrar definido a competência “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, “Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação”, e por último, “Maximiza a intervenção na prevenção 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 resposta em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, p. 19363).

Neste seguimento, e tendo em conta a reflexão sobre as atividades desenvolvidas na aquisição das competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica é possível enquadrar algumas das competências de mestre em enfermagem que foram trabalhadas em simultâneo. Destaca-se a competência “Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada”; “Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência”; “Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais”; e “Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (UE, 2015, p. 27). Em traços gerais, são as competências de mestre em enfermagem mais trabalhadas perante as atividades desenvolvidas em simultâneo, para aquisição das competências específicas de enfermeiro especialista.

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

Competência

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

Descritivo

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (OE, 2018, p. 19363).

No que diz respeito à análise da primeira competência específica do enfermeiro especialista, “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018, p. 19363), em ambos os contextos da prática clínica foi atingido.

No contexto de unidade de cuidados intensivos foi um processo mais lento na capacitação para a aquisição de novas competências no doente crítico, bem como, a perceção e prevenção de possíveis complicações, pois não me encontrava desperto para determinados assuntos, o que requereu um trabalho individual de estudo e questionamento dos enfermeiros do serviço para assim ultrapassar as necessidades sentidas.

Houve todo um processo de trabalho e desenvolvimento de estudo individualizado perante a prática de enfermagem ao doente crítico, o que requereu um esforço adicional na preparação pessoal para as questões relacionadas com os processos de instabilidade e complicações que pudessem existir perante a patologia de base que o doente apresentava.

O mesmo, não se verificou em contexto de serviço de urgência, onde a prática clínica se desenvolveu de forma mais assertiva e com uma melhor preparação e mobilização de conhecimentos já adquiridos, tendo em vista a prestação de cuidados baseados numa prática baseada na evidência. Ou seja, existiu todo um conjunto de matérias, como foi o caso da ventilação mecânica, interpretação de gasimetrias, implementação de algoritmos e protocolos de administração de terapêutica que permitiu iniciar o estágio no serviço de urgência com esse conhecimento já consolidado, o que permitiu direcionar o foco da nossa atenção para a sala de emergência e aprofundar a temática de atuação em doentes críticos vítimas de eventos traumáticos.

O conhecimento é um processo cumulativo o que permitiu um total aproveitamento durante os estágios, uma vez que, todo o conhecimento adquirido foi utilizado e

complementado com novos saberes durante o processo de formação na prática clínica, tornando o processo de aprendizagem algo dinâmico e proveitoso no decorrer do tempo.

Partindo do pressuposto que o conhecimento é algo passível de ser acumulado ao longo do tempo, não podemos esquecer o plano de estudos do mestrado em enfermagem, pois contempla como sendo de caráter obrigatório, o curso de Suporte Avançado de Vida [SAV] (anexo X) e o curso *International Trauma Life Support* [ITLS] (anexo XI), que representam novas aquisições de competências e conhecimentos específicos da área do doente crítico. Consideramos ambos os cursos como uma mais-valia na capacitação dos estudantes para uma prática concertada e acima de tudo focada no objetivo major, que é a prestação de cuidados de enfermagem complexos ao doente crítico. Estes permitiram a aquisição de conhecimentos técnicos e teóricos que representaram um acréscimo valioso na prestação de cuidados de enfermagem, uma vez que, capacitaram para uma correta abordagem do ponto de vista técnico onde foi possível aprender a trabalhar com um conjunto de materiais que representavam uma novidade no exercício da prática de enfermagem. Sendo os conhecimentos técnicos de destaque, a utilização de monitores portáteis e as suas múltiplas funções, material de imobilização em casos de trauma e material para acesso intraósseo. No que diz respeito ao conhecimento teórico adquirido damos destaque à leitura de traçados eletrocardiográficos, aplicação e administração de protocolos complexos de terapêutica, técnicas de imobilização de vítimas, triagem em caso de trauma com multivítimas, reconhecimento de sinais de alerta de instabilidade hemodinâmica, e a aplicação de algoritmos que nos permita fazer uma melhor avaliação do doente crítico como um todo perante um processo de *life saving*.

Todo este conjunto de conhecimentos adquiridos permitiram uma prática de enfermagem baseada nem evidência, mas acima de tudo uma prática focada no doente crítico e em todos os seus aspetos complexos do processo de saúde-doença. Ficámos capacitados para uma correta abordagem ao doente crítico, o que permitiu uma maior destreza e assertividade durante o período de estágios. Evidenciamos com maior destaque a aplicação de todos estes conhecimentos em contexto de sala de emergência onde foi possível demonstrar e praticar, com a supervisão da enfermeira orientadora, todo o conjunto de técnicas adquiridas facilitando a atuação de processos complexos de enfermagem. Como exemplo disso mesmo, é o caso e um doente transportado pela viatura médica de emergência e reanimação após sofrer um evento traumático onde tinha sido colocado, numa primeira abordagem um sistema intraósseo, como não sendo totalmente desconhecido o seu processo de colocação e manutenção permitiu demonstrar conhecimentos na sua manipulação e manutenção até a equipa médica ter colocado

um cateter venoso central. Quando se trabalha diretamente com o doente crítico é necessário apresentar conhecimento específico na área, mas acima de tudo, um conhecimento atualizado e fundamentado para dar continuidade à prestação de cuidados de forma a não comprometer os processos vitais do doente.

Ambos os contextos de estágio permitiram contato direto com doentes com patologias que habitualmente não tínhamos contato na sua fase aguda, o que permitiu uma prestação de cuidados de enfermagem a doentes, com múltiplas patologias, onde foi necessário trabalhar diferentes abordagens em função de cada doente com instabilidade hemodinâmica e/ou falência orgânica, contribuindo ativamente para um acréscimo do conhecimento.

Na perspetiva do cuidar da família/cuidador, e como já referido anteriormente, na unidade de cuidados intensivos o contacto com as famílias e/ou cuidadores estava muito limitado pelas restrições impostas pela pandemia de covid-19, onde os contactos apenas eram realizados por via telefónica e que não permitia um contacto direto com os mesmos. Por outro lado, no serviço de urgência o contacto com a família/cuidador foi muito diferente, foi possível um contacto mais próximo, com capacidade de construir uma relação terapêutica com estes elementos do cuidar, onde se procurou fomentar a proximidade e contacto constante para assim passar informações e recolher dados que pudessem ter influência direta na prestação de cuidados ao doente crítico.

Durante ambos os estágios, existiu sempre, o cuidado com os familiares e/ou pessoas significativas para os doentes, procurando fomentar a comunicação entre a equipa multidisciplinar com o doente e/ou família. Promoveu-se a interação entre todos estes elementos, dando especial atenção aos casos emergentes abordados na sala de emergência, no estágio em contexto de serviço de urgência, onde se procurou uma aproximação entre a família e a equipa para fornecer informações e recolher dados que podiam determinar a atuação em cada situação. Existiu a preocupação constante em manter contacto direto com a família como elemento determinante do cuidar, recorde várias situações onde a família gostava de obter informações médicas do doente, onde foi necessário ir até à equipa médica de forma a promover a comunicação entre ambos.

Contudo, não se pode centrar apenas a atuação realizada junto da família no fornecimento de informações e recolha de dados, foi promovido, de igual forma, o esclarecimento de dúvidas sobre a situação vivenciada pelo doente que o levou à procura dos cuidados de saúde, mas acima de tudo, a escuta ativa para tudo aquilo que eram os seus receios e medos perante aquela situação, que na sua maioria estava a ser vivenciada pela primeira vez. Foi importante saber

ouvir e compreender quais as angústias das famílias, de forma a dar a melhor resposta possível face às necessidades apresentadas tendo em conta o que estava a acontecer com o seu familiar. Nesta competência foi reconhecido no serviço e espelhado na avaliação com a enfermeira orientadora que sempre houve a procura em manter o cuidado ao doente crítico com a promoção de uma estreita relação comunicacional entre a equipa e a família.

Relativamente à análise realizada da competência acima descrita, pensamos que as atividades desenvolvidas são potenciadoras da aquisição da mesma, podendo dizer que a competência foi atingida com sucesso.

4.2.2. Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Competência

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

Descritivo

Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime (OE, 2018, p. 19363).

Na competência “Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (OE, 2018, p. 19363), foi a competência que menos foi trabalhada na unidade de cuidados intensivos, mesmo podendo considerar a prestação de cuidados a doentes positivos para covid-19, o mesmo não se verificou, pois não havia doentes positivos internados no serviço. Procurou-se conhecer e perceber o protocolo de atuação implementado no serviço em caso de exceção e catástrofe junto do enfermeiro responsável pelo mesmo.

No serviço de urgência, houve um maior contacto com doentes positivos para covid-19, o que obrigou a uma maior articulação dos meios e recursos para a prestação de cuidados, sendo estes cuidados prestados em regime de exceção, pelas características dos espaços próprios onde os cuidados eram prestados e do próprio circuito de doentes a que estes estavam obrigados. De igual forma, procurou-se conhecer e ler com atenção o que estava definido em protocolo próprio do serviço para casos de exceção e catástrofe, comentando o mesmo junto do enfermeiro responsável e procurando apresentar soluções conjuntas em caso de necessidade de mobilização de doentes do circuito normal da urgência e do circuito de doentes covid-19.

Ainda como forma de trabalhar esta competência do enfermeiro especialista destaco a unidade curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica 3, onde o seu plano de estudo está, todo ele, centrado na temática de abordagem do doente crítico em contexto de exceção e catástrofe com multivítimas e os meios e entidades envolvidas na prestação de socorro em situações deste género. A unidade curricular foi muito vantajosa, não só, para conhecer os protocolos de atuação em situações de exceção e catástrofe, mas perceber que existe todo um enquadramento legal em Portugal para dar resposta a estas situações, que na sua maioria ultrapassam as capacidades instaladas dos meios e equipamentos disponíveis para a prestação de socorro.

A destacar, como atividade desenvolvida para atingir esta competência, a realização de um poster científico intitulado “A Triage de Vítimas em Situação de Catástrofe e a presença do Enfermeiro”, como elemento de avaliação na unidade curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica 3, e que foi devidamente apresentado no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos (anexo XVII). O que permitiu a elaboração de uma revisão estruturada da literatura como forma de pesquisa e fundamentação para a sua elaboração, e aprofundar conhecimentos sobre as diferentes ferramentas existentes na triagem de vítimas de eventos de exceção e catástrofe.

Perante a análise realizada das atividades desenvolvidas para a aquisição desta competência, pensamos que foi a competência mais difícil de atingir pelo seu grau de especificidade, contudo o balanço final é positivo, tendo atingido a competência.

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

Competência

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

Descritivo

Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos (OE, 2018, p. 19364).

Por último, na competência que diz respeito ao controlo de infeção, “Maximiza a intervenção na prevenção 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 resposta em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, p. 19363). Promoveu-se a assertividade no que diz respeito a um correto controlo de infeção, tendo em vista a prevenção da infeção cruzada, que muitas das vezes tem como ponto de partida os profissionais de saúde.

Existiu a necessidade e preocupação de mobilizar conhecimentos para dar resposta aos diferentes contextos em função de um correto controlo de infeção, maximizando os cuidados seguros no seio da equipa. Promoveu-se a capacitação de outros profissionais da equipa para que ficassem despertos para essas situações e para que houvesse uma alteração dos seus comportamentos em função daquilo que são as boas práticas no controlo de infeção, fazendo

um bom uso das normas existentes em plano de prevenção e controlo de infeção em ambos os contextos de estágio.

Quando se aborda a temática da abordagem ao doente crítico e controlo de infeção, esta assume um grande destaque em função daquilo que são as características da abordagem ao doente complexo, ou seja, a abordagem realizada ao doente crítico na sua maioria implica a utilização de técnicas e dispositivos invasivos o que requer uma especial atenção por parte da equipa multidisciplinar aquando da manipulação destes dispositivos médicos para que sejam mantidas as condições ideais, a limpeza e assepsia na sua colocação e manutenção de forma a reduzir a médio e longo prazo os riscos associados a possíveis focos de infeção que possam vir a surgir. Não sendo este um trabalho exclusivo da equipa de enfermagem, mas sim de todos os profissionais de saúde que estejam envolvidos na manipulação destes dispositivos na altura da sua colocação, para assim perspetivar uma recuperação mais rápida e com menos intercorrências do ponto de vista de novos focos de infeção que possam surgir no doente.

Houve a preocupação e necessidade de destacar pontos menos positivos junto dos assistentes operacionais, na maioria dos casos, onde se procurou não apenas a correção das suas práticas, mas explicando que o que se estava a fazer não era o mais correto e as suas consequências para os doentes, promovendo o correto controlo de infeção com boas práticas, devidamente fundamentadas, o que contribuiu para algumas mudanças de comportamento. Destaca-se esta competência como tendo sido um ponto de relevo na avaliação de cada contexto de prática clínica.

Ainda na temática controlo de infeção foi possível a interação com o elemento de enfermagem do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA), onde após uma troca de impressões sobre a correta gestão e manipulação dos sistemas de fluidoterapia foi fornecido um conjunto de material bibliográfico para consulta, de onde resultou o pedido formal para a aquisição de material para se proceder a uma correta manipulação dos sistemas maximizando o controlo de infeção. A proposta de aquisição do novo material partiu de uma evidência observada na unidade de cuidados intensivos, onde sempre que se manipulava um sistema de fluidoterapia havia o cuidado de utilizar álcool a 70% antes de qualquer manipulação o que permitia o maior controlo dos focos de infeção, e havia uma alta adesão por parte dos profissionais na sua utilização. A apresentação do produto era em spray o que permitia uma rápida e fácil utilização fazendo parte de todas as unidades dos doentes, sendo a sua embalagem possível de desinfetar e reutilizar de doente para doente rentabilizando a sua utilização e diminuindo custos. Pensamos que seria algo vantajoso

para a equipa de enfermagem no serviço de urgência, pois é de fácil adesão por parte da equipa de enfermagem principalmente com os doentes internados, ficando o pedido a aguardar parecer junto da equipa de avaliação e seleção de material clínico.

Não é possível falar de controlo de infeção sem falar no plano de estudos do mestrado em enfermagem, onde existe uma unidade curricular, toda ela dedicada a esta temática, a unidade curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica 5, onde foi abordada a questão do controlo de infeção nos vários ambientes hospitalares onde o doente crítico é alvo de cuidados.

Ainda como atividade desenvolvida para aquisição destas competências, é de destacar a participação no congresso internacional de controlo de infeção (anexo IX), onde foi possível adquirir conhecimento atualizado sobre esta temática e observar os projetos que estão a ser aplicados noutros hospitais do país.

Perante as atividades desenvolvidas consideramos que a competência a que nos propomos foi atingida com sucesso.

CONCLUSÃO

A elaboração do Relatório de Estágio, diz respeito à unidade curricular Estágio Final, que deu por concluído o percurso na aquisição de competências e novas capacitações no âmbito da especialização em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica. Contudo, permite fazer a correlação direta de todo o percurso profissional desenvolvido no âmbito do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem com o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados ao doente crítico.

Os diferentes contextos da prática clínica, unidade de cuidados intensivos e serviço de urgência, permitiram criar as condições adequadas e as oportunidades certas para as vivências de novas situações em contexto real. Tendo em conta que o objetivo era trabalhar a prestação de cuidados direcionados ao doente crítico, nos contextos da prática, o que permitiram essa possibilidade de forma clara, o que contribuiu de forma bastante positiva para o crescimento e desenvolvimento profissional, bem como, o contacto direto com o doente crítico e a família e/ou cuidador nas mais variadas formas e situações.

Todo o percurso realizado no âmbito do curso de mestrado em enfermagem permitiu a aquisição de novas competências e conhecimentos, que aplicados na prestação de cuidados de enfermagem conduziu a uma prática mais consolidada, assertiva e baseada na evidência. O curso de mestrado em enfermagem nas suas duas grandes componentes, as aulas teóricas e o desenvolvimento da prática clínica em contexto real de prestação de cuidados ao doente crítico, permitiram e contribuíram ativamente para que existisse um fomento das melhores práticas à luz daquilo que é evidência científica atualizada no momento, atribuindo capacitação para uma prática clínica na prestação de cuidados de enfermagem de melhor qualidade, estimulando o juízo crítico, o que permitiu um gradual desenvolvimento profissional, que sem o mestrado em enfermagem não seria possível alcançar. Desta forma, é possível afirmar que o curso de mestrado em enfermagem é um fator chave no desenvolvimento profissional, na capacitação dos enfermeiros, e acima de tudo uma condicionante para um novo pensar na disciplina de enfermagem e, por sua vez, conduzir a formação de melhores profissionais especializados nas diferentes vertentes da enfermagem.

No presente relatório é possível fazer a consulta de toda a informação e conhecimento que foi possível recolher, desenvolver e trabalhar ao longo dos estágios, por serem temáticas de grande relevo para a enfermagem médico-cirúrgica e em particular com foco no doente crítico.

O presente relatório foi pensado, tendo como pilar de toda a sua construção o Modelo de Sinergia, que procura aliar as características e necessidades de cada um dos doentes que chega até à equipa de prestação de cuidados com as competências dos enfermeiros. Ou seja, face às necessidades específicas que cada doente apresenta é necessário procurar competências nos enfermeiros capazes de dar uma resposta positiva à mesma.

Nesta perspetiva, o projeto de intervenção desenvolvido durante a UC Estágio Final, teve por base a necessidade da prestação de cuidados aos doentes em situação de trauma, o que por sua vez, remete para que a sua abordagem seja feita por enfermeiros com competências em atuação em situações de trauma, segundo o modelo teórico. O que se verificou na prática, é que a ineficácia de uma correta comunicação pode afetar este processo na abordagem à vítima de trauma em contexto de sala de emergência. Tendo como ponto de partida que para dar resposta às necessidades da vítima são necessários enfermeiros com competências para tal, a comunicação assume um papel de destaque e relevo quando existe a passagem de informação entre profissionais na sala de emergência e do pré-hospitalar para a equipa hospitalar. Desta forma, o projeto de intervenção em serviço procurou a criação de uma norma de serviço, onde consta um instrumento de registo de fácil e livre acesso para compilar toda a informação existente sobre a vítima, o que procura a minimização de erros de comunicação e de seguimento durante o processo de prestação de cuidados, otimizando e uniformizando as intervenções de enfermagem, como exposto ao longo deste Relatório de Estágio.

