



POLITÉCNICO
DE PORTALEGRE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A avaliação da vítima de trauma em contexto pré e intra-hospitalar: A criação de um instrumento de avaliação terciária

Ana Filipa Alves do Cabo Basílio Leitão

Orientação: Professora Doutora Maria do Céu Pinto Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – A pessoa em situação crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A avaliação da vítima de trauma em contexto pré e intra-hospitalar: A criação de um instrumento de avaliação terciária

Ana Filipa Alves do Cabo Basílio Leitão

Orientação: Professora Doutora Maria do Céu Pinto Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – A pessoa em situação crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

A avaliação da vítima de trauma em contexto pré e intra-hospitalar: A criação de um instrumento de avaliação terciária

A AVALIAÇÃO DA VÍTIMA DE TRAUMA EM CONTEXTO PRÉ E INTRA-HOSPITALAR: A CRIAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO TERCIÁRIA

Ana Filipa Alves do Cabo Basílio Leitão

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação crítica

Júri:

Presidente: Prof. Dr. Adriano Pedro

Arguente: Prof.^ª Dra. Maria Alice Ruivo

Orientador: Prof.^ª Dra. Maria do Céu Marques

8 de Outubro de 2020

"I have a wish! I wish for a strong voice for nurses in influencing health care globally. Since such a voice must be fortified by evidence, then my wish is that nursing research should be driven by a focused and coherent research agenda that will make a difference to the wellbeing of all populations, particularly the vulnerable and marginalized."

(Afaf Ibrahim Meleis)

AGRADECIMENTOS

A toda a equipa docente do Mestrado em Enfermagem e em particular à Professora Doutora Maria do Céu Marques por toda a disponibilidade, incentivo e compreensão, endereço os meus sinceros agradecimentos.

Reforço também os meus agradecimentos aos colegas da Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Hospital de Évora, da Viatura Médica de Emergência e Reanimação de S. José, do Serviço de Urgência Polivalente do Hospital de S. José e da Unidade de Urgência Médica do Hospital de S. José. Deixo um agradecimento especial ao Enfermeiro Paulo pela personificação da perícia e da excelência no seu desempenho.

Às enfermeiras Catarina R., Joana C., Joana G. e Rita M., por serem um apoio constante e um exemplo desde o primeiro dia, sou grata pela vossa sincera amizade.

À Liliana pelo apoio incondicional.

À minha família, e em especial à minha mãe que é perita na arte de cuidar, um agradecimento eterno por tudo o que sou.

RESUMO

Objetivo: Obtenção do grau de mestre em Enfermagem e proposta à aquisição do título especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação Crítica através do aprimoramento de competências clínicas. Metodologia: O relatório é fundamentado por pesquisa descritiva. A intervenção profissional major tem substrução na metodologia de projeto, tendo como produto final a criação de um instrumento de avaliação terciária da vítima de trauma num serviço de cuidados intensivos. Resultados: O estágio final foi realizado em contexto pré-hospitalar, num serviço de urgência polivalente e numa unidade de cuidados intensivos. Estes contextos para além de permitirem o desenvolvimento da temática abordada: a avaliação da vítima de trauma; permitiram o planeamento e realização de atividades com o intento da aquisição de competências de Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem. Reconheceu-se a inexistência de um instrumento auxiliar na avaliação da vítima de trauma, destacando-se a pertinência da sua formulação através de uma revisão sistemática da literatura. Conclusão: Consumou-se uma reflexão sistematizada das atividades desenvolvidas com enfoque à aquisição e desenvolvimento das competências em questão, a qual permitiu consagrar a efetividade do projeto e atingir os objetivos definidos.

Palavras-chave: enfermagem médico-cirúrgica; trauma; avaliação terciária; *checklist*.

ABSTRACT

Purpose: Obtaining a master's degree in nursing and the skills to propose for the title of specialist nurse in the medical and surgical areas with an emphasis to the critically ill patient. **Methodology:** This paper has a descriptive methodology. The professional intervention is based on project methodology, and its outcome is the creation of an assessment tool of trauma patient in an Intensive Care Unit (ICU). **Results:** The final placement occurred in a pre-hospital context, in an emergency department and in an ICU. These contexts despite allowing the development of the study subject: the trauma patient assessment; also allowed the development of the Nursing Specialist's and the Nursing Master's competences. The nonexistence of an assessment tool of the trauma patient was recognized, leading to its formulation throughout a systematic review. **Conclusion:** A review of the developed activities was conducted with focus on the achievement and development of the related skills. These activities allowed the implementation of the project and the achievement of the proposed goals.

Keywords: medical-surgical nursing; trauma; tertiary survey; checklist.

ÍNDICE GERAL

1.	Contextualização dos ensinamentos clínicos	16
1.1	Contextualização do estágio em enfermagem à pessoa em situação crítica	16
1.2	Contextualização do estágio final	18
1.2.1	Serviço de urgência polivalente (SUP).....	21
1.2.2	Viatura médica de emergência e reanimação (VMER)	26
1.2.3	Unidade de Urgência Médica (UUM)	28
2.	Intervenção profissional major	31
2.1	Enquadramento Teórico: A teoria de Patrícia Benner	31
2.2	Enquadramento conceptual: A avaliação da vítima de trauma	36
2.3	Formulação de uma norma de avaliação da vítima de trauma	42
2.3.1	Diagnóstico de situação	42
2.3.2	Formulação de objetivos.....	45
2.3.3	Planeamento	46
2.3.4	Considerações Éticas	48
2.3.5	Execução.....	49
2.3.6	Avaliação	54
3.	Análise crítica e reflexiva da aquisição e/ou desenvolvimento de competências.....	55

3.1	Competências comuns do Enfermeiro Especialista	57
3.2	Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação crítica	66
3.3	Competências de Mestre	73
4.	Considerações Finais	77
5.	Referências Bibliográficas	79
6.	Apêndices	84
	Apêndice I – A avaliação da vítima de trauma em contexto pré e intra-hospitalar	84
	Apêndice II – Checklist de avaliação terciária da vítima de trauma.....	120
	Apêndice IV – Plano de sessão de formação em serviço: avaliação terciária de trauma	124
	Apêndice V – Sessão de formação: Cuidados de Enfermagem na prevenção da PAV em UCI's	126
7.	Anexos.....	135
	Anexo I - Certificado de participação na 3ª edição do Congresso Científico STATUS 5: Trauma, Emergência e Reanimação	135
	Anexo II – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do CHULC.....	137
	Anexo III – Certificado de Formação SAV e ITLS.....	139
	Anexo IV – Certificado de participação no Exercício Cascade'19	142

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Certificado de participação na 3ª edição do Congresso Científico STATUS 5: Trauma, Emergência e Reanimação

Anexo II - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do CHULC

Anexo III – Certificado de Formação SAV e ITLS

Anexo IV – Certificado de participação no Exercício Cascade'19

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura I – Número de admissões nos serviços de urgência por cada 100 habitantes desde 2001-2011 (OCDE)

Figura II - Critérios de ativação Via Verde PCR (Equipa ECMO CHLUC, 2017)

Figura III – Hábitos de pensamento em ação e domínios da prática de enfermagem à pessoa em situação crítica (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011)

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico I – Distribuição da equipa de enfermagem no serviço de cardiologia (Autor: Dados não publicados colhidos pela autora)

Gráfico II - Prioridade clínica dos doentes admitidos no SUP do CHULC, segundo o PTM, em Dezembro de 2018 (Saúde M. d., 2020)

Gráfico III - Relatório de Atividade da VMER (Dados não publicados colhidos pela autora)

Gráfico IV - Representação dos motivos de internamento na UUM (Enf. supervisor, UUM)

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I – Associação entre os domínios da prática identificados por *Benner* e colaboradores e as competências do EEMC e PSC. (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011) & (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018)

Tabela II – Análise S.W.O.T. da UUM (Autor: A própria)

LISTAGEM DE SIGLAS e ou abreviaturas

ATLS – *Advanced Trauma Life Support*

ATT – Avaliação Terciária de Trauma

CHLC- Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

CHULC – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE

Dr.^a – Doutora

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

ECG – Escala de Coma de Glasgow

Enf.^{o/a} – Enfermeiro/a

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

Fc – Frequência cardíaca

FR- Frequência Respiratória

HSJ – Hospital de São José

IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPM – Intervenção profissional major

ISS- Injury Severity Scale

ITLS – International Trauma Life Support

MI – *Missed injurie*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAV – Pneumonia Associada à ventilação

PPCI-RA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

Prof.ª – Professora

PTM – Protocolo de Triagem de Manchester

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observação

SPO2 – Saturação periférica de Oxigénio

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TA – Tensão Arterial

TICU – *Trauma Intensive Care Unit*

TPC – Tempo de Preenchimento Capilar

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UUM – Unidade de Urgência Médica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no domínio do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em situação crítica. A conceção do mesmo tem por objetivo o desenvolvimento da enfermagem especializada, com enfoque no desenvolvimento da excelência dos atos clínicos e à capacitação para a supervisão, governação clínica e liderança de equipas. A aprovação face à sua realização e consequente discussão pública, confere o grau de Mestre em Enfermagem. Segundo o artigo 20º do Decreto-Lei n.º 74/2006 a obtenção do grau de Mestre pode integrar “Uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006, p. 11).

O relatório consiste “num trabalho escrito, onde se concretiza todo o processo de desenvolvimento do mesmo” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 32). Neste sentido, apresenta-se como o produto final do trabalho desenvolvido no percurso académico de mestranda em Enfermagem. Nele constam a análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas que objetivam a obtenção de competências comuns, específicas e de Mestre do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica. A sua redação bem como a supervisão pedagógica dos ensinamentos clínicos a que o relatório faz jus, esteve a cargo da Professora Doutora Maria do Céu Marques.

Considerando o propósito de análise do percurso desenvolvido, o documento apresentado engloba uma análise estruturada dos contextos clínicos desenvolvidos no contexto do Mestrado em Enfermagem. Para além do estágio final (que teve lugar no Serviço de Urgência Polivalente do Hospital de São José (SUP-HSJ) e na Unidade de Urgência Médica (UUM), com estágio de observação na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)) o relatório contempla na análise de competências o estágio realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. (UCIC – HESE). Importa referir que todos os contextos clínicos descritos tiveram supervisão clínica de Enfermeiros Especialistas.

O presente relatório está estruturado sobre uma intervenção profissional major (IPM) que o nomeia: “A avaliação da vítima de trauma em contexto pré e intra-hospitalar: A criação de um instrumento de avaliação terciária”. A IPM insere-se na linha de investigação “Segurança e Qualidade de vida” e tem como propósito geral a melhoria contínua da qualidade e segurança dos

cuidados de enfermagem à vítima de trauma. A escolha da temática teve numa primeira instância uma conotação de desenvolvimento pessoal, numa área onde tenho vindo a desenvolver um percurso formativo regular. É também importante referir que a tipologia dos ensinamentos clínicos foi delineada com o objetivo de desenvolver um projeto na área da traumatologia naquela que é uma instituição com centro de referência de trauma, que prima pela excelência, conta com tecnologia de ponta na área e profissionais formados e contextualizados com a temática. Para além da necessidade de desenvolvimento de competências por mim delineada, o propósito preponderante ao sucesso da IPM destaca-se pela inexistência de um instrumento que organize o processo de avaliação da vítima de trauma nos contextos clínicos referidos.