Relativamente às competências de Mestre, às competências comuns do Enfermeiro Especialista e às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica, permitiu criar uma linha condutora de forma a nortear todo este percurso. As competências de Mestre permitiram a consolidação de conhecimentos, bem como a estimulação para a procura de novos saberes em áreas da enfermagem que nem sempre são do domínio do quotidiano da profissão. Por outro lado, as competências dos Enfermeiros Especialistas, comuns e específicas, permitiu criar um foco no percurso, não descurando tudo o que envolve a prestação de cuidados, mas atribuindo especial foco e essas temáticas, sendo esse o seu objetivo último.

Face ao exposto, o Relatório Final de Estágio, tinha como objetivos a atingir, a descrição do projeto de intervenção em serviço e a demonstração da aquisição de competências de mestre em enfermagem e de enfermeiro especialista, o que fica claro durante a sua elaboração que ambos os objetivos foram atingidos com sucesso.

Em suma, por tudo o que já foi exposto, acredito ter conseguido dar resposta a todos os desafios que foram surgindo ao longo desta jornada de aquisição de novos saberes na disciplina da enfermagem, permitindo moldar o meu olhar para a prestação de cuidados como Enfermeiro Especialista, o que representa o ponto alto de todo este percurso, que foi atingido com sucesso. O que permite pensar num futuro enquanto enfermeiro especialista com elevado grau de compromisso com as organizações, mas acima de tudo com um novo olhar sobre as necessidades de cada doente e suas famílias e a resposta mais adequada possível a prestar. É determinante olhar para o futuro de forma construtiva e procurar que o enfermeiro especialista tenha cada vez mais destaque nos serviços e organizações, assumindo esses mesmos compromissos de forma responsável, pois todos os enfermeiros especialistas têm de ser responsáveis pelo fomento da investigação e promoção da evidência científica para uma prática baseada na evidência nas suas respetivas áreas de atuação. Acredito agora, que serei um profissional de saúde melhor treinado, preparado e comprometido em ser agente de mudança, pois só assim o enfermeiro especialista pode conquistar espaço de atuação e destaque nas equipas multidisciplinares em direção a um futuro onde o enfermeiro especialista vai ser determinante.

BIBLIOGRAFIA

- 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*, 2020(1): 55 – 66. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>
- Alson, R., Han, K. & Campbell, J. (2020). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers* (9ª. Edição). Pearson Education.
- American Association of Critical-Care Nurses [AACN]. (s.d. a). AACN Synergy Model for Patient Care. <https://www.aacn.org/nursing-excellence/aacn-standards/synergy-model>
- American Association of Critical-Care Nurses [AACN]. (s.d. b). The AACN Synergy Model for Patient Care. <https://www.aacn.org/~media/aacn-website/nursing-excellence/standards/aacnsynergymodelforpatientcare.pdf?la=en>
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da Evidência no contexto da Translação da Ciência* (1.ª Edição). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC). https://www.researchgate.net/publication/322861762_Sintese_da_evidencia_no_contexto_da_translacao_da_ciencia
- Associação das Escolas Superiores e Enfermagem e Saúde [AESES] (s.d.). Regulamento de Funcionamento do Mestrado de Enfermagem. [https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/\(id\)/4180/\(basenode\)/746](https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/gesdoc/(id)/4180/(basenode)/746)
- Bessa, J. (2021). Pessa a Vivenciar uma situação de Trauma. In Coimbra, N., (1ª Edição) *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 227 – 348). Lidel.
- Bethea, A., Samanta, D., White, T., Payne, N. & Hardway (2019). Nurse Practitioners' Role in Improving Service for Elderly Trauma Patients. *Journal of Trauma Nursing*, 2019(4): 174 – 179. <https://10.1097/JTN.0000000000000445>
- Brewer, B., Wojner-Alexandrov, A., Triola, N., Pacini, C., Cline, M., Rust, J. & Kerfoot, K. (2007). A AACN Synergy Model's Characteristics of Patients: Psychometric Analyses in a Tertiary Care Health System. *American Journal of Critical Care*. 16 (2): 158-167. www.ajconline.org
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO. <http://nocs.pt/wp->

content/uploads/2015/11/Organiza%C3%A7%C3%A3o-dos-Cuidados-Hospitalares-Urgentes-ao-Doente-Traumatizado.pdf

Ferrito, C. & Nunes, L., Ruivo, M. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15: 1 – 37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Gosnell, J. & Slivinski, A. (2021). The Building Blocks to a Highly Effective Trauma Program. *Journal of Trauma Nursing*, 2021(2): 126 – 134. <http://10.1097/JTN.0000000000000570>

Höke, M., Usul, E. & Ozkan, S. (2021) Comparison of Trauma Severity Scores (ISS, NISS, RTS, BIG Score, and TRISS) in Multiple Trauma Patients. *Journal of Trauma Nursing*, 2021(2): 100 – 106. <https://10.1097/JTN.0000000000000567>

Jarman, H., Crouch, R., Baxter, M., Wang, C., Pexk, G., Sivapathasuntharam, D., Jennings, C. & Cole, E. (2021). Feasibility and accuracy of ED frailty identification in older trauma patients: a prospective multi-centre study. *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine*, 2021(1): 29 – 54. <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00868-4>

Joanna Briggs Institute [JBI] (2020a). *CRITICAL APPRAISAL TOOLS*. <https://joannabriggs.org/critical-appraisal-tools>

Joanna Briggs Institute [JBI] (2020b). *JBI EBP Database Guide*. <http://ospguides.ovid.com/OSPguides/jbidb.htm>

Kaplow, R. & Reed, K. (2008). The AACN Synergy Model for Patient Care: A Nursing Model as a Force of Magnetism. *Nursing Economics*. 26 (1): 17-25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18389838/>

Kaplow, R. (2003). AACN Synergy Model for Patient Care: A Framework to Optimize Outcomes. *Critical Care Nurse. Supplement*: 27-30. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12640968/>

Kerfoot, K., Lavandero, R., Cox, M., Triola, N., Pacini, C. & Hanson, M. (2006). Conceptual Models and Nursing Organization: Implementing the AACN Synergy Model for Patient Care. *Nurse Leader*. 4 (4): 20-26. <https://0.1016/j.mnl.2006.05.009>

Machado, H. (2021). Organização e Gestão no Serviço de Urgência. In Coimbra, N. (1ª Edição), *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 3 – 12). Lisboa: Lidel

Massada, S., Marques, A., Mesquita, C., Luís, F., Farias, J., Sousa, J., Mineiro, J., Freitas, P., Melo, R., Cruzeiro, C., Murta, J., Pedro, L. & Cardoso, M. (2009). Normas de Boa Prática em Trauma. *Ordem dos Médicos [OM]*, Grupo de Trabalho de Trauma Competências em Emergência Médica. https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Normas_de_Boa_Pratica_em_Trauma.pdf

Meagher, A., Lin, A., Mendel, S., Bulger, E. & Newgard, C. (2019). A Comparison of Scoring Systems for Predicting Short and Long-term Survival After Trauma in Older Adults. *Academic Emergency Medicine*, 2019(6): 621 – 630. <https://10.1111/acem.13727>

Mock C, Lormand JD, Goosen J, Joshipura M & Peden M. (2004). Guidelines for essential trauma care. *World Health Organization [WHO]*. <https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-for-essential-trauma-care>

Nania, T., Barello, S., Caruso, R., Graffigna, G., Stievano, A., Pittella, F., Dellafiore, F. (2020). The state of the evidence about the Synergy Model for patient care. *International Nursing Review*. 68(1): 78-89. <https://10.1111/inr.12629>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Parecer n.º 17/2018: Enquadramento na aplicação do Decreto-Lei n.º 27/2018 de 27 de abril relativamente aos cuidados Especializados de Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10509/parecerplumcemcplum%C2%BAplus17_enquadplumdoplusdecret_leiplus27-2018plusrelativamenteplusaospluscuidadosplusespecializadosplusem.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário

da República, 2ª série, n.º 135, 19359-19366.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, n.º 26, 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Paiva, J., Silva, A., Almeida, A., Seco, C., Gomes, C., Ribeiro, E., Luís, F., Pedrosa, J., Félix, M., Oliveira, M., Mota, P., Nicola, P., Silva, R., Pedro, J., Prata, M., Gaspar, M., Costa, R., Almeida, S. & Gouveia, V. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. *Relatório CRRNEU*. <https://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgencia20120701.pdf>

Porritt K., McArthur A., Lockwood C. & Munn Z. (2019). *JBI Handbook for Evidence Implementation*. Joanna Briggs Institute <https://wiki.jbi.global/display/JHEI/Downloadable+PDF?preview=/62392432/67733019/JMEI-2020August.pdf>

Stawicki, S., Habeed, K., Martin, N., O'Mara, M., Cipolla, J., Evans, D., Boulger, C., Sarani, B., Cook, C., Gupta, A., Hoff, W., Thomas, P., Jordan, J., Guo, W. & Seamom, M. (2018). A seven-center examination of the relationship between monthly volume and mortality in trauma: a hypothesis-generating study. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 2029(45): 281 – 288. <https://doi.org/10.1007/s00068-018-0904-0>

Swickard, S., Swickard, W., Reimer, A., Lindell, D. & Winkelman, C. (2014). Adaptation of the AACN Synergy Model for Patient Care to Critical Care Transport. *Critical Care Nurse*. 34 (1): 16-28. <https://10.4037/ccn2014573>.

Swickard, S., Swickard, W., Reimer, A., Lindell, D. & Winkelman, C. (2014). Adaptation of the AACN Synergy Model for Patient Care to Critical Care Transport. *Critical Care Nurse*. 34 (1): 16-28. <https://10.4037/ccn2014573>.

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

Universidade de Évora [UE] (2016). Aviso n.º 5622/1026. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 84: 8648-8653. https://www.ipbeja.pt/cursos/Mestrados/ess-m_enfermagem/Documents/Despacho_publicacao_Mestrado_Enfermagem.pdf

APÊNDICES

Apêndice I – Síntese dos Dados

Identificação do estudo/ Autores /Ano/ País	Objetivo de Estudo	Método de Estudo	Participantes, tipo e número	Resultados do Estudo	Conclusões
<p>Artigo 1</p> <p>The Building Blocks to a Highly Effective Trauma Program</p> <p>(Os Bolcos de Construção de uma Programa de Trauma Altamente Eficaz)</p> <p>Autores: Jaclyn Gosnell e Andrea Silvinski</p> <p>2021, Carolina do Norte (EUA)</p>	<p>Identificar e explorar os elementos essenciais que devem estar presentes na base da construção de um programa sólido de abordagem a pessoas vítimas de trauma, tendo como fim última a prestação de cuidados de alta qualidade.</p>	<p>Estudo quasi-experimental</p>	<p>Centro de traumatologia de nível II com capacidade para 750 camas sendo analisadas 3.500 situações de pessoas vítimas de trauma com resultados positivos, e posterior acreditação para centro de traumatologia de nível I.</p>	<p>Verificou-se que existem determinados componentes que garantem o sucesso da implementação de um programa de trauma. Entre eles estão a estrutura de liderança e suporte; contratar a equipa certa; experiência clínica; registo de trauma; melhoria do desempenho; oportunidade de pesquisa; divulgação e educação; prevenção de lesões e prontidão da pesquisa. Com a aplicação de todas estas</p>	<p>A correta aplicação de todas as componentes do programa de trauma só é possível quando existe um compromisso por parte dos líderes do processo para a sua implementação e manutenção com a ajuda da equipa multidisciplinar. Desta forma, o princípio último é a redução de eventos adversos e ganhos em saúde para a pessoa, família e/ou cuidador e comunidade que se encontra sujeito a uma situação de trauma.</p>

				componentes na criação de um programa de trauma, é possível garantir o sucesso do mesmo, mas para isso é necessário que todas as partes envolvidas colaborem e participem ativamente para a sua manutenção e melhoria.	
Artigo 2 Comparison of Trauma Severity Scores (ISS, NISS, RTS, BIG Score and TRISS) in Multiple Trauma Patients (Comparação de Scores de Gravidade de Trauma (ISS, NISS, RTS, BIG Score and TRISS))	Comparar as escalas de gravidade em trauma (ISS, NISS, RTS, TRISS e BIG) em pessoas vítimas de trauma.	Estudo quasi-experimental	Foram estudadas 426 pessoas vítimas de trauma, sendo 82 do sexo feminino e 344 do sexo masculino, totalizando um total de 41 traumas penetrantes e 385 traumas contudentes. Apresentando-se como principal	Verificou-se que existem diferentes tipos de instrumentos de avaliação para mensurar determinada ação que possa ser necessária na abordagem à vítima de trauma em função do trauma e da especificidade que cada pessoa apresenta. Foi possível determinar que para cada situação existe	No decorrer do estudo e perante a aplicação das diferentes escalas utilizadas foi possível concluir que existem instrumentos de avaliação com maior grau de exatidão relativamente à abordagem da pessoa vítima de trauma. Sendo a escala NISS o sistema com melhor capacidade de previsão de admissão na

<p>em Pacientes com Múltiplos Traumas)</p> <p>Autores: Mehmet Hilmi Høke, Eren Usul e Seda Özkan</p> <p>2021, Turquia</p>			<p>mecanismo causador de trauma o acidente de viação com veículos motorizados.</p>	<p>uma escala de avaliação que deve ser utilizada, uma vez que, se pretende que a maximização dos cuidados e a superação das necessidades que cada vítima de trauma possa apresentar em função do trauma causado e por conseguinte da forma como o mesmo vai ser abordado, vigiado e tratado.</p>	<p>unidade de cuidados intensivos. A escala TRISS demonstrou ter maior sensibilidade para aferir o grau de mortalidade com maior precisão. E por fim, a escala BIG permitindo ser aplicada de forma rápida e fácil permitindo prever com sucesso o prognostico de cada vítima de trauma.</p>
<p>Artigo 3</p> <p>A Comparison of Scoring Systems for Predicting Short and Long-term Survival After Trauma in Older Adults</p>	<p>Determinar a existência de um instrumento de avaliação que permita determinar as melhores opções clínicas e terapêuticas perante uma pessoa</p>	<p>Estudo de coorte retrospectivo</p>	<p>Foram incluídas 4849 pessoas vítima de trauma geriátrico no estudo, em que 234 (4,8%) morreu nos primeiros 30 dias e 1040 (21,5%) morreu do decorrer do</p>	<p>Verificou-se que o instrumento de mais fácil acesso e que melhor dá resposta às necessidades de previsão de prognostico é o GRTI. Este permite que se faça uma avaliação mais assertiva sobre o grau de morte previsível no</p>	<p>Foi possível concluir que existem fatores precipitantes que associados a uma situação de trauma geriátrico podem conduzir à morte num curto espaço de tempo. Como é o caso de associar um evento traumático a</p>

<p>(Uma Comparação de Sistemas de Pontuação para Prever a Sobrevivência a Curto e Longo Prazo Após o Trauma em Adultos Mais Velhos)</p> <p>Autores: Ashley D. Meagher, Amber Lin, Samuel P. Mandell, Eileen Bulger e Craig Newgard</p> <p>2019, Estados Unidos da América</p>	<p>idosas vítimas de trauma.</p>		<p>primeiro ano após o trauma.</p>	<p>momento da admissão, o que conduz a uma prestação de cuidados à pessoa idosa vítima de trauma centrado naquilo que são as suas necessidades no momento, tendo por base, a necessidade da tomada de decisão daquilo que será a abordagem mais correta.</p>	<p>comorbilidades já previamente instaladas e a necessidade de colocação de via aérea avançada, o que fica demonstrado que conduz a uma taxa mais elevada de mortalidade mais elevada dentro de 30 dias. Contudo, mesmo as aplicações de instrumentos de avaliação podem conduzir a erros de avaliação, o que demonstra a não existência a uma escala ideal para todos os contextos.</p>
<p>Artigo 4</p> <p>A seven-center examination of the relationship between</p>	<p>Determinar se existe uma relação direta entre a afluência e a taxa de mortalidade</p>	<p>Estudo retrospectivo gerador de hipótese</p>	<p>Foram incluídas 122197 pessoas vítimas de trauma, durante um total de 604 meses. Do total</p>	<p>É possível encontrar uma relação inversa entre nos centros de traumatologia entre o volume e a taxa de mortalidade. Desta forma,</p>	<p>Concluiu-se então, que possa existir uma relação direta entre volume de trauma e taxa de mortalidade, embora o estudo não seja</p>

<p>monthly volume and mortality in trauma: a hypothesis-generating study</p> <p>(Uma análise a sete centros da relação entre volume mensal e mortalidade no trauma: um estudo gerador de hipótese)</p> <p>Autores: Stanislaw P. Stawicki, Keith Habeed, Niels D. Martin, M. Shay O'Mara, James Cipolla, David C. Evans, Creagh Boulger, Babak Sarani, Charles H. Cook, Alok Gupta, William S. Hoff, Peter G. Thomas,</p>	<p>em centros de traumatologia.</p>		<p>do número de casos incluídos no estudo 16% estavam relacionados a traumas e lesões com risco de vida e/ou compromissos fisiológicos, 46% eram traumas e lesões sem compromisso significativo de risco de vida e 38% dos traumas estão relacionados com traumas e lesões que requeriam avaliação por parte da equipa de traumas, mas em doentes estáveis.</p>	<p>o estudo indica que os centros de traumatologia com maior volume de pessoas vítimas de trauma apresentam taxas de mortalidade mais baixas, o que por sua vez, indica que menores eventos de trauma conduz a taxas de mortalidade mais elevadas, até quando observado os períodos sazonais ao longo do ano.</p>	<p>representativo de todas as populações e centros de traumatologia. E que para isto, contribui a prontidão no atendimento à pessoa vítima de trauma, ou seja, maiores volumes de trauma preparam as equipas para uma rápida intervenção em trauma e capacita os profissionais para uma atuação segura e baseada na antecipação das intercorrências clínicas a que as vítimas de trauma estão sujeitas.</p>
--	-------------------------------------	--	---	---	---

<p>Jefferey M. Jordan, Weidum Alan Guo e Mark J. Seamon</p> <p>2018, Alemanha</p>					
<p>Artigo 5</p> <p>Feasibility and accuracy of ED frailty identification in older trauma patients: a prospective multi-centre study</p> <p>(Viabilidade e precisão da identificação de fragilidade no DE em pacientes idosos com trauma: um estudo multicêntrico prospetivo)</p>	<p>Determinar a fragilidade da pessoa idosa vítima de trauma através da aplicação de três instrumentos de avaliação (TSFI, PRISMA7 e CFS) aquando da admissão no serviço de urgência.</p>	<p>Estudo observacional prospetivo</p>	<p>No estudo foram incluídas 372 pessoas vítimas de trauma, com uma média de idades de 80 anos, das quais 52,8% do sexo feminino. Sendo o mecanismo de trauma mais frequente a queda de menos de 2 metros, seguido da queda superior a 2 metros.</p>	<p>A aplicação dos três instrumentos de avaliação (TSFI, PRISMA7 e CFS) permitem gerar pontuações finais que indicam as pessoas idosas vítimas de trauma com maior ou menor grau de fragilidade, o que condicionada a atuação da equipa na sua abordagem. Contudo, o instrumento que melhor desempenho apresentou foi a escala CFS, pois apresentou uma compacidade de previsão e</p>	<p>É possível concluir com o estudo que a aplicação da escala CFS de forma precoce na admissão no serviço de urgência, permite delinear a melhor estratégia a adotar perante o evento de trauma apresentado. Da mesma forma, indica que a equipa de enfermagem é a que melhor está posicionada, face à proximidade que tem com os doentes, para a sua aplicação e compreensão, permitindo assim determinar as intervenções</p>

<p>Autores: Heather Jarman, Robert Crouch, Mark Baxter, Chao Wang, George Peck, Dhanupriya Sivapathasuntharam, Cara Jennings e Elaine Cole</p> <p>2021, Reino Unido</p>				<p>antecipação da fragilidade de cerca de 99%, tornando-se assim, o instrumento mais viável e assertivo na sua aplicação. O que permite maximizar a resposta ao doente com trauma face às suas necessidades previamente identificadas.</p>	<p>específicas a seguir minimizando o impacto negativo das fragilidades e promovendo a recuperação a longo prazo, aumentando a taxa de sobrevivência.</p>
<p>Artigo 6</p> <p>Nurse Practitioners' Role in Improving Service for Elderly Trauma Patients</p> <p>(Papel dos Enfermeiros na Melhoria do Serviço</p>	<p>Comparar os resultados obtidos nas pessoas idosas vítimas de trauma quando a abordagem é realizada por equipas de enfermagem de trauma e equipas de enfermagem sem</p>	<p>Estudo de coorte retrospectivo</p>	<p>Foram incluídos no estudo um total de 1363 pessoas idosas vítimas de trauma. Das quais, 140 pessoas vítimas de trauma tiveram prestação de cuidados de enfermagem por</p>	<p>A existência de equipas de enfermagem especializadas em pessoas vítimas de trauma, nomeadamente em pessoas idosas, demonstra ter um impacto positivo na sua recuperação, face a equipas de enfermagem não especializadas. O estudo</p>	<p>É possível concluir que a abordagem à pessoa idosa vítima de trauma é melhor conseguida, na sua abordagem mais ampla, quando os cuidados de enfermagem são prestados por equipas especializadas em trauma. O que indica, que este modelo de</p>

<p>para Pacientes Idosos com Trauma)</p> <p>Autores: Audis Bethea, Damayanti Samanta, Teresa White, Nancy Payne e Jessica Hardway</p> <p>2019, West Virginia (EUA)</p>	<p>especialização em trauma.</p>		<p>equipas especializadas em trauma e as restantes 1223 pessoas tiveram cuidados de enfermagem por equipas não especializadas em trauma.</p>	<p>verificou que nas equipas especializadas existiam períodos de internamento mais reduzidos, havia um planeamento e previsão de agravamento do quadro clínico e a taxa de mortalidade foi de 0%. O que promove este tipo de resultados é o modelo de atuação da equipa especializada, como é o caso da preparação da alta clínica precocemente, a comunicação e colaboração com a famílias e/ou cuidadores, a promoção da mobilidade precoce quando possível, a avaliação sistemática da função respiratória durante todo o</p>	<p>prestação de cuidados de enfermagem devia ser implementado de forma mais ampla e generalizada em hospitais sem centro de traumatologia, tendo em conta que os resultados são encorajadores da sua ampliação em diversos contextos de cuidados de saúde.</p>
--	----------------------------------	--	--	--	--

				internamento e por fim, a colaboração com outros elementos da equipa multidisciplinar para que isto possa acontecer.	
--	--	--	--	--	--

Apêndice II – Cronograma da fase de planeamento: UCIP

Otimização das intervenções de enfermagem no doente crítico vítima de trauma – Relatório de Estágio

Tarefas a desenvolver	Período de Estágio					
	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	5ª Semana	6ª Semana
Diagnóstico da situação e definição dos objetivos						
Realização da pesquisa estruturada perante a necessidade identificada						
Planeamento das atividades a desenvolver						
Elaboração dos meios para a sessão de formação em serviço						
Execução e avaliação da sessão de formação em serviço						*

Cronograma da Fase de Planeamento

* Devido à duração do estágio e a instabilidade gerada pela pandemia de covid-19, não foi possível realizar a sessão de formação em tempo útil. Será feito esse agendamento para uma data a definir, posterior ao estágio.

Apêndice III – Cartaz: UCIP

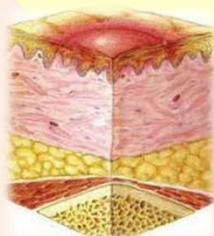
Prevenção de Úlceras por Pressão Associadas a Dispositivos Médicos

*Filipe Brás, **Adriano Pedro

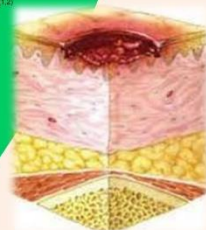
*Enfermeiro Pós-Graduado em Feridas e Viabilidade Tecidual e Gestão em Saúde, Enfermeiro na Unidade de Longa Duração e Manutenção e Unidade de Convalescença do Centro Social e Paroquial de São Tiago de Urza, Portalegre, Portugal. Estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em situação crítica. ORCID: 0000-0003-4460-2874
 **Professor Adjunto, Escola Superior de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal. Nurse in – UIESI. ORCID: 0000-0001-9620-544X

Como Classificar as Úlceras por Pressão?

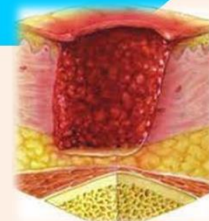
Categoria I: Eritema não branqueável
 Pele intacta com rubor que não branqueia ao toque numa área localizada.^(1,2)



Categoria II: Perda Parcial da Espessura da Pele
 Tecido vermelho-rosa, sem tecido desvitalizado e flictena encerrada ou aberta com líquido seroso.^(1,2)



Categoria III: Perda Parcial da Espessura da Pele
 Tecido celular subcutâneo pode ser identificado, mas ossos, tendões ou músculos não estão expostos.^(1,2)



Como Agir!!

1. Escolher as características certas do dispositivo médico
2. Monitorizar com regularidade a tensão na pele
3. Avaliar regularmente a pele
4. Promover a distribuição da pressão
5. Promover a alternância dos dispositivos
6. Promover a remoção dos dispositivos.⁽²⁾

Suspeita de Lesão dos Tecidos Profundos:
 Profundidade Indeterminada
 Área vermelha escura ou púrpura, em pele intacta ou flictena preenchida com conteúdo hemático.^(1,2)



Categoria IV: Perda Parcial da Espessura dos tecidos
 Exposição visível ou diretamente palpável de ossos, tendões ou músculos.^(1,2)

Não Graduáveis/Inclassificáveis:
 Profundidade Indeterminada
 Base do leito da ferida está preenchida por tecido desvitalizado e/ou necrose.^(1,2)

Atenção!! Nas Úlceras por Pressão associadas a dispositivos médicos é comum esta classificação.⁽²⁾

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



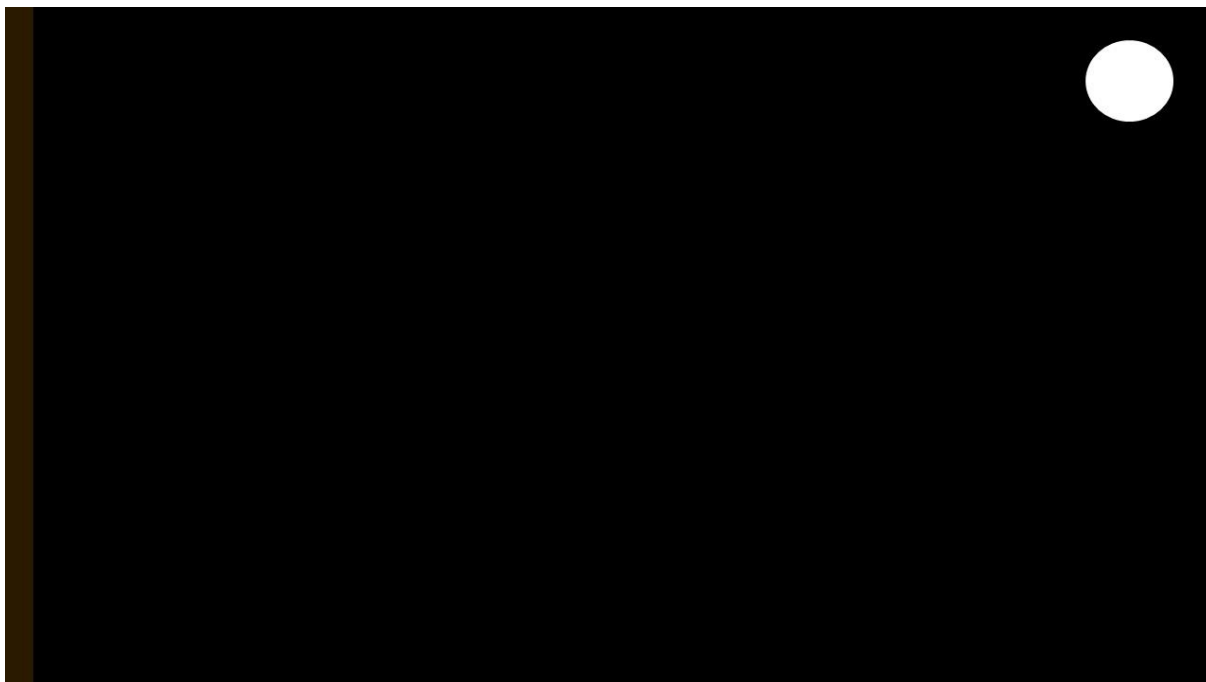
Referências Bibliográficas:

1. National Pressure Ulcer Advisory (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) (2014). Prevenção e Tratamento de úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida. Cambridge Media: Osborne Park, Austrália.
2. National Pressure Ulcer Advisory (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) (2019). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide Rápida. Emily Haesler (Ed.).
3. Mentilla, E. (2020). Úlceras por Pressão Associadas a Dispositivos Médicos em doentes e profissionais de saúde. Journal of Aging & Innovation, 9(2): 48-66. doi: 10.3937/jai.v1i2.9900.v1i2.5.

Imagens (fonte):

National Pressure Ulcer Advisory (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) (2014). Prevenção e Tratamento de úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida. Cambridge Media: Osborne Park, Austrália

Apêndice IV – Apresentação PowerPoint (método de exposição): UCIP



**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE



ES
Escola
Superior
Saúde
IPortalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

**PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO
ASSOCIADAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS EM
AMBIENTE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
Docentes da Unidade Curricular: Prof. Dr. Adriano Pedro
Filipe Brás 47002

SUMÁRIO:



Objetivos



Introdução



Metodologia



Resultados



Discussão



Conclusões



Referências
Bibliográficas

OBJETIVO GERAL

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Promover a uniformização das intervenções de enfermagem a realizar na prevenção de úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos.
- Rever conceitos sobre úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos.
- Reconhecer os fatores que podem provocar uma maior incidência de úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos em cuidados intensivos.
- Identificar as intervenções de enfermagem necessárias para a prevenção de úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos.
- Identificar as estratégias necessárias para minimizar as complicações associadas a úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos.

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

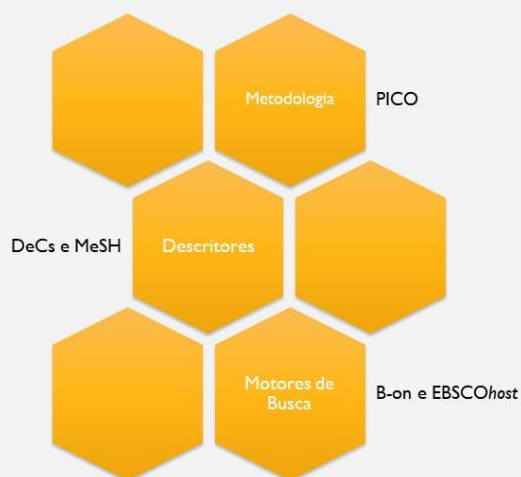
INTRODUÇÃO

- As úlceras por pressão requerem uma gestão e avaliação multidisciplinar tendo em conta a necessidade que apresentam de uma abordagem ampla, sistémica e focalizada no impacto que podem produzir no doente (Alves, 2017).
- As Unidades de Cuidados Intensivos, onde são prestados cuidados de enfermagem altamente complexos e diferenciados perante o doente crítico por descompensação de um ou mais sistemas orgânicos (Correia, Cruz & Silva, 2020).

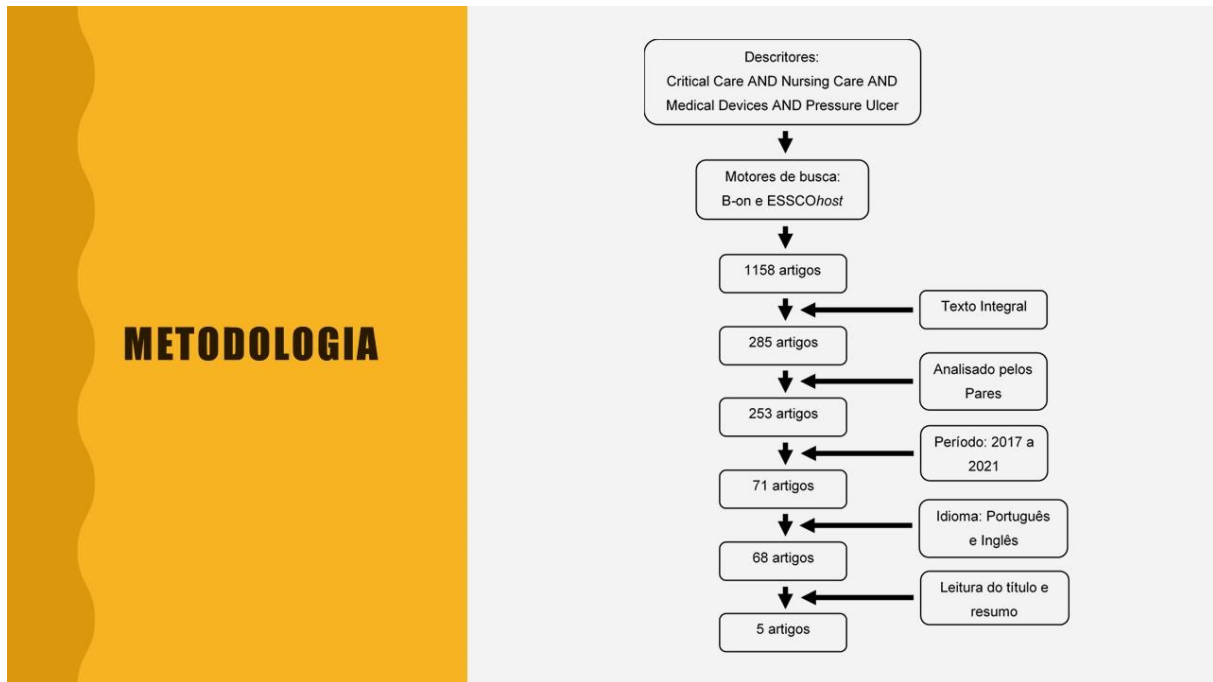
INTRODUÇÃO

- A prevalência das úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos, representam 34,5% do total de úlceras por pressão verificadas nos doentes (Black & Kalowes, 2016).
- Os doentes com dispositivos médicos representam uma probabilidade de 2,4 vezes maior de desenvolverem úlceras por pressão comparativamente com doentes em que não seja necessário a utilização de dispositivos médicos (Black & Kalowes, 2016).

METODOLOGIA



Questão: “Qual o papel do enfermeiro na prevenção e avaliação de úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos?”



DISCUSSÃO

As úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos são consideradas indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem (Behnammoghadam *et al.*, 2020).

DISCUSSÃO

Aliado a fatores de risco apresentados pelo doente, como a pele macia e/ou friável, a presença de edemas, a idade, a obesidade (Galletto *et al.*, 2020), a desidratação, o estado nutricional, a imobilidade, a agitação em doentes não sedados e a perda de elasticidade da pele (Tan, Cheng, Hassan, He & Wang, 2010; Galletto *et al.*, 2020).