O trauma assume-se como a principal causa de morte a nível mundial. Nos Estados Unidos, é o evento com maior taxa de mortalidade em jovens adultos, perfazendo um total de 10% da causa de mortalidade nos seus cidadãos. Relativamente à incidência de episódios de urgência, o trauma é responsável por 50 milhões de admissões em serviços de urgência, só nos Estados Unidos (Kostiuk & Burns, 2020). O politraumatismo é definido como uma lesão de dois ou mais sistemas orgânicos, secundária a mecanismos de traumatologia que envolvem desde acidentes com veículos motorizados (acidentes de viação e com equipamentos agrícolas), a quedas, agressões, lesões por atropelamento, lesões penetrantes e lesões resultantes de fenómenos de explosão (nomeadamente queimaduras) (Monahan, Sands, Neighbors, & Marek, 2010). Trata-se de um fenómeno com um impacto elevado quer ao nível de mortalidade quer de morbilidade, assumindo pertinência o seu estudo, no âmbito da qualidade de vida dos cidadãos.

Após a compreensão da justificação e motivações afetas à temática em estudo, urge definir os objetivos do presente relatório, que são: adquirir conhecimentos técnico-científicos na área da traumatologia; descrever as etapas da IPM acerca da temática da avaliação da vítima de trauma, contextualizada na área dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e refletir criticamente acerca da aquisição e/ou desenvolvimento de atividades que incorrem no âmbito da obtenção de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica e competências de Mestre em Enfermagem.

No que concerne ao objetivo definido “descrever as etapas da IPM(...)” pretende-se descrever, detalhar e fundamentar as etapas da IPM. Este objetivo ao ser realizado segundo metodologia de projeto, permite a resolução de problemas e/ou pontos de melhoria identificados, através de um processo em que se adquirem capacidades face ao planeamento e concretização de projetos em contextos clínicos. A metodologia de projeto, na sua aplicação à área de Enfermagem,

assume-se como um elo de ligação entre a teoria e prática, visto que se baseia na cognição teórica para posterior aplicação em contexto clínico (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

No segundo objetivo do relatório evidencia-se uma análise pormenorizada do método de aprendizagem e/ou desenvolvimento de competências comuns, específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação crítica e de Mestre em Enfermagem. A análise da aquisição de competências integra o estudo crítico de atividades desenvolvidas com vista à consecução das competências descritas. Este processo reflexivo inclui a respetiva fundamentação teórica que permite a sua associação à prática clínica segura e evolutiva.

A ancoragem teórica do presente relatório assenta na teoria de *Patricia Benner*, a qual proporciona uma visão distinta da natureza da prática de Enfermagem, especificando a metodologia sob a qual o conhecimento da prática é adquirido e como se desenvolve ao longo do tempo (Aligood, 2015). Por ser uma teoria que acompanha o percurso de desenvolvimento do enfermeiro e ter elevada aplicabilidade à área do paciente em situação crítica, a sua pertinência no enquadramento do presente relatório é indubitável.

Quanto à organização estrutural do relatório, o mesmo desenvolve-se em três partes estruturais.

A primeira parte estrutural do relatório corresponde a uma apreciação dos contextos clínicos em que desenvolvi os ensinamentos clínicos associados. Dessa apreciação destaca-se uma caracterização da instituição e do serviço, da sua missão e valores institucionais, dos recursos disponíveis, bem como da análise da problemática do trauma.

A segunda componente do presente relatório é constituída pela fundamentação da teórica cuja linha de pensamento o estrutura, bem como pelo enquadramento conceptual da temática em estudo. Um dos elementos-chave à consagração do enquadramento conceptual foi a realização de uma revisão sistemática da temática da avaliação da vítima de trauma e respetiva implementação de instrumentos de avaliação nos demais contextos. A revisão sistemática que se encontra representada no Apêndice I, teve como pergunta de investigação: “*Como é feita a avaliação dos doentes vítimas de trauma pelos profissionais de saúde?*”. A partir da mesma, definiram-se descritores de pesquisa, assim como critérios de inclusão e exclusão dos artigos a incorporar nesta revisão, com base na mnemónica PICOD. Desta análise perspetivou-se a incorporação de evidência científica cujo nível de evidência é também analisado, possibilitando a análise de elementos científicos de qualidade que sustentem a prática.

Integra de igual forma nesta componente, a descrição e análise das etapas da IPM, sob metodologia de projeto. Neste ponto são definidos os objetivos delineados adequados ao contexto clínico selecionado, bem como a descrição dos processos realizados com o intuito da sua persecução.

Na última etapa do relatório é apresentada uma análise reflexiva e detalhada do processo de aquisição das competências bem como uma análise de processo que permita estimar se os objetivos delineados foram cumpridos na íntegra.

O relatório apresentado foi redigido de acordo com a 6ª edição da norma da *American Psychological Association (APA) 6ª edição* e redigido segundo o acordo ortográfico em vigor.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS ENSINOS CLÍNICOS

1.1 Contextualização do estágio em enfermagem à pessoa em situação crítica

O Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica teve a duração de 6 semanas, tendo tido lugar entre 14 de Maio a 24 de Junho de 2018 na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), que se encontra desde 2007 inserida no Serviço de Cardiologia do Hospital Espírito de Santo de Évora-EPE (HESE-EPE). Apesar da IPM delineada no presente projeto não ter sido aplicada neste ensino clínico, a caracterização da UCIC adquire importância na medida em que concomitantemente aos restantes ensinamentos clínicos, foram desenvolvidas competências que serão discutidas no ponto 3.

Numa primeira instância importa contextualizar o HESE. O HESE é a unidade hospitalar de referência no território alentejano, oferecendo a maior diferenciação da área geográfica implicada. Esta unidade hospitalar não só dá resposta às necessidades de saúde dos cerca de 155.000 habitantes ao Alentejo Central, como também engloba a prestação de cuidados a doentes provenientes do Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral (319.000 habitantes), num total de 473.235 habitantes (estimativa INE, 2017). A área de atuação do HESE detém características populacionais peculiares, cujo índice de envelhecimento é significativamente superior comparativamente a outras unidades hospitalares (Ministério da Saúde, 2020).

Relativamente ao Serviço de Cardiologia, importa frisar que é o único da área geográfica que tem uma UCIC. O mesmo inclui um serviço de hemodinâmica constituído por duas salas na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção com funcionamento 24 horas (Ministério da Saúde, 2020). O serviço de Cardiologia é constituído por uma ala com 18 camas, mais 3 camas destinadas a internamentos de curta duração, bem como pela UCIC, que dispõe de 6 vagas de internamento.

A UCIC de Évora não consta no relatório de Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos, que data de 2013, apesar da mesma ter sido inaugurada em 2007 (Ministério da Saúde, 2013).

A UCIC é uma unidade constituída por 6 camas com monitorização associada e capacidade de monitorização invasiva ligadas a telemetria central, que permite, ainda, avaliar de forma contínua, a monitorização cardiorrespiratória de até 10 doentes da enfermaria (Ministério da Saúde, 2020). Segundo a caracterização da Sociedade Europeia de Cuidados intensivos é classificada como uma UCI de nível II, tal é caracterizado por:

“Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais: pode não proporcionar de modo ocasional ou permanente o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular,...), pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior.” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2014, p. 38).

A equipa de Enfermagem do serviço de cardiologia é composta por 29 enfermeiros, sendo que preferencialmente enfermeiros com o título de especialista exercem funções na UCIC. Não obstante, sempre que o serviço assim o exige, existe uma percentagem de enfermeiros que podem ser destacados à prestação de cuidados na UCIC. O Gráfico seguinte representa a distribuição da equipa de enfermagem pela UCIC, enfermaria e ambos.

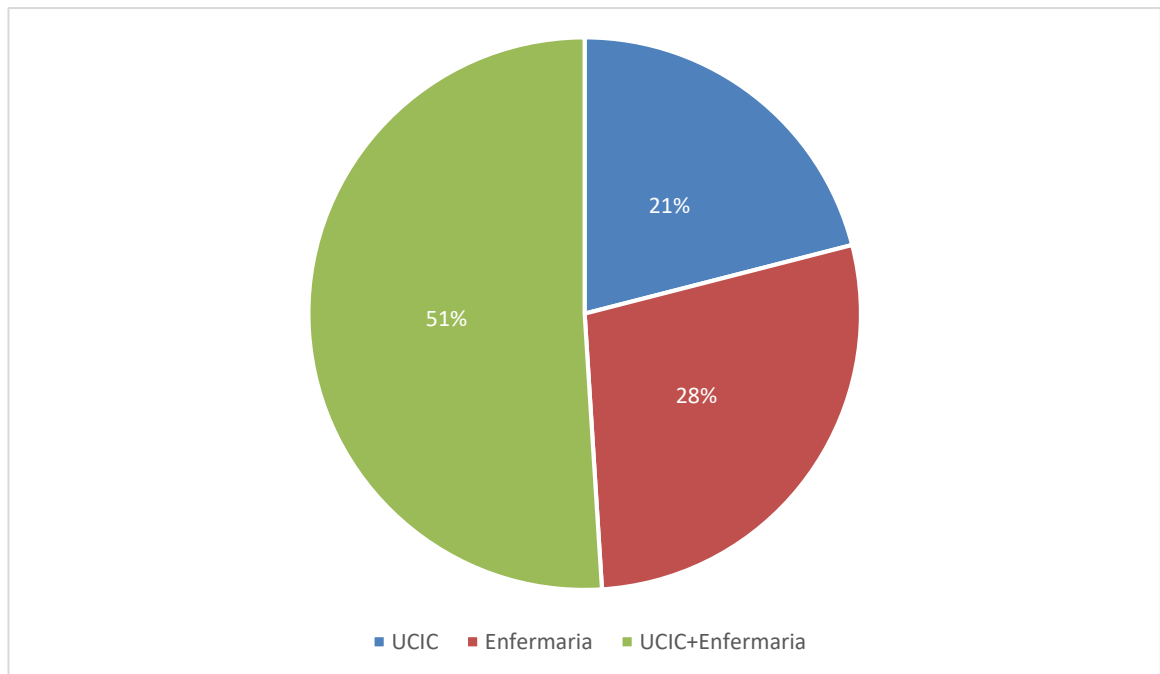


Gráfico I – Distribuição da equipa de enfermagem do serviço de cardiologia
(Autor: Dados não publicados colhidos pela autora)

Relativamente à prática clínica diária na UCIC, existem sempre dois enfermeiros escalados em cada turno, sendo cada um responsável por até três doentes. Segundo a classificação de dotações seguras da ordem dos enfermeiros, uma UCI de nível II deverá ter um rácio de enfermeiro/doente de 1/1.6. Apesar da UCIC ter capacidade de monitorização invasiva, é notório que a expressiva maioria de pacientes admitidos não carece da mesma, pelo que o rácio em vigor de 1:3 corresponde às dotações seguras para uma UCI de nível I, o que na sua grande maioria corresponde à realidade (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2014).

1.2 Contextualização do estágio final

O estágio clínico final que serve de estrutura à intervenção profissional major teve a duração total de 18 semanas, perfazendo um total de 388 horas de contacto. Considerando o tema que se pretendeu estudar, perspetivou-se o acompanhamento da rede de resposta hospitalar à vítima de trauma, numa instituição que se assumisse de referência na área do politraumatizado.

Desta forma, a instituição selecionada foi o HSJ que integra o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E. (CHULC). De forma a ir ao encontro do objetivo acima referenciado, o estágio final foi subdividido por Ensinos Clínicos nos serviços de SUP, UUM e VMER.

Primitivamente torna-se pertinente conhecer a história, missão e valores intrínsecos ao CHULC. A 28 de Fevereiro de 2007 fundou-se o Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) agregando o Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central – Hospital de S. José e Hospital de Santo António dos Capuchos – e os Hospitais de Santa Marta e de D. Estefânia. O CHLC integrou em 2012 o Hospital de Curry Cabral, E. P. E., e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Foi no ano de 2018 que o CHLC foi reconhecido como centro universitário, passando a ser designado como Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE (CHULC) (Ministério da Saúde , 2020).