DISCUSSÃO

Lacunas na Formação:

- As equipas têm que apresentar consciencialização sobre a temática, para que seja possível a sua prevenção, quando assim não acontece, a falta de conhecimento vai atuar como fator de risco (Galletto *et al.*, 2020).
- 163 dos participantes (88%) afirmam que o seu treino não foi suficiente para fazer face a uma correta gestão das úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos (Behnammoghadam *et al.*, 2020).
- Enfermeiros com menos formação nesta temática apresentam uma maior incidência de UP nos doentes que estão ao seu cuidado (Kim & Lee, 2019).

DISCUSSÃO

Lacunas na Formação:

A formação apresenta-se como uma fonte de capacitação dos enfermeiros para esta temática, contudo um dos principais problemas encontrados, nas equipas, nesta área de atuação é a resistência que existe para a mudança de comportamentos (Kuniavsky, Vilenchik & Lubanetz, 2019).

DISCUSSÃO

O estudo realizado na Coreia por Kim e Lee (2019), com a participação de 620 enfermeiros, determinou que da totalidade de úlceras por pressão que foram identificadas, 5,48% são úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos (Kim & Lee, 2019).

DISCUSSÃO

Incidência por região anatómica:

- Pavilhão auricular (6,2%);
- Testa (8,8%);
- Bochecha (32,6%);
- Nariz (3,5%);
- Boca (3,5%);
- Pescoço (3,1%);
- Braços (4,4%);
- Mãos (4,4%).

(Kim & Lee, 2019)

DISCUSSÃO

Por dispositivos médicos:

- Colares cervicais (7,5%);
- Meias elásticas e mecanismos de compressão (22,5%);
- Cateter venoso central e linha arterial (5,3%);
- Cateter vesical (1,8%);
- Sonda nasogástrica (17,6%);
- Oxímetro (7%);
- Óculos nasais (11,9%);
- Máscara de VNI (15,9%);
- Tubo endotraqueal e cânula de traqueostomia (4%).

(Kim & Lee, 2019)

DISCUSSÃO

Como Prevenir:

- Evitar a pele edemaciada ou danificada;
- Escolher o tamanho certo do dispositivo médico;
- Utilizar pensos de distribuição de pressão sob o dispositivo;
- Avaliar regularmente a pele sob o dispositivo;
- Capacitação dos enfermeiros para esta temática
- Cuidados de higiene como o momento de eleição para a vigilância da pele;
- A inspeção da pele e alívio direto de pressão a cada duas horas.

(Behnamoghdam *et al.*, 2020 Kim & Lee, 2019; Tan *et al.*, 2020; Kuniavsky, Vilenchik & Lubanetz, 2019; Galetto *et al.*, 2020).

DISCUSSÃO

Boas práticas da euiipa de enfermagem, torna as úlceras por pressão evitáveis na sua maioria, provando ser uma medida preventiva de alta qualidade (Kim & Lee, 2019; Tan *et al.*, 2020; Kuniavsky, Vilenchik & Lubanetz, 2019).

CONCLUSÕES

A formação assume um papel de destaque nesta temática, em função das necessidades dos enfermeiros.

Destacar a importância que os avanços tecnológicos e o acesso a material de tratamento de feridas, fornece na função preventiva, o que faz a diferença na profilaxia das úlceras por pressão.

Seria necessário desenvolver um estudo abrangente em Portugal, de forma a traçar o perfil deste tipo de lesões, a sua incidência e o que alterar em função dos resultados obtidos.

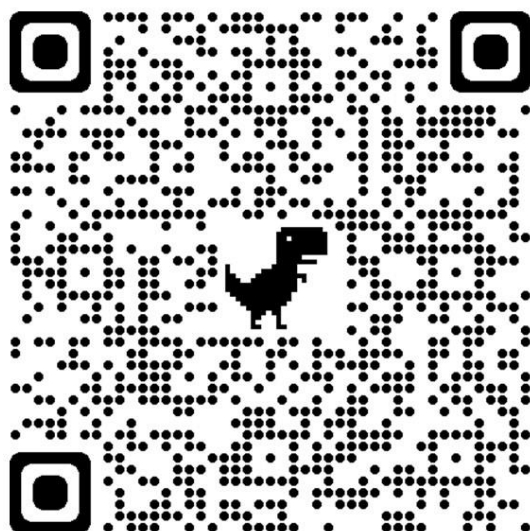
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, P. (2017). Úlceras por Pressão: da Ciência Básica à Prática Clínica. In Parreiras, A. & Marques, R., *Feridas – Manual de Boas Práticas* (1ª Edição, pp. 134 – 153). Lisboa: Lidel.
- Behnamoghdam, M., Fereldouni, Z., Rad, M., Jahanfar, A., Rafiei, H. & Kalal, N. (2020). Nursing Student's Attitudes Toward the Medical Device-Related Pressure Ulcer in Iran. *Chronic Wound Care Management and Research*, 7: 37 – 42. doi: 10.2147/CWCMR.S264576
- Black, J. & Kalowes, P. (2016, agosto). Medical device-related pressure ulcers. *Chronic Wound Care Management and Research*, 2016(3): 91 – 99. doi: <https://doi.org/10.2147/CWCMR.S82370>
- Cavalcanti, E. & Kamada, I. (2020). Lesão por pressão relacionada a dispositivo médico em adultos: revisão integrativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 29: 1 – 14. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0371>
- Correia, N. Cruz, R. & Silva, R. (2020). Viabilidade Tecidual e Tratamento de Feridas. In Pinho, J., *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1ª Edição, pp. 187 – 196). Lisboa: Lidel.
- Coyer, F., Miles, S., Gosley, S., Fulbrook, P., Sketcher-Baker, K., Cook, J. & Whitmore, J. (2016). Pressure injury prevalence in intensive care versus non-intensive care patients: A state-wide comparison. *Austrian Critical Care*, 30(5): 244-250. doi: 10.1016/j.aucc.2016.12.003
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2011, maio). Escala de Braden. Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação n.º 017/2011, Lisboa.
- Galetto, S., Nascimento, E., Hemida, P. & Malfusli, L. (2018). Lesões por Pressão Relacionadas a Dispositivos Médicos: revisão integrativa da Literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2): 505 – 512. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0530>
- Galetto, S., Nascimento, E., Hemida, P., Lazzari, D., Reisdorfer, N. & Busanello, J. (2020). Percepção de profissionais de enfermagem sobre lesões por pressão relacionadas a dispositivos médicos. *Anna Nery School Journal of Nursing*, 25(2): 1 – 8. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0225>
- Gironi, J., Soldara, D., Ramalho, A., Amante, L., Inácio, B. & Silva, B. (2020). Lesão por pressão relacionada a dispositivos: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 93(31): 1 – 10. doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.93-n.31-art.695>
- International Council of Nurses [ICN] (2015). *C/PEB Versão 2015*. In Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemfermeiros.pt/%C3%A1rea-do-enfermeiro/cipe/>
- Joanna Briggs Institute [JBI] (2020a). CRITICAL APPRAISAL TOOLS. In Joanna Briggs Institute [Página Web]. Disponível em: <https://joannabriggs.org/critical-appraisal-tools>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Joanna Briggs Institute [JBI] (2020b). JBI EBP Database Guide. In Joanna Briggs Institute [Página Web]. Disponível em <http://ospguides.ovid.com/OSPGuides/jbidb.htm>
- Kim, J. & Lee, Y. (2019). Medical device-related pressure ulcer (MDRPU) in acute care hospitals and its perceived importance and prevention performance by clinical nurses. *International Wound Journal*, 16(1): 51 – 61. doi: 10.1111/iwj.13023
- Kuniavsky, M., Vitenchik, E. & Lubanetz, A. (2019). Under (less) pressure – Facila pressure ulcer development in ventilated ICU patients: A prospective comparative study comparing two of endotracheal tube fixations. *Revista Intensive & Critical Care Nursing*, 58(6): 1 – 4. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102804>
- Menoita, E. (2020). Úlceras por Pressão Associadas a Dispositivos Médicos em doentes e profissionais de saúde. *Journal of Aging & Innovation*, 9(2): 48-66. doi: 10.36957/jai.2182-696X.v9i2-5
- National Pressure Ulcer Advisory [NPUAP], European Pressure Ulcer Advisory Panel [NPIAP] e Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA] (2014). *Prevenção e Tratamento de úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida*. Cambridge Media: Osborne Park, Austrália.
- National Pressure Ulcer Advisory [NPUAP], European Pressure Ulcer Advisory Panel [NPIAP] e Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA] (2019). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide Rápida*. Emily Haesler (Ed.).
- Parreiras A., Marques R. (2017). *Feridas*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel
- Porritt K., McArthur A., Lockwood C. & Munn Z. (2019). *JBI Handbook for Evidence Implementation*. In Joanna Briggs Institute [Página Web]. Disponível em: <https://wiki.jbi.global/display/JHEI/Downloadable+PDF?preview=62392432/67733019/UMEI-2020August.pdf>
- Santos, C., Nascimento, E., Hemida, P., Silva, T., Galetto, S., Silva, N. & Salum, N. (2020). Boas práticas de enfermagem a pacientes em ventilação mecânica invasiva na emergência hospitalar. *Escola Anna Nery*, 24(2): 1 – 7. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0300>
- Tan, J., Cheng, M., Hassan, N., He, H. & Wang, W. (2020). Nurses' perception and experiences towards medical device-related pressure injuries: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29: 2455 – 2465. doi: 10.1111/jocn.15262
- Torres, R. (2016). *Incidência de Úlceras por Pressão Associadas a Dispositivos Médicos* (Tese de Mestrado em Enfermagem). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.

QUESTÕES??



AVALIAÇÃO

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdq3qBLhzqcF7Wgo05a_qCTkR986vSB_9Q2Tdcz2_ppNUOVA/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0

Apêndice V – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação: UCIP



Avaliação de Sessão de Formação - Prevenção de úlceras por Pressão Associadas a Dispositivos Médicos em Ambiente de Cuidados Intensivos

1 - Insuficiente | 2 - Suficiente | 3 - Bom | 4 - Muito Bom

*Obrigatório

CONTEÚDO *

	Coluna 1	Coluna 2	Coluna 3	Coluna 4
Util e adequado à minha função que desempenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O conteúdo tem aplicação na minha função	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promove o meu desempenho profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contribui para a melhoria do meu desenvolvimento profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comente

A sua resposta

MÉTODO E MEIOS *

	Coluna 1	Coluna 2	Coluna 3	Coluna 4
Os meios utilizados foram os adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meios utilizados promoveram a compreensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O método utilizado facilitou a aquisição de conhecimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comente

A sua resposta

ORGANIZAÇÃO *

	Coluna 1	Coluna 2	Coluna 3	Coluna 4
A duração foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A exposição foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As expectativas foram atingidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comente

A sua resposta

FORMADOR *	Coluna 1	Coluna 2	Coluna 3	Coluna 4
Foi claro na sua exposição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soube cativar os participantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demonstrou ter conhecimento sobre o tema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comente

A sua resposta _____

SUGESTÕES

A sua resposta _____

Apêndice VI – Resumo “Prevenção de úlceras Por Pressão Associadas a Dispositivos Médicos em Ambiente de Cuidados Intensivos”: UCIP

PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO ASSOCIADAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS EM AMBIENTE DE CUIDADOS INTENSIVOS

PREVENTION OF PRESSURE ULCERS ASSOCIATED WITH MEDICAL DEVICES IN AN INTENSIVE CARE ENVIRONMENT

Filipe Brás¹, Adriano Pedro²

¹Enfermeiro Pós-Graduado em Feridas e Viabilidade Tecidual e Gestão em Saúde. Enfermeiro na Unidade de Longa Duração e Manutenção e Unidade de Convalescença do Centro Social e Paroquial de São Tiago de Urra, Portalegre, Portugal. Estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em situação crítica. Email: filipe.bras.94@mail.com. ORCID: 0000-0003-4460-2874

²Professor Adjunto. Escola Superior de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal. Nurse'in – UIESI. ORCID: 0000-0001-9820-544X

Resumo

As úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos, apresentam-se como um problema de relevo quando se aborda a temática do doente crítico em contexto de cuidados intensivos, uma vez que, se pressupõe a utilização de muitos, e dos mais variados dispositivos médicos para o seu processo de tratamento. **Objetivo:** Perceber a perceção dos enfermeiros para esta temática e como atuar em função da prevenção das úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos. **Métodos:** Consiste numa revisão integrativa da literatura, através da metodologia PICO, que permitiu formular a questão de investigação: “Qual o papel do enfermeiro na prevenção e avaliação de úlceras por pressão associadas a dispositivos médicos?”. Recorrendo aos motores de busca B-on e EBSCOhost, e aplicando os critérios de inclusão e exclusão, foi possível determinar os artigos a seleccionar. **Resultados:** Através da aplicação dos critérios de ilegitimidade e qualidade metodológica, resultou uma seleção de 6 artigos incluídos na revisão. **Conclusões:** É visível que ainda existe uma grande incidência de lesões por pressão devido à utilização dos dispositivos médicos, o que deve despertar a atenção de todos para as medidas preventivas a ter em conta na tentativa de manutenção da integridade do tecido tegumentar.

Palavras-chave: Cuidados Intensivos; Cuidados de Enfermagem; Dispositivos Médicos; Lesão por Pressão

Abstrat

Pressure ulcers associated with medical devices are a major problem when addressing the issue of critically ill patients in the context of intensive care, since it presupposes the use of many and the most varied medical devices for their treatment process. **Objective:** To understand the nurses perception of this theme and how to act in terms of the prevention of pressure ulcers associated with medical devices. **Methods:** It consists of an integrative literature review, using the PICO methodology, which allowed the formulation of the research question: “What is the role of nurses in the prevention and evaluation of pressure ulcers associated with medical devices?”. Using the search engines B-on and EBSCOhost, and applying the inclusion and exclusion criteria, it was possible to determine the articles to be selected. **Results:** By applying the eligibility and methodological quality criteria, there was a selection of 6 articles included in the review. **Conclusions:** It is clear that there is still a high incidence of pressure injuries due to the use of medical devices, which should draw everyone's attention to preventive measures to be taken into account in an attempt to maintain the integrity of the integumentary tissue.

Keywords: Critical Care; Nursing Care; Medical Devices; Pressure Ulcer

Apêndice VII – Norma em Serviço: SU

1. OBJETIVO

Promover a uniformização das intervenções de enfermagem a realizar ao doente crítico vítima de trauma.

2. CONTEXTO

O trauma apresenta-se aos dias de hoje como um problema de saúde pública que afeta todos os países na sua globalidade⁽¹⁾, e Portugal não é exceção, sendo o trauma um problema maior⁽²⁾. Como resultado direto do número de casos de trauma nos grandes centros urbanos, temos o consumo excessivo de drogas o que provoca um aumento dos casos de violência, as ações terroristas e de guerra e os acidentes de viação⁽¹⁾. No que diz respeito aos países em vias de desenvolvimento, os eventos de trauma estão relacionados com o aumento do número de estradas, o que leva a um aumento dos veículos em circulação, causando mais acidentes de trânsito (estes representam 90% do total de acidentes de trânsito registados em todo o mundo), e juntamente com os acidentes industriais, perfaz as grandes causas de trauma⁽¹⁾.

São registadas 16 mil mortes diárias provocadas por ferimentos que resultaram de um evento traumático. Por cada morte registada, verifica-se que existem milhares de pessoas que ficam com sequelas permanentes de ferimentos que não conduziram à morte, o que representa 16% da carga global de doença⁽³⁾.

3. FUNDAMENTAÇÃO

Os Serviços de Urgência são caracterizados por serem multidisciplinares e multiprofissionais que apresentam como objetivo a prestação de cuidados de saúde perante situações complexas de urgência e/ou emergência. O que nem sempre se verifica, pois, Portugal apresenta-se como sendo "(...) um dos países da Europa com maior número de episódios de urgência por 100000 habitantes, sendo que, em vários anos, fomos mesmo o país em que este número foi mais elevado."⁽⁴⁾

É possível verificar, que para a população, os Serviços de Urgência funcionam como uma porta sempre aberta para dar resposta a todas as situações de doença, o que não é verdade. Nesta perspetiva, é importante perceber que existem zonas do país

Otimização das intervenções de enfermagem
no doente crítico vítima de trauma

como maior afluência ao Serviço de Urgência que outras, o que pode estar relacionado com a civildade da população e com a falta de oferta dos cuidados de saúde primários⁽⁴⁾.

Para mais fácil entendimento, o serviço de urgência tem a sua área de emergência, onde são prestados cuidados aos doentes que apresentem maior gravidade na sua avaliação inicial, o que pode indicar um quadro de falência, o que se traduz como um risco à manutenção da vida⁽¹⁾. Desta forma, é necessário que exista um local onde se possa concentrar todos os recursos possíveis para uma rápida atuação nos doentes com maiores critérios de gravidade, sendo o local de excelência a sala de emergência^(1, 2).

A existência de uma sala de emergência apenas direcionada às pessoas vítimas de trauma não se apresenta como sendo necessário, uma vez que, o paradigma de atuação deve estar centrado no doente, onde é o médico a ir ao doente e não o contrário, sendo vital a observação por parte das diferentes especialidades médicas que possam ter a necessidade de intervir⁽¹⁾. Surge igualmente destacada, a necessidade de que a sala de emergência seja da responsabilidade dos clínicos que mais aptos estão a lidar com estes tipos de doentes, em particular aos médicos dos cuidados intensivos. Não só pelo quadro de gravidade que o doente apresenta, mas pela necessidade que pode existir em encaminhar o doente para unidades de cuidados intensivos, ficando assim o processo agilizado^(1, 5).