O CHULC, EPE assume como missão:

“prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no SNS. A atividade do centro hospitalar assegura a cada doente cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas sob gestão e governação clínica que promova a eficácia da utilização dos recursos disponíveis, englobando as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados. Sendo um centro hospitalar central, com ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, é reconhecido no seio do SNS pela sua excelência clínica, eficácia e eficiência assumindo-se como instituição de referência (Ministério da Saúde , 2020).”

A sua atividade é fortemente pautada por valores que são intrínsecos à sua elevada diferenciação e competência, de entre os quais:

“-Competência Técnica

-Ética profissional

-Segurança e conforto para o doente


A avaliação da vítima de trauma em contexto pré e intra-hospitalar: A criação de um instrumento de avaliação terciária

- Responsabilidade e transparência;
- Cultura de serviço centrada no doente;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Cultura de mérito, rigor e avaliação sistemática;
- Atividade orientada para resultados;
- Trabalho em equipa/multidisciplinar e pluriprofissional;
- Boas condições de trabalho (Ministério da Saúde , 2020).”

Como objetivos do CHULC, EPE, destacam-se:

- “-Prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado;
- Intervir na prevenção da doença;
- Otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- Constituir-se como entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação de cuidados de saúde diferenciados;
- Promover o ensino, a formação e a investigação nas áreas clínicas e de apoio clínico, como condição para uma prática de excelência;
- Prosseguir a melhoria contínua da qualidade no âmbito do modelo de governação clínica;
- Promover o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores através da responsabilização por resultados, instituindo uma política de incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito bem como, uma política de formação contínua;
- Desenvolver programas de melhoria da eficiência operacional e da gestão clínica, tendentes a garantir o equilíbrio económico-financeiro” (Ministério da Saúde , 2020).

Nos subcapítulos que se seguem será feita uma caracterização específica de cada serviço onde se desenvolveram os ensinamentos clínicos. A mesma englobará desde elementos culturais e organizativos



A avaliação da vítima de trauma em contexto pré e intra-hospitalar: A criação de um instrumento de avaliação terciária

de gestão, às infraestruturas físicas e recursos humanos que as constituem. Esta contextualização assume-se como um alicerce à compreensão contextual dos ensinamentos clínicos, constituindo um fio condutor à compreensão posterior das intervenções delineadas.

1.2.1 Serviço de urgência polivalente (SUP)

Os serviços de urgência são um dos pilares do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), constituindo a interface entre os diferentes níveis do SIEM.

Numa primeira instância torna-se pertinente contextualizar os serviços de urgência no sistema de saúde português. De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Portugal é o país com o maior número de episódios nos serviços de urgência, conforme evidenciado na figura I.

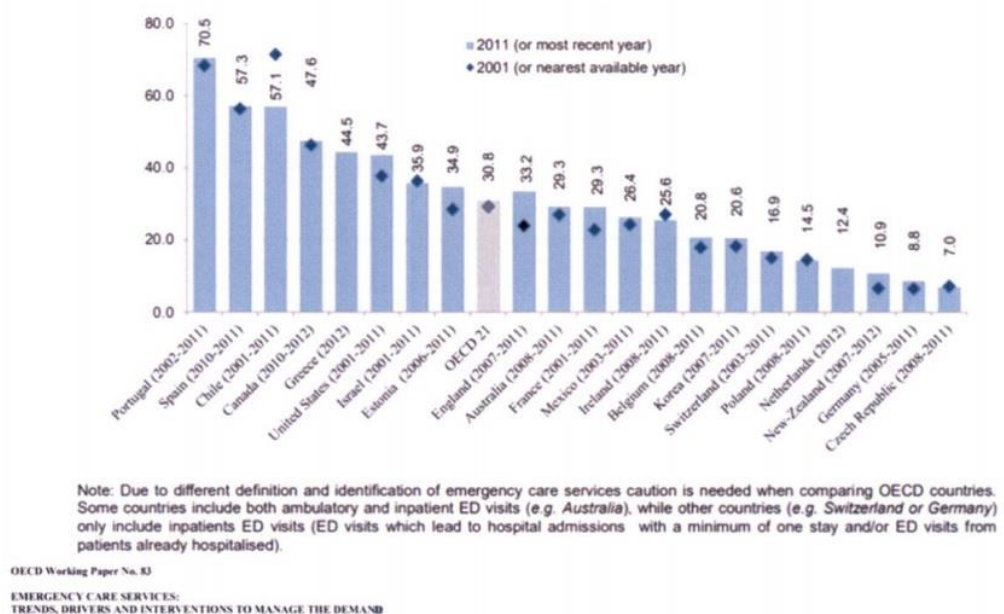


Figura I – Número de admissões nos serviços de urgência por cada 100 habitantes desde 2001-2011 (OCDE) (Ministério da Saúde, 2019)

Associada a esta afluência aos serviços de urgência denota-se também que a % de doentes triados como urgentes durante um ano (Dezembro 2017- Novembro 2018) em Portugal corresponde apenas a 50% dos episódios de urgência (Ministério da Saúde, 2019). O Protocolo de Triagem de Manchester (PTM) foi desenvolvido por peritos na área de emergência hospitalar, criado com o intuito de constituir um instrumento preditivo da necessidade de utilização de recursos hospitalares, e estratificação de risco de mortalidade associado. Consiste na aplicação de procedimentos específicos através dos quais a queixa de apresentação é aplicada num dos 52 fluxogramas. Estabelece-se desta forma, uma prioridade clínica (Emergente, Muito Urgente, Urgente, Pouco Urgente, Não Urgente), com tempo-alvo para o primeiro atendimento médico, em segurança (Santos, Freitas, & Martins,

2013). No estudo realizado num serviço de urgência em Portugal por Santos, Freitas & Martins, a prioridade clínica atribuída é diretamente proporcional à taxa de mortalidade associada, o que por si só é um indicador de qualidade do PTM.

Para melhor compreensão do fenómeno na instituição em estudo, apresenta-se no gráfico II a representação da tipologia de doentes admitidos no SU do CHULC, segundo o protocolo de Triagem de Manchester (PTM), no mês de Dezembro de 2018, num dos períodos de maior afluência (Meses de Inverno).

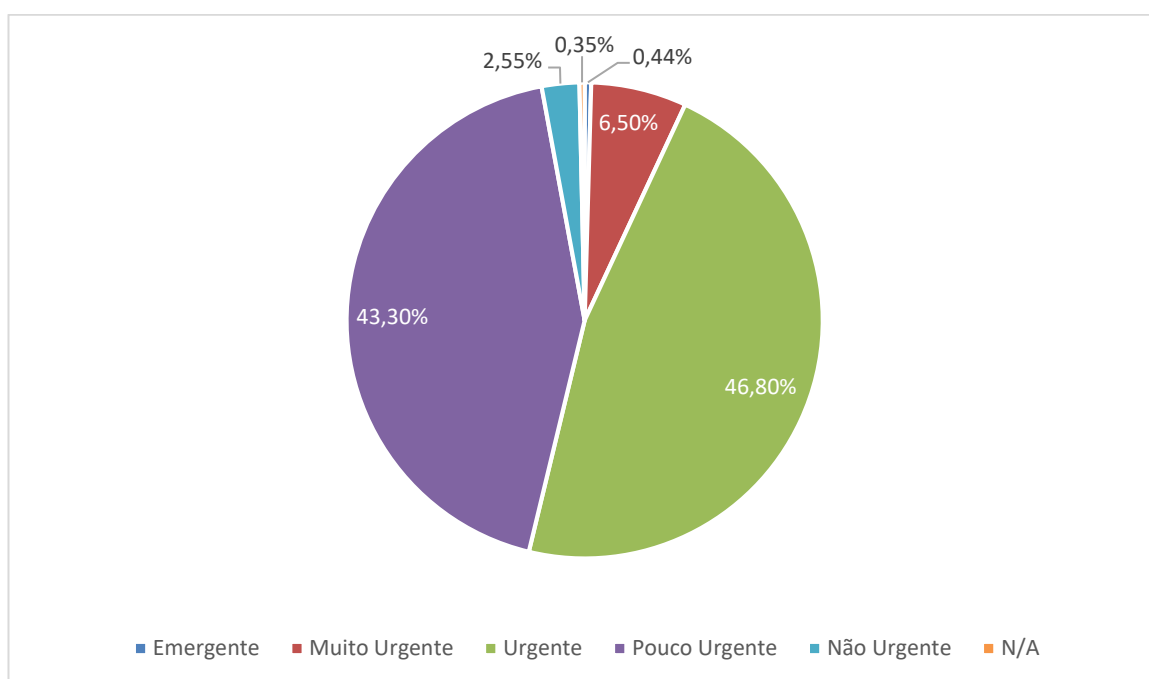


Gráfico II – Prioridade clínica dos doentes admitidos no SUP do CHULC, segundo o PTM, em Dezembro de 2018 (Ministério da Saúde, 2020)

Conforme patenteado no gráfico, no mês de Dezembro de 2018 a percentagem de doentes triados como urgentes corresponde a 53,74% do total de doentes triados no mesmo período. O que significa que 46,24% correspondem a doentes cuja prioridade clínica não carece de observação médica num SU.

O relatório do Grupo de Trabalho destacado pelo Ministério da Saúde constituído pelo Despacho 696/2019, do Gabinete da Secretária de Estado da Saúde, publicado no Diário da República, nº10/2019 reconhece que o envelhecimento populacional, o aumento da esperança média de vida e conseqüente envelhecimento da população condicionam mudanças nos padrões de doença. Reforça também que

os SU's continuam a ser erradamente "a porta" de entrada no SNS, referindo a necessidade de educação dos cidadãos, a revisão das linhas de apoio e referência (Linha de Saúde 24 e CODU), bem como a referência inter-hospitalar.

É claro que a casuística atual dos serviços de urgência e emergência em Portugal incorrem em períodos de pico e de rutura em muito motivados pelo fator supracitado, apesar de este aspeto perdurar ao longo do tempo, já em 2014 o Ministério da Saúde com a reestruturação do SIEM pretendia clarificar a rede de serviços de urgência em 3 níveis consoante aquilo que são os recursos e respetiva capacidade de resposta (Ministério da Saúde, 2014).

As Redes de Referência, das quais o SUP é parte integrante *"desempenham um papel fulcral enquanto sistemas integrados, coordenados e hierarquizados aos mais variados níveis, designadamente: do diagnóstico e terapêutica; da formação; da investigação e colaboração interdisciplinar, contribuindo para a garantia de qualidade dos cuidados prestados pelas diferentes especialidades hospitalares. A constituição das Redes de Referência é elaborada tendo em atenção as necessidades específicas dos utentes, a forma de organização dos serviços, devendo ser entendida como um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde, pensada e organizada de uma forma coerente e assente em princípios de racionalidade, complementaridade, apoio técnico e eficiência."* (Diário da República 1ª série, 2016, p. 1617).

Urge portanto classificar o SUP: nível mais diversificado de resposta clínica em contexto de Urgência e Emergência. Portugal dispõe de uma rede hospitalar com 10 a 13 SUP's. O SUP pressupõe a existência de uma VMER em gestão integrada (Ministério da Saúde, 2014). Para além dos recursos referentes às urgências médico-cirúrgicas, os SUP dispõem ainda de respostas específicas nas áreas clínicas: *"neurocirurgia; imagiologia com angiografia digital e ressonância magnética; Patologia Clínica com Toxicologia; Cardiologia de intervenção/Cateterismo cardíaco/Angioplastia; Pneumologia; Gastrenterologia; Cirurgia Cardiorácica; Cirurgia Plástica e Reconstructiva; Cirurgia Maxilo-facial; Cirurgia Vasculuar e Medicina Intensiva."* (Ministério da Saúde, 2014, p. 20674).

O SUP do Hospital de S. José funciona como *"uma área clínica transversal que tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, aos doentes urgentes e emergentes que a ela acorram, em particular da sua área de referência. No entanto, dada a sua elevada diferenciação técnica e polivalência, (...) servindo uma área de referência alargada estimada em 2,3 milhões de habitantes"* (Ministério da Saúde, 2020). O mesmo possui as áreas de especialidade: *"Anestesiologia; Cardiologia (Urgência Referenciada – Hospital de Santa Marta); Cirurgia*

Cardiorácica (Urgência Referenciada – Hospital de Santa Marta); Cirurgia Geral; Cirurgia Maxilo-Facial; Cirurgia Plástica e Reconstructiva; Cirurgia Vasculuar (Urgência Referenciada – Hospital de Santa Marta); Gastrenterologia; Hematologia (Urgência Referenciada); Medicina Interna; Nefrologia (Urgência referenciada); Neurocirurgia; Neurologia; Oftalmologia; Ortopedia; Otorrinolaringologia; Psiquiatria; Urologia e Vertebro-Medular” (Ministério da Saúde , 2020). Detém ainda de programas de via verde coronária, AVC, Sépsis e Trauma.

Relativamente à sua estrutura física trata-se de um hospital e conseqüente serviço antigo que se tem adaptado às necessidades da evolução técnico-científica que a medicina exige, bem como das exigências não só populacionais, como nacionais, uma vez que em diversas especialidades médico-cirúrgicas se assume como centro de referência. O SUP está estruturado por áreas de intervenção/especialidades dispondo de: apoio policial; balcões administrativos; salas de esperas em diversos pontos; 3 postos de triagem; balcões de observação por tipologia de prioridade segundo o PTM (balcão verdes; balcão amarelos e laranjas); áreas de observação médica; área de observação por cardiopneumologia; sala de pequena cirurgia e gabinetes de avaliação de ortopedia; 4 salas de reanimação (2 de medicina e 2 dedicadas ao utente politraumatizado); 5 salas de observação (com capacidades de internamento que variam entre 4 a 8 doentes) e uma sala de isolamento com pressão negativa.

Clarificada que está a dinâmica do SUP do HSJ é importante delinear o papel que a mesma desempenha ao nível dos cuidados ao doente politraumatizado, como centro de trauma da região Lisboa e Vale do Tejo. Segundo o Despacho Nº 10319/2014, de 11 de Agosto, relativamente aos centros de trauma é referido que:

“Aos centros de trauma cabe a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave, tendo de cumprir os critérios de presença de valência/especialidades definidas nos níveis de responsabilidade dos SU (...)

A estes Centros de Trauma serão referenciados os doentes a incluir na Via Verde Trauma, seja a partir do sistema pré-hospitalar, quando a abordagem for por profissionais de saúde adequados e determinem a estabilização do doente, recorrendo ao “bypass” da Rede de Referência, seja das unidades de atendimento de menor diferenciação da região, após avaliação inicial com estabilização de funções vitais e avaliação secundária que valide a necessidade de transferência célere ao CT”

(Ministério da Saúde, 2014, p. 20674).

Importa também fazer uma breve classificação dos elementos de enfermagem do SUP do HSJ. Os enfermeiros estão subdivididos por 5 equipas (A-E), perfazendo à data da realização do ensino clínico um total de 141 elementos. Cada equipa é composta por um elemento que desempenha o cargo de chefia de equipa e por um segundo elemento de chefia de equipa. Existem também elementos que integram a gestão do turno e não integram desta forma a prestação direta de cuidados, propriamente dita.

Importa frisar que nem todos os enfermeiros a desempenhar funções de chefia são detentores do título de especialista pela Ordem dos Enfermeiros.

Os enfermeiros distribuem-se por postos de trabalho, sendo esta distribuição ponderada pelo enfermeiro responsável. O método de trabalho de enfermagem utilizado é o individual, que se baseia no conceito de um cuidado integrado e global, implicando a afetação de um enfermeiro a um ou mais utentes. Traduz-se em maior segurança, melhora a qualidade dos registos e promove a autonomia por parte do enfermeiro requer, no entanto, maior exigência de conhecimento e experiência. O enfermeiro coordena e avalia os cuidados prestados, no entanto, compete ao responsável de serviço a supervisão e avaliação dos cuidados prestados pelos demais (Frederico & Leitão, 1999).

Constitui exceção a esta tipologia de método de trabalho a sala de reanimação, que funciona sob metodologia em equipa. Nesta metodologia de trabalho as equipas são lideradas por um enfermeiro que toma decisões, coordena e supervisiona as intervenções de enfermagem levadas a cabo pelos demais elementos, objetivando um propósito comum (Frederico & Leitão, 1999).

1.2.2 Viatura médica de emergência e reanimação (VMER)

A VMER é um veículo de intervenção pré-hospitalar que tem como propósito efetivar o transporte de uma equipa médica até ao local onde se encontra a vítima. Após ativação pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), a sua abordagem objetiva a estabilização em contexto de pré-hospitalar e a consequente vigilância médica durante o transporte de doentes críticos, estando dotados de equipamento de suporte avançado de vida (Diário da República, 2014). A equipa VMER é constituída por um Médico e um Enfermeiro atuando sob um modelo de equipas integradas nos serviços de urgência das unidades em que estão sedeadas, sob orientação das Administrações Regionais de Saúde, segundo protocolado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (Diário da República, 2014).

Como elementos integrantes do SIEM, a VMER, em consonância com outros meios pré-hospitalares, é propulsora da diversificação e distribuição geográfica a nível nacional (Ministério da Saúde, 2019).

Com um forte compromisso na área da formação o núcleo de formação da VMER do Hospital de S. José em colaboração com o CHULC organizou entre 30 de Novembro e 1 de Dezembro de 2018 a 3ª edição do “Congresso STATUS 5 – Trauma, Emergência, Reanimação – O Estado da Arte”, cujo certificado de participação se encontra no Anexo I.

A VMER do HSJ tem como áreas de influência 12 atuais freguesias de Lisboa: *“Areeiro, Arroios, Beato, Estrela, Marvila, Misericórdia, Olivais, Parque das Nações, Penha de França, Santa Maria Maior, São Vicente, Santo António; e as freguesias do concelho de Loures: Moscavide, Portela, Sacavém, Prior Velho. Apesar das freguesias citadas constituírem freguesias de atuação direta, atua ainda, sob indicação do CODU, nas restantes freguesias do Concelho de Lisboa e Loures, assim como nos concelhos de Odivelas, Almada, Seixal, Sesimbra, Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Oeiras, Mafra, Alcochete, Montijo, Barreiro, Setúbal, entre outros.”* (Ministério da Saúde, 2020).

No decorrer do estágio de observação na VMER do HSJ, foram realizados 4 turnos pré-fornecidos pelo responsável de enfermagem, nos quais tive a oportunidade de acompanhar todo o percurso: desde a ativação ao encaminhamento hospitalar, caso se verifique. No decorrer do estágio de observação não existiu nenhuma ativação para vítimas de trauma, no entanto, o fenómeno é parte integrante da casuística das ativações da equipa VMER, tal como evidenciado no gráfico III.

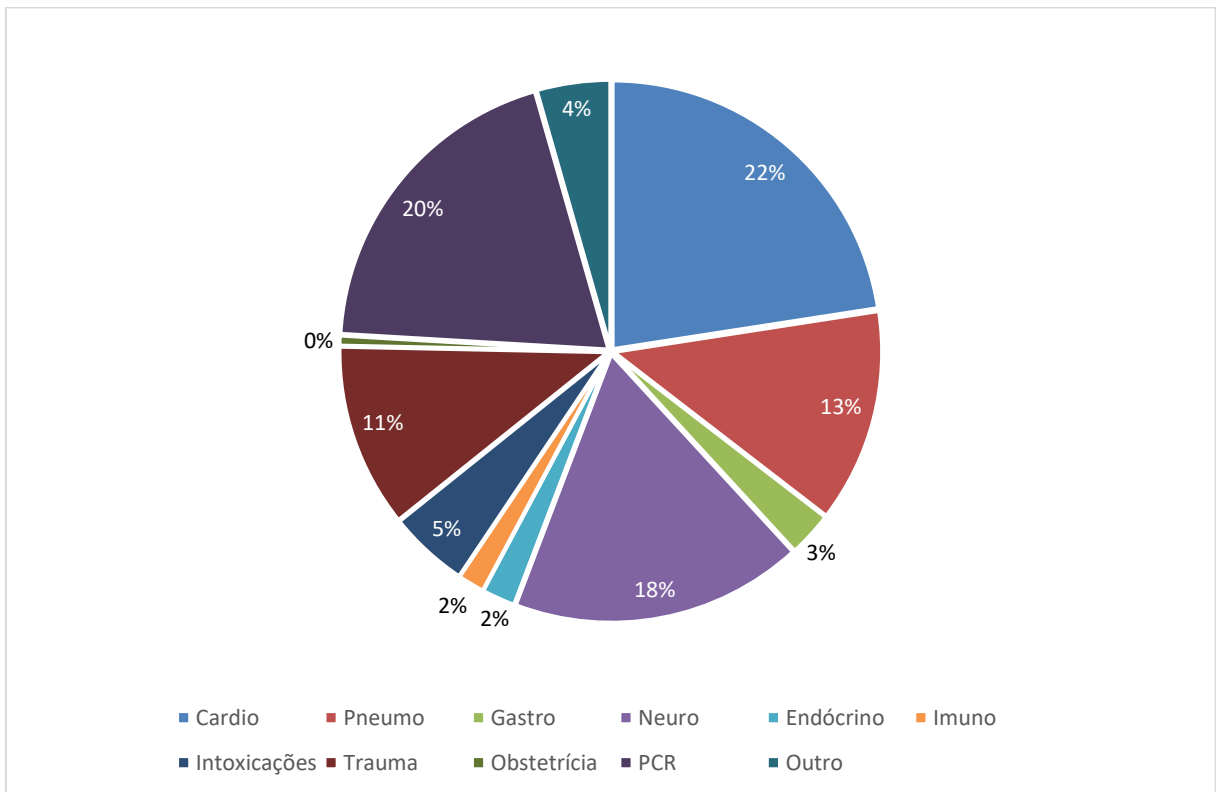


Gráfico III – Relatório de Atividade da VMER (Dados não publicados colhidos pela autora)

É importante reforçar que todos os elementos da equipa VMER (Médicos e Enfermeiros) detêm formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) e mais especificamente em *Advanced Trauma Life Support (ATLS)* ou *International Trauma Life Support (ITLS)*.

O método de prestação de cuidados utilizado é em equipa.

1.2.3 Unidade de Urgência Médica (UUM)

A Unidade de Urgência Médica (UUM) é uma unidade de internamento com tipologia de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de nível III (com um total de 16 unidades) e de nível I, cuja tipologia é de cuidados intermédios (com um total de 8 unidades). Segundo os CENSOS de 2011 a UUM detém uma taxa de ocupação de 94,3% com uma média de dias de internamento de 6.883 dias. É a UCIP com maior taxa de ocupação na área da grande Lisboa e Vale do Tejo (Ministério da Saúde, 2013).

Segundo a Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2014, p. 38) a UCI de nível I é descrita como:

“Visa basicamente monitorização, normalmente não invasiva.

Pressupõe capacidade de assegurar manobras de reanimação e a articulação com outras unidade/serviços de nível superior”

Pressupõe um rácio de um enfermeiro para até 3 pacientes. Na UUM o rácio à data da realização do ensino clínico era de 1:4. Quanto à capacidade de articulação com outras unidades de nível superior este preâmbulo é assegurado pela gestão dentro do próprio serviço uma vez que tal como previamente enunciado, a UUM também dispõe de 16 unidades de nível III.