Neste contexto os profissionais que da equipa multidisciplinar fazem parte, devem ser profissionais dedicados e empenhados na sua relação com o serviço de urgência, pois só assim é possível que exista evolução e melhoria na prestação de cuidados^(1, 5). Apresentando-se a chefia como determinante na condução dos processos de melhoria e evolução do próprio serviço, tendo em conta que estes devem fazer parte do serviço, com estreita relação entre o serviço e a equipa e devem promover a formação avançada em urgência, com especial foco na abordagem da pessoa vítima de trauma^(1, 2, 5, 6, 7, 8).

Outro aspeto que surge como sendo de grande importância é a utilização dos registos para discriminação dos cuidados prestados e das atividades desenvolvidas na abordagem feita à pessoa vítima de trauma, juntamente com os instrumentos de avaliação aplicados^(1, 2, 5, 7, 8). A equipa de enfermagem tem que procurar ativamente participar em todas as fases da abordagem à pessoa vítima de trauma, tendo a capacidade de identificar as necessidades formativas e as barreias que ainda possam existir^(5, 6).

Desta forma, segue o algoritmo do exame ao utente perante o evento traumático que foi vivenciado, esquematizando as etapas a seguir durante o processo de abordagem à vítima de trauma.

4. DESCRIÇÃO

De forma a uniformizar alguns conceitos é necessário que todos saibam do que se trata quando surge a necessidade da sua utilização na aplicação da abordagem ao doente crítico vítima de trauma.

SALA DE EMERGÊNCIA (SE):

É a estrutura orgânica destinada e pensada para receber todos os doentes críticos que tenham instabilidade e compromisso vital, nomeadamente os doentes vítimas de trauma, onde se reúne toda a equipa multidisciplinar para a prestação de cuidados emergentes à vítima. Esta estrutura orgânica está equipada com todos os mecanismos e instrumentos necessários para uma rápida atuação perante o doente instável, permitindo uma atuação rápida e eficaz do ponto de vista logístico e de recursos materiais necessários^(1, 7, 8).

TIPOS DE TRAUMA:

- **Trauma Fechado:** resulta de forças de deslizamento, compressão e tensão/estiramento que afetam os órgãos internos pelas várias forças envolvidas no evento traumático. Podemos estar perante colisões (desacelerações horizontais rápidas), quedas (desacelerações verticais rápidas) e a aplicação de força por objetos (transferência de energia de objetos contusos)⁽¹⁾.
- **Trauma Penetrante:** resulta da aplicação de energia cinética num determinado objeto (como é o caso de uma arma de fogo ou uma arma branca) com capacidade de penetrar estruturas corporais. É importante ter em atenção todo o enquadramento do evento traumático, pois podemos encontrar lesões nos tecidos no local de entrada do objeto, na sua via de penetração e no local de saída do mesmo⁽¹⁾.

Otimização das intervenções de enfermagem
no doente crítico vítima de trauma

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS):

A GCS é um índice que permite a quantificação do nível de consciência do doente perante um trauma cerebral ou alteração hemodinâmica. É uma ferramenta fácil de utilizar e de aplicação em contexto de trauma, que permite avaliar a reação perante estímulos como na abertura ocular, na resposta verbal e na resposta motora. Podendo sofrer limitações na sua aplicação prática como é o caso da aplicação da estimulação para a resposta verbal em doentes ventilados⁽⁶⁾.

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 retirada à dor	4
Sem resposta	1	incompreensível	2	Flexão anormal à dor (descorticado)	3
		Sem resposta	1	Extensão anormal à dor	2
				Sem resposta	1

Aplicação do GCS em função da resposta⁽⁶⁾

SEQUÊNCIA ABCDE:

A abordagem da vítima de trauma deve ser feita de forma cuidada, estruturada e sistemática, para garantir que todos os fatores que possam comprometer o normal funcionamento orgânico e a manutenção da vida são despistados e rapidamente identificados, atuando sobre eles garantido uma maior taxa de sucesso na abordagem à vítima. Para este fim, é utilizado a sequência ABCDE (não deve demorar mais de 20 min. na sua aplicação), que permite a sua rápida identificação e resolução.

- A – Via aérea com controlo cervical;
- B – Ventilação e oxigenação;
- C – Circulação com identificação e controlo de hemorragia;
- D – Estado neurológico;
- E – Exposição com controlo de temperatura^(1, 7).

MNEMÓNICA CHAMU:

Nem sempre é possível determinar o mecanismo de lesão com a colaboração da vítima, pelo que se torna necessário fazer essa recolha de informação junto da família e/ou das equipas do pré-hospitalar através da aplicação de mnemónicas criadas para o efeito, como é o caso da CHAMU:

Circunstâncias em que se deu o incidente;

História de doenças do doente;

Alergias;

Medicação habitual (e quando foi tomada);

Última refeição (há quanto tempo foi ingerida e qual a tipologia)⁽¹⁾.

A aplicação da mnemónica CHAMU também tem como objetivo ajudar na avaliação secundária do doente vítima de trauma.

5. REGISTOS

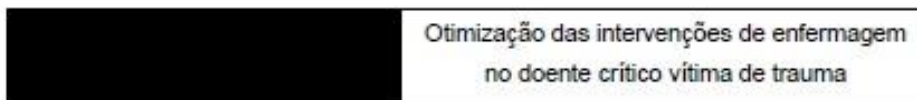
Como forma de mitigação dos erros que possam surgir durante o processo de abordagem à pessoas vítimas de trauma, é necessário um correto processo de registo. Desta forma, é passível a compilação de toda a informação sobre os cuidados prestados a pessoa vítima de trauma num só documento, que seja de consulta rápida e de fácil acesso a todos os profissionais de saúde durante a prestação dos cuidados.

Em anexo, fica a proposta de um guia orientador de preenchimento rápido e intuitivo possível de ser usado em contexto de sala de emergência, que visa a compilação da informação pertinente sobre o utente e as técnicas desempenhadas em função das suas necessidades reais perante o evento traumático vivido.



6. BIBLIOGRAFIA

1. Bessa, J. (2021). Pessa a Vivenciar uma situação de Trauma. In Coimbra, N., *Enfermagem de Urgência e Emergência* (1ª Edição, pp. 227 – 348). Lisboa: Lidel.
2. Massada, S. (2000, outubro). Plano Estratégico de Implementação in Sistemas de Cuidados em Trauma da Região Norte de Portugal. Porto.
3. Mock C, Lormand JD, Goosen J, Joshipura M & Peden M. (2004). Guidelines for essential trauma care in World Health Organization [WHO]. Geneva.
4. Machado, H. (2021). Organização e Gestão no Serviço de Urgência. In Coimbra, N., *Enfermagem de Urgência e Emergência* (1ª Edição, 3 – 12). Lisboa: Lidel.
5. Paiva, J., Silva, A., Almeida, A., Seco, C., Gomes, C., Ribeiro, E., Luís, F., Pedrosa, J., Félix, M., Oliveira, M., Mota, P., Nicola, P., Silva, R., Pedro, J., Prata, M., Gaspar, M., Costa, R., Almeida, S. & Gouveia, V. (2012, fevereiro). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência in Relatório CRRNEU. Portugal.
6. Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L. & Príncipe, F. (2020, junho) Perspetiva do Enfermeiro em Leração à Via Verde Trauma in *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2020(1): 55 – 66. doi: <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>
7. Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010, março). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO, Lisboa.
8. Massada, S., Marques, A., Mesquita, C., Luís, F., Farias, J., Sousa, J., Mineiro, J., Freitas, P., Melo, R., Cruzeiro, C., Murta, J., Pedro, L. & Cardoso, M. (2009). Normas de Boa Prática em Trauma in Ordem dos Médicos [OM], Grupo de Trabalho de Trauma Competências em Emergência Médica. Portugal.
9. Alson, R., Han, K. & Campbell, J. (2020). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers* (9ª. Edição). United States of America.



Anexo – Registo na abordagem à pessoa vítima de Trauma

Otimização das intervenções de enfermagem
no doente crítico vítima de trauma

ETIQUETA DO UTENTE

Triagem:

- Vermelho
 Amarelo

Hora da Ocorrência: __: __h

Hora de Entrada na Sala de Emergência (SE): __: __h

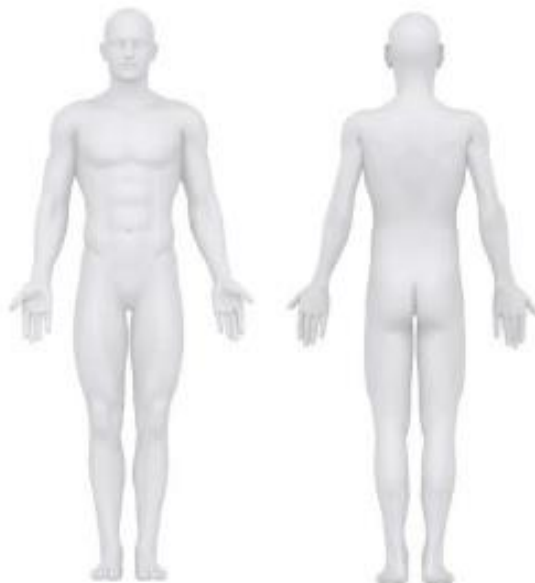
Proveniência: _____ Encaminhado por: _____

Origem do Trauma: _____

Tipo de Trauma: Trauma Fechado Trauma Penetrante Ambos

Medicação/Fluidos Pré-hospitalar: _____

Localização do Trauma:



Descrição:

Escala de Coma de Glasgow (ECG):

Score do Pré-hospitalar: _____

Score na SE: _____

	Otimização das intervenções de enfermagem no doente crítico vítima de trauma
--	---

Sinais Vitais:

	Pré-hospitalar	SE					
TA							
FC							
FR							
SpO ₂							
Temp.							
Dor							
Glicemia Capilar							

Exames Complementares de Diagnóstico: _____

Dispositivos Médicos: _____

Medicação/Fluidos SE: _____

ABCDE:

A	
B	
C	
D	
E	

CHAMU:

C	
H	
A	
M	
U	

DAV: Sim Não Quais: _____

Hora de Saída SE: ____:____ h Destino: _____

Apêndice VIII – Plano de sessão de formação em serviço: SU

Local: Serviço de Urgência de um Hospital Distrital do Alentejo

Título: Otimização das intervenções de enfermagem no doente crítico vítima de trauma

Grupo: Enfermeiros

Data: s.d.

Hora: s.h.

Duração: 60 minutos

Preletor: Filipe Brás

Objetivos:

Objetivo geral:

- Promover a uniformização das intervenções de enfermagem a realizar ao doente crítico vítima de trauma.

Objetivos específicos:

No final da sessão, os formandos devem saber:

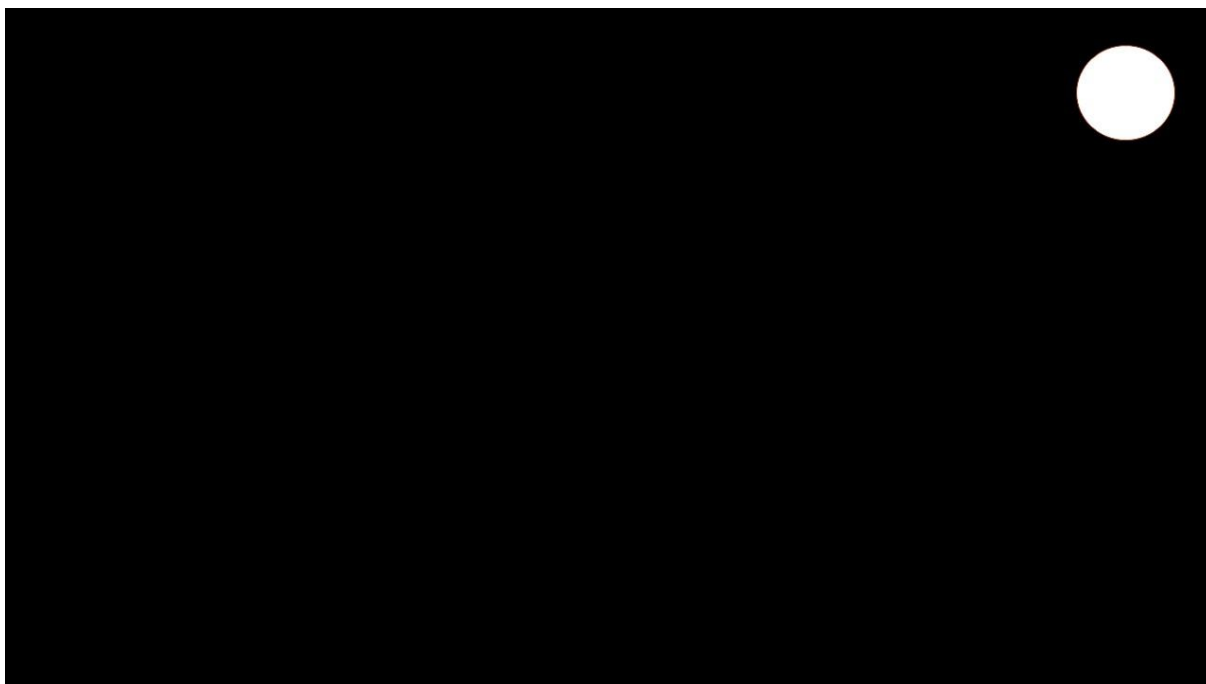
- Rever conceitos sobre trauma e abordagem a vítimas de trauma;
- Reconhecer os fatores que são apresentados na literatura como facilitadores de uma correta abordagem às vítimas de trauma;
- Identificar as intervenções de enfermagem necessárias para a promoção de uma correta comunicação em trauma;
- Identificar as estratégias necessárias para minimizar as complicações associadas a uma comunicação ineficaz em trauma;
- Conhecer o funcionamento do instrumento de trauma e como proceder ao seu preenchimento.

Conteúdos	Métodos/Técnicas de Ensino	Meios Auxiliares de Ensino	Duração
-----------	----------------------------	----------------------------	---------

1. Introdução	Apresentação do preletor	Expositivo	Computador/Multimédia	+/- 5 min
	Apresentação do tema da sessão	Expositivo	Computador/Multimédia	
	Exposição do objetivo geral e dos objetivos específicos da sessão	Expositivo	Computador/Multimédia	
2. Desenvolvimento	Apresentação da metodologia	Expositivo	Computador/Multimédia	+/- 5 min
	Apresentação dos Resultados	Expositivo	Computador/Multimédia	+/- 10 min
	Apresentação do instrumento de registo	Expositivo	Computador/Multimédia	+/- 20 min
	Discussão	Expositivo	Computador/Multimédia	+/- 15 min
3. Conclusão	Exposição das ideias chave da sessão	Expositivo	Computador/Multimédia	+/- 5 min
	Esclarecimento de dúvidas	Interrogativo	Formandos	
4. Avaliação	Aplicação do Questionário	Expositivo	Computador/Multimédia /Google forms	+/- 5 min
	O questionário aplicado será elaborado para fazer uma avaliação de qualidade da sessão de formação em serviço.			

Observações	
--------------------	--

Apêndice IX – Apresentação PowerPoint (método de exposição): SU



**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



ES
Escola Superior Saúde
IPortalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

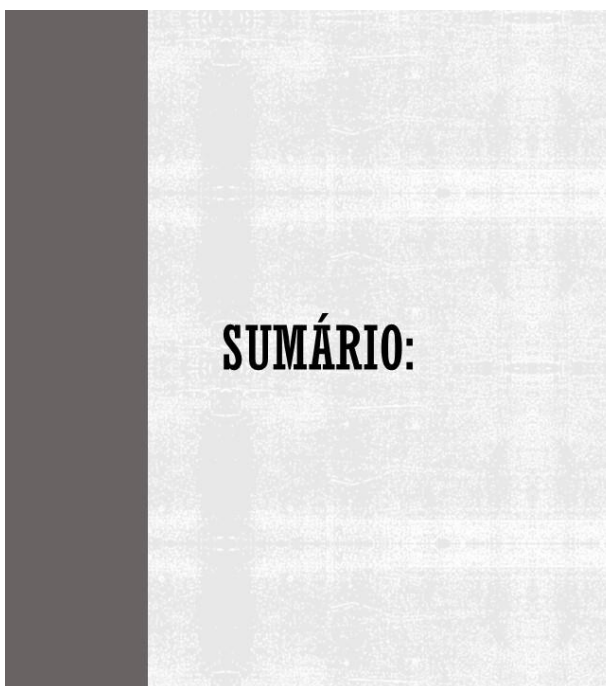
**OTIMIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES
DE ENFERMAGEM NO DOENTE
CRÍTICO VÍTIMA DE TRAUMA**

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente da Unidade Curricular: Prof. Dr. Adriano Pedro

Filipe Brás 47002





Objetivos

Introdução

Metodologia

Resultados

Discussão

Projeto de Intervenção

Conclusão

Referencias Bibliográficas



Objetivo geral:

- Promover a uniformização das intervenções de enfermagem a realizar ao doente crítico vítima de trauma.

Objetivos específicos:

- Realizar uma revisão integrativa da literatura sobre a abordagem à vítima de trauma;
- Identificar áreas de melhoria continua no serviço de urgência;
- Identificar as intervenções de enfermagem necessárias para uma correta abordagem à vítima de trauma;
- Identificar as estratégias necessárias para promover uma abordagem de alta qualidade à vítima de trauma;
- Construir instrumentos que permitam a capacitação e melhoria da prestação de cuidados de enfermagem.





- Os Serviços de Urgência são caracterizados por serem multidisciplinares e multiprofissionais que apresentam como objetivo a prestação de cuidados de saúde perante situações complexas de urgência e/ou emergência.
- Portugal apresenta-se como sendo “(...) um dos países da Europa com maior número de episódios de urgência por 100000 habitantes, sendo que, em vários anos, fomos mesmo o país em que este número foi mais elevado.” (Machado, 2021: 3).