A norma de cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2014, p. 38) descreve a UCI de nível III como:

“Corresponde aos denominados serviços de medicina intensiva/UCI que devem ter preferencialmente quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista 24 horas. Pressupõe acesso aos meios de monitorização e de diagnóstico e terapêutica necessários. Deve dispor e implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos. Por definição UCI nível III são UCI polivalentes, em que ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para os doentes por que se é responsável”

A esta tipologia de UCI de nível III correspondem as dotações seguras com rácio de 1 enfermeiro para 1 paciente. Na UUM o rácio à data da realização do ensino clínico era de 1 enfermeiro para 2 pacientes.

Para além das unidades de internamento, a UUM tem outras valências, como a sala de técnicas dialíticas, para onde se transferem os utentes que se encontram nos demais serviços do HSJ, cuja situação clínica, por decisão médica, não permita em segurança a transferência para o serviço de

nefrologia do CHULC, que se situa no Hospital Curry Cabral. A unidade dispõe de uma sala de procedimentos (eletrocáteter, fibroscopia, colocação de PEG) e de uma sala sempre disponível para implementar o protocolo de Ressuscitação Cardiopulmonar assistida com ECMO (RCP-E). Desde 2017 que o CHULC viu reunidas as condições para a progressão e melhoria assistencial dos pacientes em paragem cardiorrespiratória, possibilitando a ressuscitação cardiopulmonar assistida por ECMO na área metropolitana de Lisboa, instituindo a Via Verde PCR. Após admissão dos pacientes desta tipologia na UUM e subsequente avaliação clínica, os doentes são submetidos a manobras de ressuscitação via RCP-E (ressuscitação cardiopulmonar assistida com ECMO) ou podem ser candidatos a dadores de coração parado. A tipologia de ECMO e CPR estão bem definidos os critérios de inclusão, tempos-alvo para cada intervenção e objetivos a atingir com este programa, os quais se encontram representados na figura II.

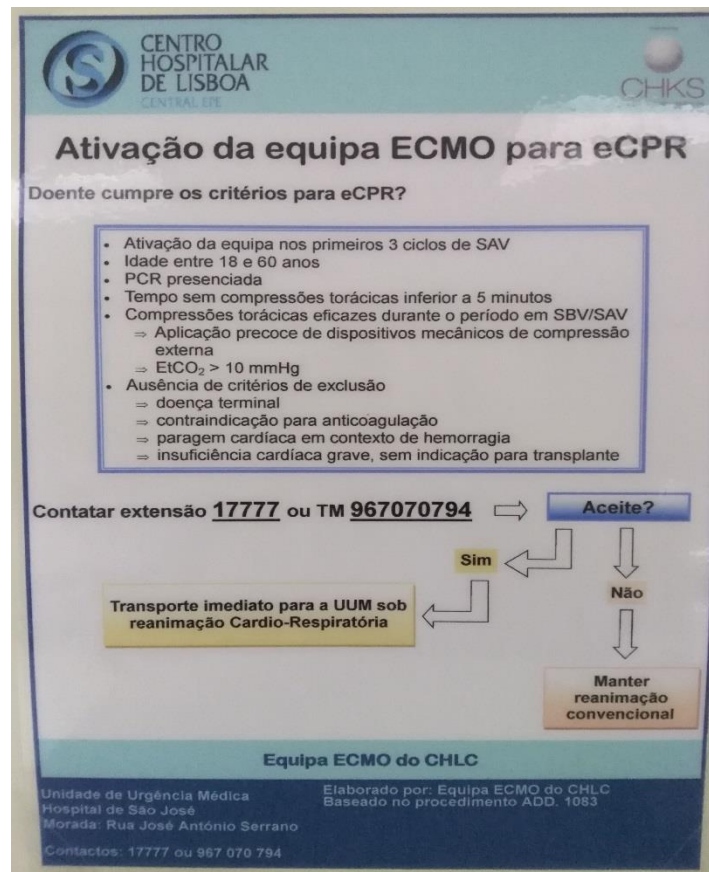


Figura II- Critérios de ativação Via Verde PCR (Equipa ECMO CHLUC, 2017)

Importa ainda compreender a temática em estudo no âmbito da UUM. A vítima de trauma representou 8% da casuística dos motivos de internamento na UUM, no ano de 2017. O gráfico IV é representativo da casuística dos internamentos na UUM.

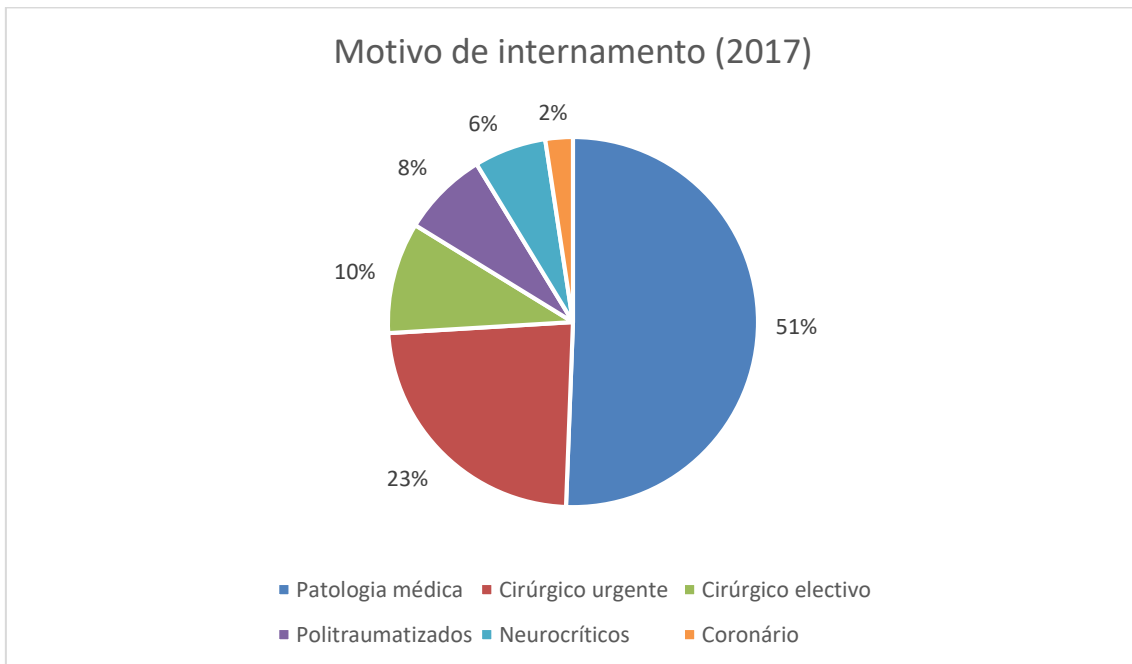


Gráfico IV – Representação dos motivos de internamento na UUM (2017). Autor: Enf. supervisor

Por fim, urge caracterizar a equipa de enfermagem da UUM que é formada por 85 elementos repartidos por 5 equipas de enfermagem com horário rotativo e 6 elementos em horário fixo, entre os quais se inclui a enfermeira chefe e elementos de apoio à gestão.

Dos elementos de enfermagem fazem parte: 15 especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, 6 em enfermagem de reabilitação e 1 em psiquiatria e saúde mental. Da equipa multidisciplinar da UUM fazem ainda parte 16 médicos e 18 assistentes operacionais. Os enfermeiros responsáveis de cada uma das 5 equipas são todos detentores do título de especialistas em Enfermagem.

O método de prestação de cuidados de enfermagem é o individual e o em equipa em situações de reanimação e/ou outras de elevada complexidade clínica.

2. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR

2.1 Enquadramento Teórico: A teoria de Patrícia Benner

A enfermagem sofreu um processo de transição no início do século XX após ter sido reconhecida a necessidade da sua profissionalização, ao invés do paradigma da vocação à qual esteve intimamente ligada desde os seus primórdios. Foi nos meados da década de 80 e 90 que o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem ganhou proporção, numa época denominada por “Era das Teorias”. *Fawcett* contribuiu significativamente para a compreensão do conhecimento em enfermagem, através da formulação de um metaparadigma de conhecimento em enfermagem que assenta nos conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem (Aligood, 2015).

Em Portugal estes quatro conceitos estão de igual forma enquadrados nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012). Nesse documento emitido pela Ordem dos Enfermeiros, pessoa é definida como um *“ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (...)”*; por sua vez saúde, é definida como *“o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual (...)”*; o ambiente *“é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa / ambiente”* por fim, a prática de enfermagem é definida como *“O exercício profissional que se centra na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem (...)”* (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012, pp. 8-11).

As teorias de enfermagem suportam a prática dos cuidados de enfermagem e variam consoante o seu nível de alcance e esfera de ação, pressupõe-se por isso que, quanto mais abstrata, mais abrangente será a teoria e quanto mais concreta mais específica será (Aligood, 2015).

Em 1984, *Patricia Benner* proporciona uma visão distinta da natureza da prática de Enfermagem, especificando a metodologia sob a qual o conhecimento da prática é adquirido e como se desenvolve ao longo do tempo (Aligood, 2015). Por se tratar de uma teoria com vasta aplicabilidade quer na área do doente crítico quer do desenvolvimento de competências do enfermeiro, foi incluída a teoria de Patrícia Benner como teoria de enquadramento da intervenção profissional major aqui apresentada e posterior análise crítica da aquisição de competências.

Em 1984, Patrícia Benner apresentou o conceito de perito em enfermagem, definindo-o como o profissional de enfermagem capaz de desenvolver habilidades ao longo do tempo, a partir de uma multiplicidade de experiências profissionais. Propôs que se adquirem e desenvolvem conhecimentos e habilidades clínicas (o denominado “know-how”) em termos de conhecimento prático e investigação sobre a clínica (Nunes, 2010).

Para uma melhor compreensão da prática em enfermagem, Benner desenvolveu uma investigação baseada na observação da prática clínica de enfermeiros em diferentes hospitais. Tendo como principal referência o modelo de competências de Dreyfus, classificou os enfermeiros em cinco categorias (principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito), que traduzem o nível de competência para a prestação de cuidados, da mesma investigação define domínios e competências na prática de enfermagem (Benner P. , 2001).

O desenvolvimento profissional segundo a parametrização de *Benner* categoriza-se segundo as etapas (Benner P. , 2001):

1 - “Enfermeiro iniciado”: Neste estadio profissional, o enfermeiro atua de acordo com as indicações e procedimentos que lhe são endereçados. A sua performance é o produto do seu percurso académico sendo expectável depararem-se com dificuldades de integração e no estabelecimento de prioridades de ação;

2 - “Enfermeiro iniciado avançado” é aquele que já orienta a sua praxis clínica através da capacidade de identificar situações. O seu desempenho é demonstrativo da manutenção da dificuldade em gerir a ação, ocorrendo sobretudo por repetição;

3 - “Enfermeiro competente”, que desenvolve a sua prática clínica numa determinada área há dois ou três anos, tendo conseguido desenvolver capacidades de planeamento. A sua atuação clínica incorre do recurso ao pensamento abstrato e analítico face a situações que lhe são familiares. Ainda assim, a tomada de decisão em tempo útil é ainda uma dificuldade.

4 - O “enfermeiro proficiente” é o profissional que desenvolveu a capacidade de analisar determinada situação na sua vertente holística, antecipando os resultados esperados e alterando os seus planos de ação sempre que se justifique. A tomada de decisão é nesta etapa um processo inerente à prestação de cuidados. No entanto, quando confrontado com fenómenos ocasionais mais complexos pode não ser capaz de os compreender ou explicar;

5 - O “enfermeiro perito” que constitui a etapa final de desenvolvimento profissional, é aquele que dá uso à intuição, desvinculando-se de guias orientadoras e instruções de trabalho, conjugando os conhecimentos científicos, a formação e as vivências profissionais como forma de gerir a sua praxis clínica. Demonstra uma elevada resiliência, versatilidade e celeridade na tomada de decisão. O seu desempenho é facilmente reconhecido pelos elementos da equipa multidisciplinar e pelos pacientes.