INTRODUÇÃO



- O trauma apresenta-se aos dias de hoje como um problema de saúde pública que afeta todos os países na sua globalidade (Bessa, 2021), e Portugal não é exceção, sendo o trauma um problema major (Massada, 2000).
- São registadas 16 mil mortes diárias provocadas por ferimentos que resultaram de um evento traumático. Por cada morte registada, verifica-se que existem milhares de pessoas que ficam com sequelas permanentes de ferimentos que não conduziram à morte, o que representa 16% da carga global de doença (Mock, Lormand, Goosen, Joshipura & Peden, 2004).

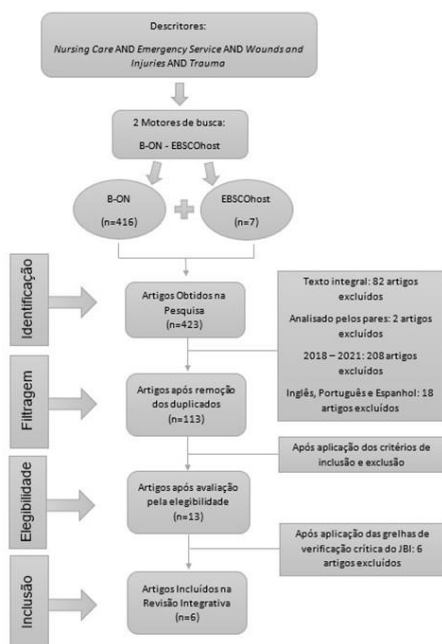
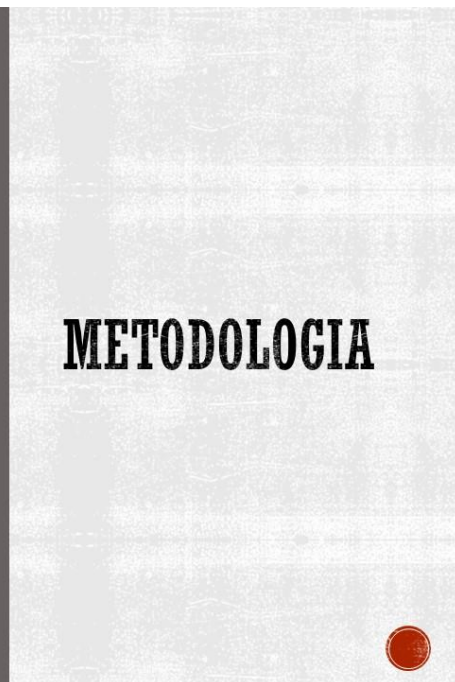
INTRODUÇÃO



- É necessário que exista um local onde se possa concentrar todos os recursos possíveis para uma rápida atuação nos doentes com maiores critérios de gravidade, sendo o local de excelência a sala de emergência (Bessa, 2021; Massada, 2000).
- Outro aspeto que surge como sendo de grande importância é a utilização dos registos para discriminação dos cuidados prestados e das atividades desenvolvidas na abordagem feita à pessoa vítima de trauma, juntamente com os instrumentos de avaliação aplicados (Bessa, 2021; Massada, 2000; Paiva, *et al.*, 2012; DGS, 2010; Massada, *et al.*, 2009).

INTRODUÇÃO







RESULTADOS

Foram selecionados 6 artigos



Níveis de Evidência -
JBI



Listas de Verificação de
Avaliação Crítica - JBI



- É importante ter em conta que a taxa de mortalidade tem relação direta com o tipo de mecanismo de trauma, e tem forte relação com o tipo de população que o centro de trauma serve, como é o caso da idade da população (Höke, Usul & Ozkan, 2021).
- Idealmente devia ser feito um estudo demográfico da população que irá utilizar o serviço de urgência de forma a preparar os recursos necessários para a sua população-alvo (Gosnell & Slivinki, 2021).



- A equipa de enfermagem, ocupa um lugar de destaque no posicionamento que a mesma ocupa perante a identificação das fragilidades, desde o momento da admissão. Permitindo uma identificação precoce das fragilidades o que direciona e especifica as intervenções a seguir com impacto positivo na saúde e recuperação a longo prazo (Jarman, Crouch, Baxter, Wang, Pexk, Sivapathasuntharam, Jennings & Cole, 2021).



- Determinou-se na literatura que os aspetos mais determinantes a ter em conta são: equipas de trauma e liderança, registo em trauma, aplicação de instrumentos de avaliação e a relação com a família e/ou cuidador.



Equipa de trauma e liderança

- A equipa de enfermagem também deve ter elementos com conhecimentos avançados em cuidados intensivos e urgência, e com formação avançada em trauma. O que garante prestadores de cuidados diferenciados e experientes na atuação de um trauma agudo e posteriormente no seu seguimento durante o internamento (Paiva, *et al.*, 2021; Almeida, *et al.*, 2020; Gosnell & Slivinski, 2021).



Registo em Trauma

- Deve existir uma equipa destacada para os registos de trauma, ou seja, durante a prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma os elementos da equipa devem registar o que está a acontecer. O papel da equipa de registo é validar e confirmar esses dados com a criação de relatórios, de forma a garantir que os protocolos de qualidade estão a ser implementados e detetar lacunas que necessitam ser corrigidas (Bessa, 2021; Paiva, *et al.*, 2012; Gosnell, Slivinski, 2021).



Aplicação de Instrumentos de Avaliação

- Existe um grande conjunto de instrumentos de avaliação que podem ser aplicados à pessoa vítima de trauma na sua fase aguda. Cada equipa multidisciplinar tem que fazer essa seleção em função da sua população-alvo e das suas necessidades, o que permite a aplicação do instrumento de avaliação mais adaptado a cada realidade e que melhor respostas possa oferecer.



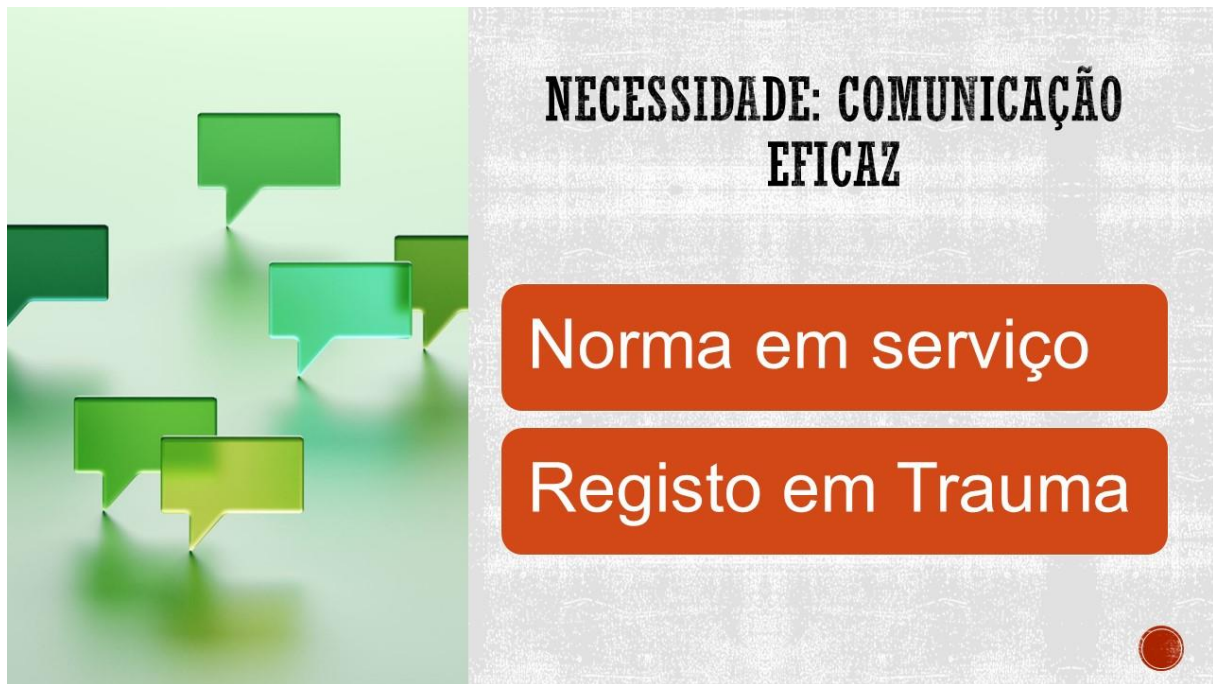
Relação com a Família e/ou cuidador

- Na fase aguda é necessário que exista a capacidade de prever o resultado ao nível individual, de forma a facilitar a comunicação com as famílias em relação ao resultado esperado e prognóstico na determinação de objetivos dos cuidados (Meagher, et al., 2019).



PROJETO DE INTERVENÇÃO





ETIQUETA DO UTENTE

Triagem:
 Vermelho
 Amarelo

Hora da Ocorrência: ___:___h Hora de Entrada na Sala de Emergência (SE): ___:___h

Proveniência: _____ Encaminhado por: _____

Origem do Trauma: _____

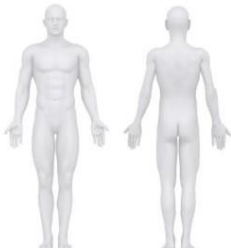
Tipo de Trauma: Trauma Fechado Trauma Penetrante Ambos

Medicação/Fluidos Pré-hospitalar: _____

Localização do Trauma:

Descrição:

Escala de Coma de Glasgow (ECG):
Score do Pré-hospitalar: _____ Score na SE: _____



The form includes a box for the patient label, triage options, and fields for occurrence and emergency room entry times. It also has fields for origin, type of trauma, and pre-hospital medication. A section for trauma localization includes two human figures and a list of lines for description. The Glasgow Coma Scale section includes fields for pre-hospital and emergency room scores.



ETIQUETA DO UTENTE

Triagem:
 Vermelho
 Amarelo

Hora da Ocorrência: ___:___h Hora de Entrada na Sala de Emergência (SE): ___:___h

Proveniência: _____ Encaminhado por: _____

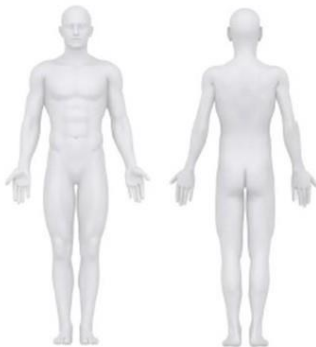
Origem do Trauma: _____

Tipo de Trauma: Trauma Fechado Trauma Penetrante Ambos

Medicação/Fluidos Pré-hospitalar: _____



Localização do Trauma:



Descrição:

Escala de Coma de Glasgow (ECG):

Score do Pré-hospitalar: _____ Score na SE: _____



Sinais Vitais:

	Pré-hospitalar	SE					
TA							
FC							
FR							
SpO ₂							
Temp.							
Dor							
Glicemia Capilar							

Exames Complementares de Diagnóstico: _____

Dispositivos Médicos: _____

Medicação/Fluidos SE: _____

ABCDE:

A	
B	
C	
D	
E	

CHAMU:

C	
H	
A	
M	
U	

DAV: Sim Não Quais: _____

Hora de Saída SE: ____:____h Destino: _____



Sinais Vitais:

	Pré-hospitalar	SE					
TA							
FC							
FR							
SpO ₂							
Temp.							
Dor							
Glicemia Capilar							

Exames Complementares de Diagnóstico: _____

Dispositivos Médicos: _____

Medicação/Fluidos SE: _____



ABCDE:

A	
B	
C	
D	
E	

CHAMU:

C	
H	
A	
M	
U	

DAV: Sim Não Quais: _____

Hora de Saída SE: ____:____ h Destino: _____



CONCLUSÕES

- Existem fatores determinantes para a condução de um correto protocolo de atuação em trauma no serviço de urgência. A sua gestão e correta aplicação permite por parte da equipa e da sua chefia assegurar uma correta abordagem à pessoa vítima de trauma desde o momento da admissão no serviço de urgência.
- Os profissionais de saúde devem estar dispostos a promover a formação científica contínua, de forma a melhorar as suas capacitações através de novas ferramentas que possam ser uteis na aplicação em contexto real de trauma.
- Importa destacar a correta utilização dos registos em trauma como uma ferramenta que permite a validação das intervenções realizadas à vítima de trauma, mas acima de tudo, que permita monitorizar a atividade de gestão de eventos traumáticos.
- É importante que a prática de enfermagem enquanto disciplina do saber, tenha sempre em linha de conta a preocupação em realizar atualização dos conhecimentos mais recentes e validar a sua prática, como uma prática baseada na evidência.



Bessa, J. (2021). Pessa a Vivenciar uma situação de Trauma. In Coimbra, N., *Enfermagem de Urgência e Emergência* (1ª Edição, pp. 227 – 348). Lisboa: Lidel.

Massada S. (2000, outubro). Plano Estratégico de Implementação in Sistemas de Cuidados em Trauma da Região Norte de Portugal. Porto.

Mock, C, Lormand, J.D, Goosen, J, Joshipura, M & Peden, M. (2004). Guidelines for essential trauma care in World Health Organization (WHO). Geneva.

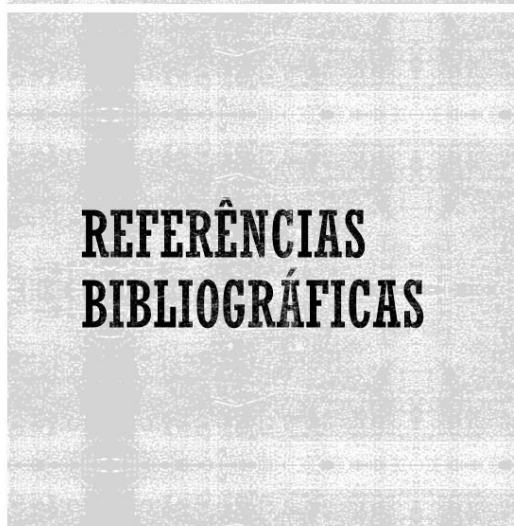
Paiva, J., Silva, A., Almeida, A., Seco, C., Gomes, C., Ribeiro, E., Luís, F., Pedrosa, J., Félix, M., Oliveira, M., Mota, P., Nicola, P., Silva, R., Pedro, J., Prata, M., Gaspar, M., Costa, R., Almeida, S. & Couveia, V. (2012, fevereiro). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência in Relatório CRRNEU, Portugal.

Almeida, A., Ribeiro, C., Pass, P., Mota, L. & Príncipe, F. (2020, junho) Perspetiva do Enfermeiro em Leração à via Verde Trauma in *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2020(1): 55–66. doi: <https://doi.org/10.37914/nis.v3i1.174>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010, março). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Circular Normativa n.º 07/DGS/DQCC, Lisboa.

Massada, S., Marques, A., Mesquita, C., Luís, F., Farias, J., Sousa, J., Mineiro, J., Freitas, P., Melo, R., Cruzeiro, C., Murta, J., Pedro, L. & Cardoso, M. (2008). Normas de Boa Prática em Trauma in Ordem dos Médicos [OM], Grupo de Trabalho de Trauma Competências em Emergência Médica, Portugal.

Porritt, K., McArthur, A., Lockwood, C. & Munn, Z. (2019). *JBI Handbook for Evidence Implementation*. In Joanna Briggs Institute [Página Web]. Disponível em: <https://wiki.jbi.org/global/display/JBI/Downloadable+PDF?preview=62392432/67733019/JBI-EI-2020August.pdf>



Joanna Briggs Institute [JBI] (2020a). CRITICAL APPRAISAL TOOLS. In Joanna Briggs Institute [Página Web]. Disponível em: <https://joannabriggs.org/critical-appraisal-tools>

Joanna Briggs Institute [JBI] (2020b). JBI EBP Database Guide. In Joanna Briggs Institute [Página Web]. Disponível em <http://ospguides.ovid.com/OSPGuides/jbibd.htm>

Gosnell, J. & Slivinski, A. (2021). The Building Blocks to a Highly Effective Trauma Program in *Journal of Trauma Nursing*, 2021(2): 126 – 134. doi: 10.1097/JTN.0000000000000570

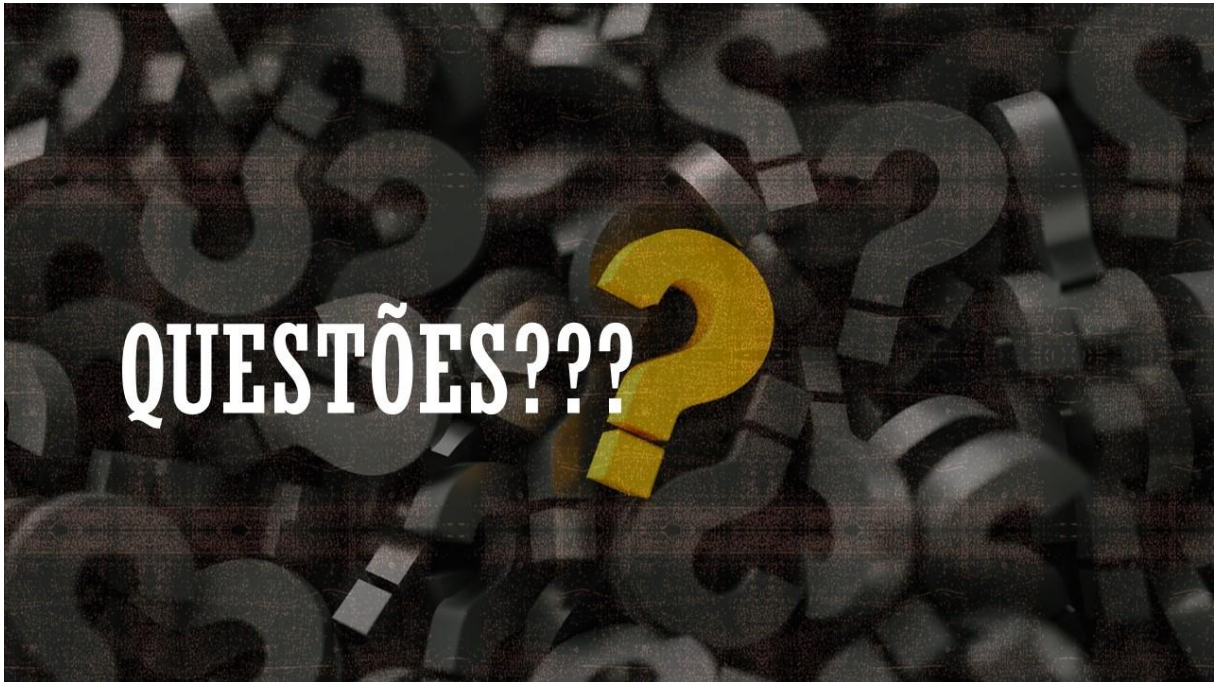
Höke, M., Usul, E. & Ozkan, S. (2021) Comparison of Trauma Severity Scores (ISS, NISS, RTS, BIG Score, and TRISS) in Multiple Trauma Patients in *Journal of Trauma Nursing*, 2021(2): 100 – 106. doi: 10.1097/JTN.0000000000000567

Meagher, A., Lin, A., Mendel, S., Bulger, E. & Newgard, C. (2019). A Comparison of Scoring Systems for Predicting Short and Long-term Survival After Trauma in Older Adults in *Academic Emergency Medicine*, 2019(6): 621 – 630. doi: 10.1111/ajem.13727

Stawicki, S., Habeeb, K., Martin, N., O'Mara, M., Cipolla, J., Evans, D., Boulger, C., Sarani, B., Cook, C., Gupta, A., Hoff, W., Thomas, P., Jordan, J., Guo, W. & Seamom, M. (2018). A seven-center examination of the relationship between monthly volume and mortality in trauma: a hypothesis-generating study in *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 2029(45): 281 – 288. doi: <https://doi.org/10.1007/s00068-018-0904-0>

Jarman, H., Crouch, R., Baxter, M., Wang, C., Pexk, G., Sivapathasuntharam, D., Jennings, C. & Cole, E. (2021). Feasibility and accuracy of ED frailty identification in older trauma patients: a prospective multi-centre study in *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine*, 2021(1): 29 – 54. doi: <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00868-4>

Bethea, A., Samanta, D., White, T., Payne, N. & Hardway (2019). Nurse Practitioners' Role in Improving Service for Elderly Trauma Patients in *Journal of Trauma Nursing*, 2019(4): 174 – 179. doi: 10.1097/JTN.0000000000000445



AVALIAÇÃO



<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScxMWHDukuZLreTjDKhXw8ZmuPCGIJ-SbdxJkp5h4gBiO-iNg/viewform?vc=0&c=0&w=1&fir=0>

Apêndice X – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação: SU



Formulário de Avaliação Sessão de Formação - Otimização das intervenções de enfermagem no Doente crítico vítima de trauma

1 - Insuficiente | 2 - Suficiente | 3 - Bom | 4 - Muito Bom

CONTEÚDO *

	1	2	3	4
Util e adequado à minha função que desempenho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O conteúdo tem aplicação na minha função	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promove o meu desempenho profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contribui para a melhoria do meu desenvolvimento profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTE

A sua resposta

APLICAÇÃO *

	Sim	Não
Considera o instrumento de registo apresentado util para o desempenho profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compreende a correta utilização do instrumento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considera a aplicação do instrumento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considera que o instrumento é util na abordagem á vítima de trauma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apresentaria alguma melhoria ao instrumento apresentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTE *

A sua resposta

MÉTODO E MEIOS *	1	2	3	4
Os meios utilizados foram os adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meios utilizados promoveram a compreensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O método utilizado facilitou a aquisição de conhecimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMENTE *

A sua resposta _____

ORGANIZAÇÃO *	1	2	3	4
A duração foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A exposição foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As expectativas foram atingidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMENTE

A sua resposta _____

FORMADOR *	1	2	3	4
Foi claro na sua exposição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soube cativar os participantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demonstrou ter conhecimento sobre o tema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMENTE

A sua resposta

SUGESTÕES

A sua resposta

Enviar Limpar formulário

Apêndice XI – Resumo “Procedimentos Facilitadores de uma Correta Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma”: SU

PROCEDIMENTOS FACILITADORES DE UMA CORRETA ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA

FACILITATING PROCEDURES FOR A CORRECT APPROACH TO TRAUMA VICTIMS

Filipe Brás¹, Adriano Pedro²

¹ Enfermeiro Pós-Graduado em Feridas e Viabilidade Tecidual e Gestão em Saúde. Enfermeiro no Serviço de Medicina Interna e Serviço Covid-19, ULSNA, EPE, Portalegre, Portugal. Estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em situação crítica. Email: filipe.bras.94@mail.com. ORCID: 0000-0003-4460-2874

² Professor Adjunto. Escola Superior de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal. Nurse'in – UIESI. ORCID: 0000-0001-9820-544X

Resumo

As situações de trauma representam uma séria preocupação de saúde pública em Portugal e no mundo. É necessário contrariar esta tendência, mas acima de tudo é importante promover uma correta gestão na abordagem à pessoa vítima de trauma na fase aguda no seio do serviço de urgência e posteriormente aquando do estabelecimento das sequelas limitadoras do trauma. **Objetivo:** Determinar os fatores que se apresentam como determinantes para uma mais eficaz e correta abordagem da pessoa vítima de trauma. **Métodos:** Consiste numa revisão sistemática da literatura de evidência de significado, através da metodologia PICO, que permitiu formular a questão de investigação: “Quais os fatores determinantes para uma correta gestão da abordagem à pessoa vítima de trauma”. Recorrendo aos motores de busca B-on e EBSCOhost, e aplicando os critérios de inclusão e exclusão, foi possível determinar os artigos a selecionar. **Resultados:** Através da aplicação dos critérios de ilegitimidade e qualidade metodológica, resultou uma seleção de 6 artigos incluídos na revisão. **Conclusões:** É possível determinar um conjunto de fatores determinantes na literatura que permitem a promoção de uma correta abordagem à pessoa vítima de trauma, como é o caso da constituição das equipas de trauma e a sua liderança, os registos em trauma e a aplicação de instrumentos de avaliação que permitam nortear as intervenções à vítima e a gestão do processo juntamente com a família e/ou cuidador.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Serviço de Urgência; Feridas e Lesões e Trauma

Abstrat

Trauma situations represent a serious public health concern in Portugal and in the world. It is necessary to counter this tendency, but above all it is important to promote a correct management in the approach to the person victim of acute trauma within the emergency department and later in the establishment of the limited sequelae of the trauma. **Objective:** To determine the factors that are decisive for a more effective and correct approach to the person who is a victim of trauma. **Methods:** It consists of a systematic literature review of evidence of meaning, through the PICO methodology, which allowed the formulation of the research question: “What are the determining factors for a correct management of the approach to the person victim of trauma”. Using the search engines B-on and EBSCOhost, and applying the inclusion and exclusion criteria, it was possible to determine the articles to be selected. **Results:** Through the application of illegibility and methodological quality criteria, a selection of 6 articles included in the review resulted. **Conclusions:** It is possible to determine a set of

determining factors in the literature that allow the promotion of a correct approach to the person victim of trauma, such as the construction of trauma teams and their leadership, trauma records and the application of assessment tools. that allow guiding the interventions to the victim and the management of the process together with the family and/or caregiver.

Keywords: Nursing Care; Emergency Service; Wounds and Injuries e Trauma

Apêndice XII – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração para implementação do projeto de Estágio

Otimização das intervenções de enfermagem no doente crítico vítima de trauma – Relatório de Estágio

Pedido de Elaboração de Trabalho Académico de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica



Filipe Brás

para admin

28/11/2021, 23:45

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração da

Portalegre, 28 de novembro de 2021

Assunto: Pedido de Elaboração de Trabalho Académico de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica

Eu, Filipe José Oliveira Brás, enfermeiro com a cédula profissional n.º 89864, na condição de aluno do V Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica, curso a ser lecionado pela Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Universidade de Évora, a realizar ensino clínico no Serviço de Urgência do [REDACTED]. Venho por este meio pedir a V. Ex.ª, autorização para desenvolver no Serviço de Urgência um projeto de intervenção no âmbito do ensino clínico da Unidade Curricular Estágio Final e posterior elaboração do Relatório Final para atribuição do grau de Mestre em Enfermagem, subordinado ao tema "Uniformizar procedimentos no doente crítico vítima de trauma".

Segue em anexo o requerimento formal com o pedido de autorização para o desenvolvimento do projeto de intervenção e o plano de trabalho com a informação detalhada sobre o desenvolvimento do mesmo.

Com os melhores cumprimentos,

Filipe Brás

2 anexos



Apêndice XIII – Requerimento para pedido de Autorização ao Conselho de Administração para implementação do projeto de Estágio

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração da [REDACTED]

Portalegre, 28 de novembro de 2021

Assunto: Pedido de Elaboração de Trabalho Académico de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica.

Eu, Filipe José Oliveira Brás, enfermeiro com a cédula profissional n.º 89864, na condição de aluno do V Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica, curso a ser lecionado pela Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Universidade de Évora, a realizar estágio no Serviço de Urgência do Hosp [REDACTED] [REDACTED]ho por este meio pedir a V. Ex.ª, autorização para desenvolver no Serviço de Urgência um projeto de intervenção no âmbito do estágio da Unidade Curricular Estágio Final e posterior elaboração do Relatório Final para atribuição do grau de Mestre em Enfermagem, subordinado ao tema “Uniformizar procedimentos no doente crítico vítima de trauma”.

O projeto de intervenção tem como título “Otimização das intervenções de enfermagem no doente crítico vítima de trauma” e para a sua elaboração e aplicação conta com a orientação por parte do Prof. Dr. Adriano Pedro.

Junto, anexo o plano de trabalho, onde é possível consultar, de forma detalhada, o domínio de investigação, resumo, objetivos, conteúdos e estratégias de investigação, resultados esperados, processo de avaliação e cronograma das atividades a desenvolver.

Por fim, peço autorização, por não haver conflito ético e salvaguarda de toda a informação recolhida, a utilização na elaboração do Relatório Final a discriminação do local de implementação do projeto, a [REDACTED]
[REDACTED]

Cordialmente,
Filipe Brás

ANEXOS

Anexo I – Características das Pessoas, Unidades e sistemas de cuidados, segundo o Modelo de Sinergia AACN

Resiliência	Capacidade de regressar a um nível funcional retroativo através de mecanismos de <i>coping</i> / compensatórios; capacidade de recuperar após um insulto.
Nível 1 – Resiliência mínima	Incapaz de formular uma resposta; falha dos mecanismos de <i>coping</i> / compensatórios; reservas mínimas; frágil
Nível 3 – Resiliência moderada	Capaz de formular uma resposta moderada; capaz de iniciar algum grau de compensação; reservas moderadas
Nível 5 – Resiliência elevada	Capaz de formular e manter a resposta; mecanismos de <i>coping</i> / compensatórios intactos; reservas fortes; resistência
Vulnerabilidade	Suscetibilidade ao atual ou potencial fator de stress que poderá influenciar de forma adversa os outcomes da pessoa
Nível 1 – Vulnerabilidade elevada	Suscetível; desprotegido; frágil
Nível 3 – Vulnerabilidade moderada	Meio suscetível; meio protegido
Nível 5 – Vulnerabilidade mínima	Seguro; fora de problemas; protegido, não frágil
Estabilidade	Capacidade de manter um equilíbrio
Nível 1 – Estabilidade mínima	Lábil; instável; sem resposta à terapia; alto risco de morte
Nível 3 – Estabilidade moderada	Capaz de manter um estado firme por um período limitado; alguma resposta à terapia
Nível 5 – Estabilidade elevada	Constante; resposta à terapia; baixo risco de morte
Complexidade	Interligação de dois ou mais sistemas (ex. corpo, família, terapias,...)
Nível 1 – Complexidade elevada	Confuso; dinâmica pessoa/ família complexa; ambíguo/ vago; apresentação atípica
Nível 3 – Complexidade moderada	Envolvimento moderado da dinâmica pessoa/ família
Nível 5 – Complexidade mínima	Direto; dinâmica pessoa/ família rotineira; simples/ claro; apresentação típica
Disponibilidade de recursos	Extensão dos recursos que a pessoa/ família/ comunidade trazem à situação (ex. técnicos, fiscais, pessoais, psicológicos e sociais)
Nível 1 – Poucos recursos	Conhecimentos e capacidades necessárias indisponíveis; suporte financeiro necessário indisponível; mínimos recursos de suporte pessoa/ psicológico; poucos recursos do sistema social
Nível 3 – Recursos moderados	Conhecimentos e capacidades limitadas; suporte financeiro limitado; suporte pessoal/ psicológico limitado; alguns recursos do sistema social
Nível 5 – Recursos abundantes	Conhecimentos e capacidades extensas e acessíveis; suporte financeiro imediato disponível; suporte pessoal/ psicológico forte; forte sistema social

Participação no cuidado	Extensão na qual a pessoa/ família se envolve nos cuidados
Nível 1 – Sem participação	Pessoa e família incapazes de participar no cuidado
Nível 3 – Participação moderada	Pessoa e família necessitam de assistência no cuidado
Nível 5 – Participação total	Pessoa e família totalmente capazes de participar no cuidado
Participação na tomada de decisão	Extensão na qual a pessoa/ família se envolve na tomada de decisão
Nível 1 – Sem participação	Pessoa e família não tem capacidade de tomar decisões
Nível 3 – Participação moderada	Pessoa e família tem capacidade limitada de tomar decisões; necessitam de conselhos de outrem
Nível 5 – Participação total	Pessoa e família tem a capacidade de tomar decisões
Previsibilidade	Característica que permite predizer o curso de determinados eventos ou doenças
Nível 1 – Não previsível	Incerteza; doença/ pessoa/ população incomum; curso não habitual ou inesperado; não segue ou não é elaborado o caminho comum
Nível 3 – Moderadamente previsível	Vacilante; doença/ pessoa/ população ocasional
Nível 5 – Altamente previsível	Certo; doença/ pessoa/ população comum; curso usual e esperado; segue o caminho comum

(AACN, s.d.b)

Anexo II – Competências dos enfermeiros segundo o Modelo de Sinergia AACN

Julgamento Clínico	Razão clínica, que inclui a decisão clínica, o pensamento clínico e um grande leque de situações, acompanhada das competências do enfermeiro adquiridas do processo de aquisição de conhecimento de forma formal ou informal
Nível 1	Seleciona dados básicos; segue algoritmos, arvores de decisão e protocolos e sente-se desconfortável e afastar-se destes; combina conhecimento formal com eventos clínicos para tomar decisões; questiona os limites da capacidade da tomada de decisão e delega a tomada de decisão a outrem; inclui detalhes estranhos
Nível 3	Seleciona e interpreta dados complexos; faz julgamentos clínicos baseados na visão holística de situações comuns e rotinas; reconhece padrões e tendências que podem prever a direção da doença; reconhece limites e procura ajuda adequada; foca nos elementos chave, enquanto resume os detalhes estranhos
Nível 5	Sintetiza e interpreta dados múltiplos e contraditórios; faz julgamentos clínicos baseados na visão holística imediata, a não ser que esteja perante uma nova doença/ população; usa as experiências anteriores para antecipar os problemas; ajuda a pessoa e família a olhar para a situação como um todo; reconhece os limites e procura ajuda multidisciplinar; reconhece e responde a situações dinâmicas
Defesa	Trabalhar a favor do outro, representando as preocupações da pessoa/família e equipa; é um agente moral na identificação e resolução de questões éticas e complexas
Nível 1	Trabalha a favor da pessoa; autoavalia os valores pessoais; está ciente dos conflitos/ questões éticas; faz decisões éticas/ morais segundo regras; representa a pessoa quando esta é incapaz de se representar; consciente dos direitos da pessoa
Nível 3	Trabalha a favor da pessoa e família; considera os valores da pessoa e incorpora-os nos cuidados; suporta as decisões éticas dos colegas; as decisões éticas/ morais podem derivar de regras; demonstra uma relação de ajuda entre a pessoa e família, possibilitando que estes se representem sempre que possível; consciente dos direitos da pessoa e família
Nível 5	Trabalhar a favor da pessoa, família e comunidade; defende a perspetiva da pessoa/ família; defende os conflitos éticos da pessoa/ família; suspende regras, a pessoa e família direcionam a toma de decisão; capacita a pessoa e família para se representarem a elas próprias; atinge uma relação mútua com a pessoa/ família