Tendo como foco os cuidados de enfermagem aos pacientes em situação aguda e crítica, (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011), identificaram componentes dos hábitos de pensamento e de ação e do domínio da prática de enfermagem à pessoa em situação crítica, os mesmos encontram-se enunciados na figura III.

Habits of Thought and Action and Domains of Practice in Acute and Critical Care Nursing Practice

Habits of Thought and Action

- Clinical grasp and clinical inquiry: Problem identification and clinical problem solving
- Clinical forethought: Anticipating and preventing potential problems

Domains of Practice

- Diagnosing and managing life-sustaining physiologic functions in acutely ill and unstable patients
 - The skilled know-how of managing a crisis
 - Providing comfort measures for the critically and acutely ill
 - Caring for patients’ families
 - Preventing hazards in a technological environment
 - Facing death: End-of-life care and decision making
 - Making a case: Communicating clinical assessments and improving teamwork
 - Patient safety: Monitoring quality, preventing and managing breakdown
 - The skilled know-how of clinical and moral leadership and the coaching and mentoring of others
-

Figura III – Hábitos de pensamento em ação e domínios da prática de enfermagem à pessoa em situação crítica (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011)

Dos domínios da prática acima enunciados é possível fazer-se a transição às competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica. (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018), essa associação encontra-se representada na tabela I.

Domínio da Prática (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011)	Competência do Enf ^o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) + Pessoa em situação Crítica (PSC) (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018)
Diagnosticar e gerir situações que incorrem em risco de vida eminente	“K 1.2.5. – Prioriza as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.” (EEMC)
A capacidade de gerir uma crise	“K 2.2.2. – Adapta planos de emergência e catástrofe, em articulação com o nível estratégico, aquando a administração de processos terapêuticos complexos nos diversos contextos de atuação.” (EEMC) “K 2.4.6 – Gere a comunicação de informações referente à evolução da situação de emergência ou catástrofe.” (PCS)
Proporcionar cuidados de conforto aos pacientes em situação crítica e aguda	“K 1.3.3 – Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor;” (PSC) “K 1.3.4 – Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor;” (PSC) “K 1.3.5 – Demonstra conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia;” (PSC)
Apoiar a família dos pacientes	“K 1.4.1 – Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica;” (PSC) “K 1.5.2 – Reconhece o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa, família/cuidador em situação crítica;” (PSC) “K 1.5.3 – Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidador em situação crítica” (PSC) “K 1.6.1 – Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica” (PSC)
Encarar a morte: Tomada de decisão e cuidar em processo de fim de vida	“K 1.6.2 – Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.” (PSC)
Construir casos: Comunicar avaliações clínicas e aperfeiçoar o trabalho em equipa	K 2.2.1. - “Intervém como gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem (EEMC) “K 2.2.3 – Difunde o plano de emergência e catástrofe pela equipa;” (PSC)

	<p>“K 2.3.3 — Integra a equipa pluridisciplinar e pluriprofissional na organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos de intervenção;” (PSC)</p> <p>“K 2.4.1 — Lidera a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa;” (PSC)</p> <p>“K 2.4.2 — Avalia em contínuo a articulação e eficiência da equipa;” (PSC)</p>
Segurança do paciente: Monitorizar qualidade; prevenir e gerir o colapso	<p>“K 2.1.1. – Diagnostica precocemente as complicações resultantes da doença aguda ou crónica e dos processos terapêuticos complexos” (EEMC)</p> <p>“K 2.1.3. – Dinamiza a conceção, planeamento e intervenção no controlo dos sinais e sintomas decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e cirúrgicos complexos.” (EEMC)</p>
Perícia em saber como liderar	<p>“K 2.3.3 — Fomenta medidas de correção, salvaguardando a segurança e qualidade dos cuidados e promovendo a formação da equipa em articulação com comissões ou organismos institucionais.” (EEMC)</p>

Tabela I – Associação entre os domínios da prática identificados por *Benner* e colaboradores e as competências do EEMC e PSC (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011) & (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

A relação que existe entre as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e da pessoa em situação crítica e os domínios da prática identificados por *Benner* e colaboradores quanto aos cuidados de enfermagem aos pacientes em situação crítica, é clara. Desta forma, pretendeu-se à clarificação da pertinência do estudo da teórica em questão, como cerne da IPM. O mesmo objetiva o desenvolvimento de competências, domínios de ação e a construção faseada de um raciocínio clínico que tem como alicerces constantes a postura crítica acerca da multiplicidade de contextos profissionais.

2.2 Enquadramento conceptual: A avaliação da vítima de trauma

O trauma assume-se como a causa principal de morte a nível mundial. Nos Estados Unidos, é o evento com maior taxa de mortalidade em jovens adultos, perfazendo um total de 10% da causa de mortalidade nos seus cidadãos. Relativamente à incidência de episódios de urgência, o trauma é responsável por 50 milhões de admissões em serviços de urgência, só nos Estados Unidos (Kostiuk & Burns, 2020). O politraumatismo é definido como uma lesão de dois ou mais sistemas orgânicos, secundária a mecanismos de traumatologia que envolvem desde acidentes com veículos motorizados (acidentes de viação e com equipamentos agrícolas), a quedas, agressões, lesões por atropelamento, lesões penetrantes e lesões resultantes de fenómenos de explosão (nomeadamente queimaduras) (Monahan, Sands, Neighbors, & Marek, 2010).

Desta forma, e sob claro reconhecimento do impacto que este fenómeno representa na saúde pública, a Direção-Geral da Saúde (DGS) emitiu em 2010 uma circular normativa, dirigida a todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde (SNS). A mesma reconhece a importância das recomendações de duas entidades de referência na área: a Organização Mundial de Saúde (OMS), que em 2009 emitiu orientações e normas para a implementação de sistemas de trauma e projetos de melhoria da qualidade da abordagem e tratamento do doente traumatizado; e, da Ordem dos Médicos (OM) de Portugal, que havia publicado em 2009 o manual: “Normas de boa prática em Trauma” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2010). Desta forma, sendo largamente reconhecido que existe um feixe de intervenções que quando aplicado numa fase prematura, causa uma redução das complicações e subsequente mortalidade e morbilidade associada, a DGS traduziu e adaptou as orientações existentes com a cooperação ativa de um conjunto de peritos das sociedades científicas afetas ao tema, da Ordem dos Enfermeiros e da OM.

O trauma assume-se, segundo a OMS, como um problema de saúde em crescendo à escala mundial, uma vez que, diariamente cerca de 16000 pessoas morrem em consequência de lesões traumáticas. Por sua vez, o número de comorbidades e morte como consequência de lesões traumáticas tem incidência muito superior em países em desenvolvimento. Desta forma, a diminuição do impacto das lesões traumáticas é assumida pela OMS, como um dos maiores desafios de saúde pública do século. As *guidelines* de abordagem ao paciente vítima de trauma assumiram-se, por conseguinte, como um instrumento coadjuvante da redução de disparidades de cuidados de saúde a nível mundial (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2010).

As *guidelines* de cuidados ao paciente vítima de trauma, incluem 14 focos: 1) Abordagem da via aérea; 2) Respiração; 3) Circulação; 4) Traumatismo crânio-encefálico (TCE); 5) Lesão Cervical; 6) Lesão torácica; 7) Lesão abdominal; 8) Lesão dos membros; 9) Lesão da coluna vertebral; 10) Queimaduras e feridas; 11) Reabilitação; 12) Controlo da dor e medicação; 13) Diagnóstico e monitorização; 14) Segurança dos profissionais de saúde (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2010). Estas 14 categorias, são evidenciadas em matrizes que classificam a exigência quer de conhecimentos técnico-científicos e competências dos profissionais de saúde, quer da tipologia de equipamentos e de recursos dos centros de atendimento (classificados em *basic, general practise, specialist e tertiary*), em prioridades designadas de: *essential; desirable, possibly required; irrelevant*. Através da própria definição da OMS do nível de prioridade em questão, depreende-se que a adequação dos recursos e formação dos profissionais deve ser proporcional ao nível de especificidade do centro de trauma. Não obstante, ao longo das 14 categorias, estão contemplados diversos aspetos de avaliação, intervenção e equipamentos, que são transversais a todos os centros (intitulados de essenciais), mesmo quando falamos de centros que detêm orçamentos reduzidos (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2010).

Em consonância com aquelas que constituem medidas organizacionais por parte da OMS, que perspetivam a segurança da vítima de trauma, a DGS estabelece o que é exigido de todas as unidades com serviço de urgência, quer se trate de uma equipa de trauma inserida num serviço de urgência básico, num serviço de urgência médico-cirúrgico, num serviço de urgência polivalente ou de uma equipa de trauma consultiva (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2010).

De forma a compreender o fenómeno do trauma e das boas práticas a ele associadas, foi realizada uma revisão sistemática da literatura intitulada de “A avaliação da vítima de trauma em contexto pré e intra-hospitalar: Uma revisão sistemática”. A revisão que se encontra apresentada no Apêndice I serve de estrutura à intervenção profissional major desenvolvida no ponto 2.

Constatou-se que a avaliação da vítima de trauma tem características inerentes ao contexto a que se associa. No pré-hospitalar a avaliação inicial foi considerada pelos profissionais de saúde como um momento propulsor de todo o modelo de atuação perante a vítima. Foi inclusivamente referido pelos participantes do estudo que, em segundos após a *scene size-up*, era estratificada a gravidade do paciente crítico, bem como estruturado quer o devido encaminhamento, quer a abordagem pela metodologia A, B, C, D, E. Uma avaliação mais criteriosa tem lugar numa fase posterior, durante o transporte. No entanto, é também assumido que este percurso de celeridade vs precisão pode significar um risco aumentado quando o agente avaliador é composto por profissionais com pouca experiência (Jones, Cushman, Lerner, Fisher, Seplaki, & Shah, 2016). No que concerne à aplicação de

guidelines/checklists, foi apontado como principal motivo para a sua não utilização integral na prática clínica, a opinião dos profissionais de que a abordagem ao paciente vítima de trauma não pode ser um processo linear, isto é, de intervenções sistematizadas e/ou sucessivas desprovidas de especificidades da vítima (Jones, Cushman, Lerner, Fisher, Seplaki, & Shah, 2016). Não obstante, a utilização das mesmas é apontada como instrumento válido e com forte importância no processo formativo.

No estudo desenvolvido por Hasek, et al., uma *checklist* foi aplicada como material de apoio à formação de profissionais de saúde que atuam em contexto pré-hospitalar. Concomitantemente, este estudo longitudinal teve também uma forte incidência na importância da componente formativa quanto à qualidade dos cuidados à vítima de trauma no pré-hospitalar, na medida em que não compara apenas a implementação da *checklist*, mas sim a sua implementação previamente e após a formação ITLS dos intervenientes, tendo obtido resultados interessantes quer na melhoria do tempo despendido face à avaliação da vítima quer na qualidade da comunicação efetuada pelo *team leader* (Haske, et al., 2018).

Em relação à avaliação da vítima de trauma em contexto de sala de emergência, um estudo observacional debruçou-se sobre o tempo de permanência na mesma. Constatou-se que quanto maior o índice de gravidade da vítima (*ISS-Injury Severity Scale*) maior seria o tempo de permanência na sala, o que foi inclusive sugerido pelos autores como um fenómeno a compreender, uma vez que estratificada a gravidade destas vítimas, as mesmas seriam as que mais beneficiariam da diferenciação de cuidados de uma forma precoce. A diferença significativa que existe entre a formação ITLS ao nível da mortalidade de pacientes vítimas de trauma, é um dos achados major do estudo (Theodorou, et al., 2008).