Prática do cuidar	Intervenções de enfermagem que criam compaixão, suporte e potenciam um ambiente terapêutico para a pessoa e equipa, com o objetivo de promover o conforto e cura. Não é limitado apenas à vigilância, compromisso e resposta dos cuidadores, incluindo a família e o profissional de saúde.
Nível 1	Foca nas necessidades habituais sem antecipação das necessidades futuras; baseia o cuidado em padrões e protocolos; mantém um ambiente físico seguro; reconhece a morte como um <i>outcome</i> potencial.
Nível 3	Responde a mudanças subtis da pessoa e família; reconhece com compaixão a unicidade da pessoa; reconhece e constrói pratica de cuidados individualizados à pessoa e família; reconhece o ambiente familiar da pessoa; reconhece a morte como um <i>outcome</i> aceitável.
Nível 5	É astuto a reconhecer e antecipar as mudanças e necessidades da pessoa e família; está totalmente envolvido em ficar ao lado da pessoa/ família e comunidade; conduz a prática indo ao encontro das expectativas da pessoa e família; antecipa perigos e evita-os, promovendo a segurança; organiza o processo de modo a garantir o conforto e que as preocupações da pessoa e família relativamente à morte.
Colaboração	Trabalhar com outros de modo a promover e encorajar as contribuições de cada um de forma a atingir objetivos ótimos e realistas da pessoa e família. Envolve trabalho intra e interdisciplinar com os colegas e comunidade.
Nível 1	Disponível para ser ensinado, treinado ou mentorado; participa nas reuniões e discussões de equipa independente do problema ou cuidado da pessoa; disponível para contribuições de vários membros da equipa.
Nível 3	Procura oportunidade para ser ensinado, treinado ou mentorado; extrai conselhos e perspetivas de outros; inicia e participa nas reuniões e discussões de equipa independente do problema ou cuidado da pessoa; reconhece e sugere a participação de vários membros da equipa.
Nível 5	Procura oportunidades para ensinar, treinar e mentorar, bem como para ser ensinado, treinado ou mentorado; facilita o envolvimento ativo e contribuições complementares de outros membros da equipa nas reuniões e discussões de equipa independente do problema ou cuidado da pessoa; envolve diversos recursos para otimizar os <i>outcomes</i> da pessoa.
Pensamento sistémico	Conhecimento e ferramentas que permitem o enfermeiro lidar com qualquer ambiente ou sistema da pessoa/ família e equipa, dentro ou através dos sistemas ou não-sistemas de saúde.
Nível 1	Utiliza um leque limitado de estratégias; tem uma visão limitada, apenas vê peças ou componentes; não reconhece a negociação como uma alternativa; vê a pessoa e família com uma unidade dentro de um sistema isolado; vê-se a si mesmo como um recurso.
Nível 3	Desenvolve estratégias baseadas nas necessidades e forças da pessoa/ família; capaz de fazer conexões entre componentes; vê oportunidade para negociar pode não ter estratégias; desenvolve a visão do processo de

	transição da pessoa/ família; reconhece como obter recursos para além de ele próprio.
Nível 5	Desenvolve, integra e aplica várias estratégias que vão ao encontro das necessidades e forças da pessoa/ família; tem uma visão holística ou global; sabe como e quando negociar e navegar dentro do sistema em benefício da pessoa e família; antecipa as necessidades da pessoa e família ao longo do sistema de saúde; utiliza estratégias alternativas e inexploradas se necessário.
Resposta à diversidade	Sensibilidade para reconhecer, apreciar e incorporar as diferenças aquando a prestação de cuidados. As diferenças podem incluir: diferenças culturais, crenças espirituais, género, raça, etnia, estilos de vida, <i>status</i> socioeconómico, idade e valores.
Nível 1	Reconhece a diversidade cultural; presta cuidados baseado nas próprias crenças do sistema; aprende a cultura do ambiente dos cuidados de saúde.
Nível 3	Questiona-se acerca das diferenças culturais e considera o seu impacto no cuidado; acomoda diferenças pessoais e profissionais no plano de cuidados; ajuda a pessoa/ família a compreender a cultura do sistema de saúde.
Nível 5	Responde, antecipa e integra as diferenças culturais nos cuidados; aceita e incorpora as diferenças nos cuidados, incluindo terapias alternativas; constrói a cultura dos sistemas de saúde, para que estes estendam, conheçam as diversas necessidades e forças da pessoa/ família.
Facilitador da aprendizagem	Capacidade de facilitar a aprendizagem da pessoa/ família, equipa de enfermagem, outros membros da equipa e comunidade. Inclui processos formais e informais,
Nível 1	Segue programas educacionais planeados; vê a educação da pessoa/ família como separado do cuidado; fornece dados sem atender à perceção e compreensão da pessoa; tem um conhecimento limitado sobre as necessidades de educação; foca-se na perspetiva do enfermeiro; vê a pessoa como um recetor passivo.
Nível 3	Adapta programas educacionais planeados; começa a reconhecer e integrar diferentes formas de ensino na prestação de cuidados; vê sobreposição de planos educacionais de diferentes profissionais de saúde; começa a ver os inputs que a pessoa pode ter nos objetivos; começa a ver a individualidade.
Nível 5	Modifica e desenvolve criativamente programas educacionais para a família; integra a educação da pessoa/ família durante a prestação de cuidados; avalia a compreensão da pessoa observando as mudanças de comportamento relativas à aprendizagem; colabora e incorpora todos os profissionais de saúde e planos de educação na educação da pessoa/ família; define objetivos direcionados à pessoa; vê as escolhas e consequências da pessoa/ família como algo que pode ser negociado.

Investigação clínica	Processo contínuo de questionamento e evolução da prática, providenciando uma prática informada. Cria mudanças na prática através da pesquisa e aprendizagem experimental.
Nível 1	Segue padrões e <i>guidelines</i> ; implementa mudanças clínicas e práticas baseadas na evidencia desenvolvidas por outros; reconhece a necessidade de mais conhecimento para melhorar a prática; reconhece mudanças óbvias na situação da pessoa; necessita e procura identificar o problema da pessoa.
Nível 3	Questiona as políticas e <i>guidelines</i> . Questiona a atual prática; procura conselhos, recursos ou informação para melhorar os cuidados; começa a comparar e contrapor possíveis alternativas.
Nível 5	Melhora, remove ou individualiza padrões e <i>guidelines</i> para uma pessoa ou população em particular; questiona e avalia a prática atual baseando-se na resposta da pessoa, revendo a literatura, pesquisa e educação; adquire conhecimento e competências necessárias para responder às questões da prática e melhorar os cuidados.

(AACN, s.d.b)

Anexo III – Declaração de Aceitação de Orientação

Mestrado em Enfermagem em Associação



DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro aceitar a orientação do trabalho proposto no Projeto de Estágio do/a estudante Filipe José Oliveira Brás, nº 47002, do curso de **Mestrado em Enfermagem (em Associação)**.

Trata-se de um trabalho que se enquadra no âmbito da Área de Especialização em **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica**, com o título “**Otimização das intervenções de enfermagem no doente crítico vítima de trauma**”.

Por se afigurar um trabalho credível, adequado e pertinente e porque reconheço no/a mestrando/a adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico a sua orientação.

Évora, 08 de novembro de 2021

O/A Orientador/a

ADRIANO DE JESUS
MIGUEL DIAS PEDRO

Assinado de forma digital por ADRIANO DE JESUS MIGUEL DIAS PEDRO
Data: 2021.11.08 09:55:48 Z

(Nome completo)

Anexo IV – Parecer Positivo do Conselho de Administração

Ud JM





INFORMAÇÃO

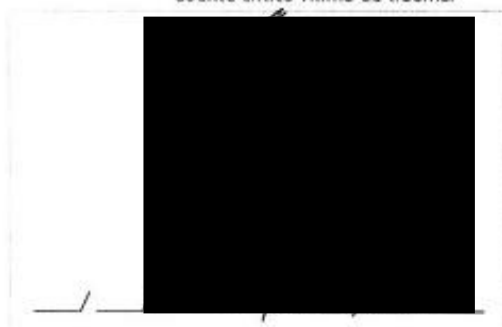
N.º16/2022, de 25 de fevereiro

Ata 09/2022
Doc. 96


AO CA,
Fuz
222/03/2

De: 
Para: Sr. Vogal Executivo do CA- 
C/C:

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do estudo "Otimização das intervenções de enfermagem no doente crítico vítima de trauma."



DESPACHO/DELIBERAÇÃO
O CA tem em conta e
delibera admitir nos termos
de presente informações.
Fuz
222/02/02

O requerente, Enf.º Filipe José Oliveira Brás, solicitou autorização à  para realização do estudo "Otimização das intervenções de enfermagem no doente crítico vítima de trauma."

Cumpra apreciar:

I- Enquadramento

O enquadramento e justificação do estudo encontra-se no projeto do estudo em anexo.

II- Objetivos

Geral

- Promover a uniformização das intervenções de enfermagem a realizar ao doente crítico vítima de trauma.

III- Tipo de estudo

O estudo é do tipo descritivo e correlacional.

IV- População alvo

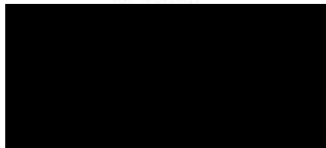
O projeto foi reformulado, não sendo recolhidos dados dos doentes/familiares, nem dos profissionais de saúde.

V- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

Os dados são recolhidos com base na análise das necessidades do serviço de urgência em função da abordagem dos doentes vítimas de trauma, no contexto da prática clínica.

Da análise das necessidades resultará uma norma de serviço que permita facilitar os registos de enfermagem.

VI- Conclusões e propostas





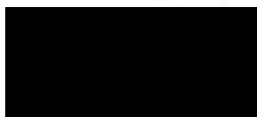
INFORMAÇÃO
N.º16/2022, 25 de fevereiro

Compulsada a justificação e enquadramento do estudo, concluímos pela importância do estudo.
Os documentos que integram o estudo estão em conformidade com as normas instituídas, uma vez que não serão colhidos dados sensíveis.
Encontram-se acauteladas as questões ético-legais.
Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente estudo e por considerar que a metodologia a implementar na sua realização não viola as disposições ético legais sobre tratamento de dados pessoais, delibera dar parecer favorável à realização do estudo: "Otimização das intervenções de enfermagem no doente crítico vítima de trauma."

O investigador após finalizar o estudo deverá agendar a apresentação do mesmo na 

É tudo quanto cumpre informar

P'la Comissão de Ética



Anexo: Requerimento com resumo do projeto do estudo e todos os documentos anexos.

Anexo V – Participação no webinar da Ordem dos Enfermeiros “Doente e a sua Família nos serviços de medicina intensiva em tempos de pandemia: desafios atuais”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

FILIFE JOSÉ OLIVEIRA BRÁS

membro nº 89864 desta Ordem, esteve presente no ciclo de webinars “Enfermagem às Quintas” subordinado à temática “O Doente e a sua Família nos serviços de medicina intensiva em tempos de pandemia: desafios atuais” no dia 29 de Outubro de 2020, com duração total de 2 horas na Plataforma Digital Cisco Webex Events.

Porto, 3 de Novembro de 2020.

O Presidente do Conselho Diretivo da Secção Regional do Norte

A handwritten signature in blue ink, reading 'João Paulo Marques Carvalho'.

Enfermeiro João Paulo Marques Carvalho

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,36 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

Anexo VI – Participação no IV Fórum das Especialidades de Enfermagem da Universidade Católica “**40 anos de SNS – contributos dos enfermeiros especialistas**”



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Declara-se que

Filipe José Oliveira Brás

Participou no **IV Fórum das Especialidades de Enfermagem**, que decorreu no dia **17 de dezembro de 2020**, com o tema “40 anos do SNS- contributos dos enfermeiros especialistas”, online, com a **duração de 8 horas**.

PełA Comissão Organizadora

Porto, 17 de dezembro de 2020

**Anexo VII – Participação no III Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde
“Epidemias: uma análise interdisciplinar”**



Anexo VIII – Participação no webinar da Ordem dos Enfermeiros “Saber+2.0: Doente com suporte de vida extracorporal”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

FILIFE JOSÉ OLIVEIRA BRÁS

membro nº 89864 desta Ordem, participou no Webinar “Saber+2.0: Doente com suporte de vida extracorporal”, no dia 16 de Março, com duração total de 2h30, na plataforma digital Cisco Webex Events.

Coimbra, 16 de Março de 2021.

O Presidente do Conselho Diretivo Regional



Ricardo Correia Matos

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,36 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

Anexo IX – Participação no Congresso Internacional de Controlo de Infeção



Certificado

Para os devidos efeitos, certifica-se que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a)

Filipe José Oliveira Brás

Participou no Congresso Internacional de Controlo de Infeção 2021

Que se realizou via On-Line, ZOOM, nos dias 25 e 26 de março de 2021,

com a duração total de 16 horas.

Porto, 29 de março de 2021

A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira

O Diretor da Entidade Formadora
Josué Moraes



Anexo X – Participação no Curso de Formação “Suporte Avançado de Vida”



Certifica-se que **Filipe José Oliveira Brás**, nascido em 28/01/1994, com o Número de Identificação Civil 14549525, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 08/05/2021 a 09/05/2021, com a duração de 16 horas.

Porto Salvo, 09 de maio de 2021

O responsável pela Ocean Medical,

Marco Castro



Certificado nº 21036-13/2021

Validade: AHA 2 anos / INEM 5 anos

Anexo XI – Participação no Curso de Formação “International Trauma Life Support”



ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Filipe José Oliveira Brás, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

5/16/2021

course site

Escola Superior de Enfermagem de Évora, Évora, INTL
(International)

course director

Dr. Ana Ferreira, MD MD

course coordinator

Luis Figueiredo RN



Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 350, Dallas, Texas 75234 - 972.247.4442 - jscott@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

<p>_____ Card Holder's Signature</p> <p>Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.</p> <p>International Trauma Life Support 3000 Woodcreek Drive, Suite 200 Downers Grove, IL 60515 www.itrauma.org</p>	<p> ITLS 329296-44583 International Trauma Life Support</p> <p>Filipe José Oliveira Brás, RN</p> <p>has successfully completed the cognitive skills evaluation in accordance with the standards of International Trauma Life Support for this course.</p> <p>Advanced Provider Course</p> <p>Card Issue Date 5/16/2021 Expiration Date 05/2024</p> <p>Course Number 44583 Course Location Escola Superior de Enfermagem de Évora, Évora, INTL (International)</p>
--	---

Anexo XII – Participação no II Congresso do Mestrado em Enfermagem Especializada “desafios num mundo em mudança”



CERTIFICADO

Certifica-se que Filipe José Oliveira Brás esteve presente no II CONGRESSO DO Mestrado EM ENFERMAGEM (em Associação), que decorreu nos dias 23 e 24 de setembro de 2021, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, através da Plataforma online Colibri Zoom.

Setúbal, 24 de setembro de 2021

Pela Comissão Organizadora

Assinado por: ANA PAULA GATO RODRIGUES
POLIDO RODRIGUES
Num. de identificação: B1062040430

Prof.ª Doutora Ana Paula Gato



Anexo XIII – Participação no V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica “E se não houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?”

V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

25 a 27 de outubro de 2021
Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz

E SE NÃO HOUVESSE
ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM
ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA?

CERTIFICADO

Certifica-se que **Filipe José Oliveira Brás**, com o documento de identificação n.º 14549525, participou no **V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não Houverse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?**, que decorreu entre os dias **26 e 27 de Outubro de 2021**, no Centro de Artes de Espetáculos da Figueira da Foz, com uma carga horária de **16 horas**.

Figueira da Foz, 27 de Outubro de 2021

Pela Comissão Científica



LILIANA MOTA

Presidente do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde Norte da CVP

Pela Comissão Organizadora



ÂNDREA FIGUEIREDO

Presidente da Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (AEEEMC)

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Pólo A | Avenida Bissaya Barreto 3000-075 Coimbra | NIF 502 070 420
Tel: +351 926 882 860 | Email: geral.aeeemc@gmail.com | www.aeeemc.com



Anexo XIV – Participação no webinar da Ordem dos Enfermeiros “Organização dos Serviços de Urgência – Nova Realidade?”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

FILIFE JOSÉ OLIVEIRA BRÁS

membro nº 89864 desta Ordem, esteve presente no ciclo de webinars “Enfermagem às Quintas” subordinado à temática “Organização dos Serviços de Urgência - Nova Realidade?” no dia 11 de Novembro de 2021, com duração total de 2 horas na Plataforma Digital Cisco Webex Events.

Porto, 16 de Novembro de 2021.

O Presidente do Conselho Directivo Regional



João Paulo Marques de Carvalho

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,96 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

Anexo XV – Participação no webinar da Ordem dos Enfermeiros “Intervenções do EEMC na abordagem de feridas complexas”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

FILIFE JOSÉ OLIVEIRA BRÁS

membro nº 89864 desta Ordem, participou no Webinar¹ “Intervenções do EEMC na abordagem de feridas complexas”, inserido no Ciclo de Webinars da Mesa do Colégio de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Reflexões de Outono, realizado no dia 19 de Novembro de 2021, na Plataforma digital “Cisco Webex Events”.

Lisboa, 21 de Novembro de 2021.

P¹: A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹ Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,36 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

² Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.

Anexo XVI – Participação no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos



CERTIFICADO

PARTICIPAÇÃO

Filipe Bras

Certifica-se para os devidos efeitos que **Filipe Bras**, esteve presente no **VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**, realizado Online, nos dias a 19 e 20 de fevereiro de 2022. (Duração:20horas).

19 e 20 Fev 2022

62-0204 92864 101860726130371514.GOV.FF.G.E



ORGANIZAÇÃO:




Aníbal Marinho


José António Pinho



**Anexo XVII – Participação no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos com o Poster
“A Triagem de Vítimas em Situação de Catástrofe e a presença do Enfermeiro”**



CERTIFICADO

APRESENTAÇÃO DE POSTER

Certifica-se para os devidos efeitos que o **POSTER: A Triage de Vítimas em Situação de Catástrofe e a presença do Enfermeiro** participou com apresentação de Poster no **VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**, realizado online, nos dias a 19 e 20 de fevereiro de 2022.

Autor(es) do trabalho: **Filipe José Oliveira Brás; Ana Guerra; Célia Mourão; Mariana Pereira.**

19 e 20 Fev 2022




Aníbal Marinho


José António Pinho



**Anexo XVIII – Participação no I Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do CHUC
“Desafio Emergente”**

Certificado



Certifica-se que Filipe José Oliveira Brás, com o cartão de cidadão nº 14549525, participou como **Congressista** no **1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)**, que se realizou no Centro de Congressos do CHUC, nos dias 19 e 20 maio 2022.

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

Coimbra, 26 maio 2022


Márcio Carvalho
Presidente da Comissão Organizadora


Áurea Andrade
Enfermeira Diretora do CHUC

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

DESAFIO EMERGENTE

Centro de Congressos do CHUC
19 e 20 maio 2022

Organização:  **TERTÚLIA EMERGENTE**
ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS

 **CHUC**
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