Em contexto de UCI, o artigo de revisão sistemática selecionado vem reforçar a importância de uma avaliação estruturada da vítima de trauma. Esta revisão assume-se como um complemento quanto ao estado da arte no que concerne à abordagem da vítima de trauma preconizada pelo ITLS (Tisherman & Stein, 2018). Dos achados descritos realçam-se: em pacientes com hipoxemia refratária, o decúbito ventral (estudo de meta-análise de 11 estudos de corte com grupos de controlo) e a utilização de vasodilatadores pulmonares (estudo de revisão) assumem-se como terapias de resgate. Inicialmente, o suporte destes pacientes em ECMO (*Extracorporeal membrane oxygenation*) pensava-se contraindicada pelo risco de hemorragia, no entanto, na presente revisão, foram inseridos 2 estudos (de *coorte*, em grandes centros de trauma), que revelaram que o mesmo pode ser utilizado com segurança, segundo critérios específicos de seleção. Quanto aos cuidados de ressuscitação em UCI's, as *guidelines* de 2018 da *Eastern Association for the Surgery of Trauma* sugerem que as utilizações de

ecografia combinada com a análise da curva da linha arterial podem prever complicações e lesões orgânicas, mas não a mortalidade. A hemorragia em pacientes vítimas de trauma assume-se como a causa mais frequente de hipotensão. Em pacientes com hemorragia ativa, a hipotensão permissiva assume-se como estratégia. O doseamento de lactato sérico tem sido estudado como fator preditivo de mortalidade. Um estudo randomizado com grupo de controlo num centro de trauma, demonstrou a eficácia da utilização do ácido tranexâmico em pacientes com hiperfibrinólise. Relativamente ao traumatismo torácico, o controlo da dor é imperativo na prevenção das atelectasias e pneumonias. A abordagem do TCE grave em UCI's passa pela prevenção de lesões secundárias (hipoxia, hipotensão, edema cerebral e isquemia). A ventilação adequada é crucial, visto que a hipercapnia pode aumentar a pressão intracraniana (Tisherman & Stein, 2018).

Num dos estudos analisados foi levada a cabo uma reestruturação do programa de implementação de *checklists* em vigor numa TICU (Trauma Intensive Care Unit) (Joseph, et al., 2018). Uma vez que os resultados das aplicações das mesmas têm sido ambíguos, o estudo perspetivou o reconhecimento do impacto da aplicação de uma *checklist* multidisciplinar numa TICU, com recurso à utilização de métricas de qualidade. A tipologia das *checklists* está, por vezes, intimamente ligada ao seu não preenchimento, nas fases em que a atividade clínica é exponencial, aspeto que foi apontado no decorrer do estudo pelos intervenientes (Joseph, et al., 2018). Contrariamente ao argumento mais utilizado pelos profissionais de saúde, constatou-se que a aplicação da TRAUMA LIFE dura em média 60 a 90 segundos da prestação de cuidados. A sua implementação está associada a uma diminuição das taxas de infeções associadas à algaliação e outros dispositivos urinários e da pneumonia associada à ventilação. A mesma, teve também uma projeção na consistência da periodicidade e proximidade com os familiares das vítimas de trauma (Joseph, et al., 2018). Este achado do estudo fomenta a importância do mesmo no contexto da valorização e implementação de um ambiente terapêutico e seguro, promovendo o envolvimento familiar, respeitando sempre em primeira instância a vontade do paciente.

A revisão sistemática do estado da arte quanto à prevalência das MI's na avaliação da vítima de trauma é pertinente na medida em que se assume como um indicador da qualidade dos cuidados prestados bem como um alicerce à fundamentação da aplicação de *checklist's*. Dos demais estudos incluídos denota-se uma discrepância na definição de MI's, bem como do contexto da sua aplicação, aspeto que foi apontado como uma barreira à universalidade dos resultados.

No estudo levado a cabo por (Biffi, Harrington, & Cioffi, 2003) as MI's são definidas como as lesões que foram identificadas após 24h da admissão da vítima de trauma numa TICU, ou as lesões

que não foram identificadas pela aplicação da avaliação terciária de trauma (ATT). Denotou-se a diminuição das MI's em 1,5% após a aplicação da ATT. Como fatores para a prevalência das MI's os autores apontaram: a existência de lesões que incorrem em risco de vida eminente; alteração do estado de consciência das vítimas (quer por lesão cerebral, quer por intoxicação e/ou sedação) e a inexperiência do avaliador e/ou erros radiológicos. No estudo de (Giannakopoulos, et al., 2012) é abordada a prevalência das MI's com maior enfoque à sala de reanimação de trauma, através das análises dos estudos radiológicos. No mesmo, as MI's foram definidas pelos autores como as lesões detetadas após a avaliação primária e secundária (essa lesão detetada à posteriori não foi suspeita na investigação clínica, radiológica ou não foi realizada nenhuma avaliação específica com enfoque à lesão). Foram identificados na amostra dos pacientes estudados fatores que contribuíram para a prevalência das MI's: lesões que representam risco de vida eminente; intervenções de emergência; lesões neurológicas severas; procedimentos de intubação e/ou sedação; e necessidade de estabilização em UCI. A taxa de MI's no estudo foi de 8.2%, sendo que 2/3 das mesmas foram identificadas após a ATT. Segundo os autores esta evidência é um alicerce à necessidade da introdução de uma *checklist* de ATT, dado que a realização incompleta ou a não realização da avaliação terciária é apontada como fator despoletador. Segundo as orientações do ATLS, as lesões que representam risco de vida eminente são diagnosticadas e tratadas em primeira instância. Os autores sugerem que se faça uma diferenciação entre MI's e lesões cujo risco foi calculado, acreditando que a sua prevalência diminuiria significativamente (Giannakopoulos, et al., 2012).

Apenas no estudo de (Tammelin, Handolin, & Soderlund, 2016) os autores alegam não identificarem benefícios na implementação de uma ferramenta de apoio à avaliação terciária da vítima de trauma, uma vez que o valor das MI's era reduzido. No entanto, a comparação das MI's é realizada com outros estudos que incluem grupos de controlo (contrariamente àquele que é o desenho do estudo em questão) e a amostra do estudo é reduzida. Pelo que se considera que tal conclusão incorre em risco de viés.

Foi igualmente avaliada a implementação da *World Health Organization Trauma Care Checklist* (WHO-TCC), que se traduz numa *checklist* que teve como alicerces protocolos pré-existentes, com o intuito de uniformizar e reforçar aspetos da avaliação inicial das vítimas de trauma. No estudo (Lashoer, 2017) foi avaliada a aplicação da mesma, em contextos demográficos e socioeconómicos completamente díspares, tendo sido denotada uma diminuição da mortalidade das vítimas de trauma de 50% nos ISS elevados (≥ 25). Denotar que se retirássemos da amostra os países subdesenvolvidos, este valor diminuiria substancialmente. Os achados do estudo sugerem que a implementação de uma

checklist previne os erros clínicos através da consolidação dos protocolos de abordagem à vítima de trauma pré-existent (ATLS). No entanto, é crucial ter-se em conta a necessidade do treino constante e adaptação das equipas face à implementação da *checklist* e ATLS.

No estudo qualitativo levado a cabo por (Nolan, Zakirova, Bridge, & Nathens, 2014), os profissionais de saúde participantes referiram como barreiras à implementação da WHO-TCC o atraso no tratamento do paciente, em contrapartida, um dos participantes referiu ser nos pacientes mais críticos que é imperativo a realização da *checklist* para evitar a prevalência de MI's bem como reduzir os riscos inerentes aos transportes intra-hospitalares. Outros aspetos evidenciados foram a indefinição dos papéis e o descompromisso com a aplicação da WHO-TCC, que constituem aspetos interpessoais de interação entre equipas que devem e têm de ser trabalhados em consonância. Desta forma, as barreiras levantadas cruzam essencialmente com valores e normas institucionais vincadas que necessitam de atualização em prol da segurança da vítima de trauma em específico, e do paciente crítico no geral.

2.3 Formulação de uma norma de avaliação da vítima de trauma

2.3.1 Diagnóstico de situação

A metodologia de projeto serve de alicerce à formulação da presente IPM. A mesma objetiva focar na resolução de problemas, num processo de aquisição de capacidades e competências fruto da elaboração e concretização de projetos numa situação real. É por isso, uma ligação entre a prática e a teoria (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Tal como descrito pela metodologia de projeto, numa primeira instância procura-se a compressão daquelas que são as necessidades ou potencialidades do serviço clínico em questão. Trata-se de uma etapa em que se procura a implementação de uma análise adaptada às necessidades da população em estudo, com o intuito de desenvolver planos estratégicos e respetivas ações à formulação do projeto (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Assim, foram utilizados dois instrumentos diagnósticos: as entrevistas não estruturadas com peritos, nomeadamente com a Enfermeira-chefe e o Enfermeiro orientador; e a análise S.W.O.T.. No que concerne à realização de entrevistas, as mesmas constituem um meio de recolha de informação, opiniões ou necessidades. No entanto, a entrevista pode ser condicionada pela relação estabelecida entre entrevistador e entrevistado (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). A análise SWOT refere-se a um instrumento onde se enumeram as fraquezas (*Weakness*), as ameaças (*Threats*), as forças (*Strengths*) e as oportunidades (*Opportunities*), que permite balancear os elementos positivos e negativos face ao problema e à necessidade identificada (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Trata-se desta forma, de uma técnica sintetizadora e de simplificação de linhas de análise, assim como, de diagnóstico (Santos, Sobreiro, & Calca, 2007).

Apesar de no planeamento do estágio do ensino clínico final constar a formulação de uma *checklist* tanto no SUP (avaliação primária e secundária) como na UUM (avaliação terciária), após entrevistas informais com peritos, nomeadamente a enfermeira-chefe do SUP do CHULC, a *checklist* foi redefinida para aplicação na UUM. Como forte condicionante à aplicação da escala nos restantes contextos foi identificada a incapacidade da utilização da mesma na prática clínica diária das equipas multidisciplinares do SUP. Foi referido que não se conseguiria aplicar um instrumento de avaliação de vítima de trauma em suporte informático, logo nunca poderia constar nos registos de enfermagem de uma forma intuitiva. Do mesmo modo, a alternativa apresentada (a realização em formato papel para preenchimento na sala de reanimação) não foi considerada, uma vez que já tinham sido postas em

vigor escalas de avaliação de doentes críticos embora noutros contextos que não o de trauma, com escassa adesão.

Foi então nesta altura que o planeamento inicial foi redefinido e consoante o diagnóstico de situação do SUP, a IPM foi redirecionada para a aplicação de uma escala de avaliação terciária na UUM. Para além da dificuldade acima descrita, a inexistência de um protocolo de avaliação terciária estruturada, organizada e protocolada no CHULC, foi catalisadora da IPM.

Debrucemo-nos então sobre a casuística da UUM: constatou-se que, conforme evidenciado no ponto 1.2.3. no que alude à tipologia de internamentos, em 2017, 8% da casuística foi associada a doentes politraumatizados, sendo também reconhecível que à data da realização do ensino clínico não existia nenhuma norma institucional ou *checklist* implementada com o intuito de registar a avaliação terciária das vítimas de trauma e/ou reduzir ou estratificar as MI's. Tal como evidenciado no ponto 2.2. a evidência científica é clara quanto à pertinência da utilização de instrumentos de avaliação na identificação atempada de lesões resultantes do trauma. Desta forma, tendo como princípio os pontos apontados na análise SWOT da UUM, foi planeada a implementação de uma checklist de avaliação terciária de trauma na UUM.

Na tabela II, encontram-se descritos os aspetos identificados fruto da análise SWOT da UUM.

	PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
INTERNOS (UUM)	<ul style="list-style-type: none"> • Condições físicas e estruturais, bem como disposição de equipamentos e sistemas de monitorização que preconizam a segurança do doente; • Temática adequada à casuística da UUM (tipologia de doentes); • Problemática relacionada com a segurança de cuidados; • Disponibilidade de uma equipa dinâmica, com elementos de referência que incutem um espírito reflexivo e de atualização constante da prática clínica; • A formação pré-existente em abordagem do paciente crítico; • Existência de formadores na área, que integram as equipas multidisciplinares; • Unidade nível I e III, que cumpre as exigências (recursos humanos e materiais) da norma de boa prática em trauma da ordem dos médicos • Inexistência de um protocolo e/ou <i>checklist</i> de avaliação da vítima de trauma 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzido número de enfermeiros com formação específica em ITLS/ATLS; • Disposição física da unidade por salas e não em sala aberta (maior responsabilidade individual e menor possibilidade de interação com os pares e/ou peritos na área)
EXTERNOS (Instituição Hospitalar e ambiente externo)	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
	<ul style="list-style-type: none"> • Tema inserido nos padrões de qualidade de enfermagem; • Temática que integra as competências de avaliação do paciente crítico, pelo enfermeiro especialista; • Problemática que influencia índices de mortalidade, morbilidade e tempo de permanência hospitalar; • Existência de norma da DGS e recomendações da Ordem dos Médicos; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de estudos observacionais na área; • Condições políticas atuais, que podem comprometer os recursos Humanos disponíveis e orçamentos; • A necessidade de procura individual por parte dos profissionais de saúde, de formação na área, junto de empresas externas certificadas

Tabela II – Análise S.W.O.T. da UUM (Autor: A própria)

A via verde trauma, assume-se como um protocolo instituído no HSJ do CHULC, E.P.E., que perspetiva o reconhecimento e ativação precoce de equipas de trauma quer na triagem em contexto de urgência, quer como elo de ligação com o CODU (pré-hospitalar). A mesma, rege-se quer por princípios de formação ITLS bem como normas de avaliação do doente trauma quer do Colégio de Cirurgiões, quer da DGS. No entanto, a via verde em vigor no CHULC direciona-se apenas à avaliação primária e secundária da vítima de trauma. É também neste sentido que surge a pertinência de criar um documento orientador à avaliação terciária na UUM, de forma a reduzir a prevalência de lesões que não tenham sido identificadas em avaliações primárias e/ou secundárias.

2.3.2 Formulação de objetivos

No processo de definição dos objetivos é necessário que os problemas identificados sejam descritos de forma sucinta, de modo a delinear a problemática que o projeto visa resolver (Nogueira, 2005). Dividem-se em gerais e específicos de acordo com a sua amplitude e complexidade e devem ser claros, sucintos, mensuráveis e exequíveis de forma a permitirem uma correta avaliação dos mesmos (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Respeitando as condutas supracitadas foi definido como objetivo geral:

- Melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem à vítima de trauma

Como objetivos específicos foram definidos:

- Elaborar uma *checklist* de avaliação terciária da vítima de trauma que se adeque à casuística da UUM;
- Adotar na prática clínica uma abordagem estruturada à vítima de trauma no momento de admissão na UUM, e na avaliação e monitorização subsequentes.
- Fomentar no seio da equipa multidisciplinar a proatividade na procura de formação ITLS;

2.3.3 Planeamento

O planeamento corresponde à terceira fase da metodologia de projeto. É uma etapa fulcral na medida em que são delineadas as estratégias necessárias para atingir os objetivos delineados (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Perspetivando o cumprimento do objetivo específico “Elaborar uma *checklist* de avaliação terciária da vítima de trauma que se adeque à casuística da UUM”, planificou-se a realização das seguintes atividades:

- Realizar pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, subordinada ao tema da avaliação da vítima de trauma;
- Realizar pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, subordinada ao tema da aplicação de instrumentos na avaliação da vítima de trauma em geral e da ATT em UIC's, em específico;
- Concretizar o curso de ITLS;
- Realizar uma entrevista com a enfermeira-chefe e o enfermeiro orientador com vista à elaboração de uma *checklist* de avaliação terciária da vítima de trauma, tendo por base as diretrizes da DGS;
- Após formulação da *checklist*, garantir o feedback dos peritos envolvidos no processo de criação da mesma;
- Delinear e adequar à UUM qual a frequência de aplicação da *checklist* baseada na estratificação de risco da vítima de trauma, perspetivando a segurança do utente;
- Enviar e apresentar a *checklist* ao enfermeiro orientador para dar continuidade à aplicação da mesma à posteriori (tempo reduzido de ensino clínico).

No que diz respeito ao objetivo específico “Adotar na prática clínica uma abordagem estruturada à vítima de trauma no momento de admissão na UUM, e posterior avaliação e monitorização subsequentes.” foram planeadas as seguintes estratégias de intervenção:

- Realizar pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, subordinada ao tema da avaliação da vítima de trauma;

- Planear com o apoio do enfermeiro orientador as técnicas e/ou metodologias de formação em serviço que melhor se adequam aos contextos da equipa, considerando o reduzido tempo de estágio clínico;

- Incentivar junto das chefias de equipa e elementos da equipa multidisciplinar à aplicação da *checklist*.

Debruçando-me sobre o objetivo específico delineado “- Fomentar no seio da equipa multidisciplinar a proatividade na procura de formação ITLS”, importa esclarecer que este objetivo embora aparentemente mais ambíguo é estruturante a todo o projeto de intervenção uma vez que resultante da análise SWOT se constatou um reduzido número de enfermeiros com formação ATLS, a rondar os 35% (segundo estimativa fornecida pelo enfermeiro orientador).

Conforme evidenciado no estudo (Haske, et al., 2018) a formação ITLS dos intervenientes, está associada quer à melhoria do tempo despendido face à avaliação da vítima quer na qualidade da comunicação efetuada pelo *team leader*. No que alude aos índices de mortalidade destas vítimas, a diferença significativa que existe entre a formação ATLS ao nível da mortalidade de pacientes vítimas de trauma, é um dos achados major do estudo (Theodorou, et al., 2008). Clarificada que está a pertinência da formação ITLS/ATLS da equipa multidisciplinar da UUM em geral, e dos enfermeiros em particular, foi apontada como maior dificuldade ao cumprimento deste objetivo a inexistência a nível institucional do fornecimento da mesma, de forma gratuita. Constitui exceção à problemática identificada os médicos e/ou enfermeiros que acumulam funções em contextos de VMER e/ou SIV, sendo o curso de ITLS parte integrante dos cursos de formação do INEM referidos.

2.3.4 Considerações Éticas

A IPM foi apresentada à comissão de ética para a saúde do CHULC, tendo tido como parecer a autorização dos respetivos responsáveis de serviço (SUP, VMER, UUM do HSJ). Concluiu-se ainda que *“dado tratar-se de um projeto de estágio para a obtenção de título académico, e não de um estudo de investigação, é do entender desta CES que, desde que sejam cumpridos os requisitos éticos e deontológicos inerentes à profissão, não é da sua esfera de competência emitir parecer sobre o mesmo”*. O parecer encontra-se representado na íntegra no Anexo II.

2.3.5 Execução

Esta etapa da consecução do projeto coloca em prática o planeamento concebido (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010) Esta fase constitui um enorme desafio na medida em que surgem os primeiros problemas à concretização do planeamento inicial, sendo crucial quer a orientação por parte de peritos, quer o sentido crítico e resiliência do enfermeiro.

Neste ponto é apresentado o processo de execução das atividades delineadas no ponto 2.3.3. Assim sendo, segue uma descrição detalhada do planeamento e execução:

- “Realizar pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, subordinada ao tema da avaliação da vítima de trauma”

Como parte integrante do planeamento do estágio, foi desenvolvida uma revisão sistemática da literatura referente ao objeto de estudo. A revisão de literatura caracteriza-se pela compilação da evidência científica em determinada área de interesse a abordar. Esta é produzida segundo uma narrativa descritivo-discursiva. Trata-se de um tipo de investigação que se foca num propósito bem definido, que objetiva identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis (Galvão & Pereira, 2014).

A revisão sistemática que constituiu um elemento orientador no percurso desenvolvido na intervenção profissional em específico, e do ensino clínico final em geral, encontra-se na íntegra no Apêndice I.

- “Realizar pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, subordinada ao tema da aplicação de instrumentos na avaliação da vítima de trauma em geral e da ATT em UIC’s, em específico”

Esta atividade convergiu com a anteriormente descrita (revisão sistemática – Apêndice I), no sentido em que a pergunta de investigação formulada “*Como é feita a avaliação das vítimas de trauma pelos profissionais de saúde?*”, engloba não só o estudo da metodologia da avaliação da vítima de trauma, mas também da aplicação de instrumentos, nomeadamente *checklist’s*.

Esquematizando os achados, existem aspetos que clarificam os benefícios da utilização de instrumentos de avaliação da vítima de trauma, consoante o seu contexto clínico (pré-hospitalar,

emergência ou UCI). Por exemplo, em serviços de urgência constatou-se um aumento significativo da realização de exames complementares e/ou avaliações clínicas, na sua generalidade, após a implementação da *checklist*. Também na urgência, após a aplicação de uma escala de trauma patenteada pela OMS, verificou-se que a implementação da mesma está associada a uma redução de 50% da mortalidade nos pacientes com maiores índices de gravidade (ISS \geq 25) (Lashoer, 2017).

Em UCI's a sua implementação de uma checklist de avaliação da vítima de trauma esteve fortemente associada a uma diminuição das taxas de infeções associadas à algaliação e outros dispositivos urinários e da pneumonia associada à ventilação. A mesma, teve também uma projeção na consistência da periodicidade e proximidade com os familiares das vítimas de trauma (Joseph, et al., 2018). O estudo de (Biffi, Harrington, & Cioffi, 2003) reforça também a importância da aplicação da avaliação terciária de trauma, uma vez que com a sua aplicação se diminui a presença de lesões ocultas em 39% nas UCIT e 36% no geral. Desta forma os autores sugerem ainda a aplicação rotineira desta avaliação como elemento integrante de cuidados de qualidade, cujo custo único é o tempo.

- “Concretizar o curso de ITLS”

Conforme evidenciado no estudo (Haske, et al., 2018) a formação ITLS dos intervenientes, está associada quer à melhoria do tempo despendido face à avaliação da vítima quer à qualidade da comunicação efetuada pelo team leader. No que alude aos índices de mortalidade destas vítimas, a diferença significativa que existe entre a formação ITLS ao nível da mortalidade das vítimas de trauma, é um dos achados major do estudo (Theodorou, et al., 2008). Como elemento propulsor da melhoria dos cuidados de avaliação, monitorização e vigilância da vítima de trauma em específico e da pessoa em situação crítica em geral, compete-me comprovar e demonstrar autonomia quer na procura de formação específica e certificada na área quer na constante atualização de conhecimentos. Posto isto, no Anexo III estão consagrados os certificados de formação em abordagem à vítima de trauma.

- “Realizar uma entrevista com a enfermeira-chefe e o enfermeiro orientador com vista à elaboração de uma *checklist* de avaliação terciária da vítima de trauma, tendo por base as diretrizes da DGS”; “Após formulação da *checklist*, garantir o feedback dos peritos envolvidos no processo de criação da mesma;” “Envio e apresentação da mesma ao enfermeiro orientador para dar continuidade à aplicação da mesma à posteriori (tempo reduzido de ensino clínico).”; “Delinear e adequar à UUM qual a frequência de aplicação da *checklist* baseada na estratificação de risco da vítima de trauma,

perspetivando a segurança do utente; “Incentivar junto das chefias de equipa e elementos da equipa de enfermagem e médica à aplicação da *checklist*”

As atividades supracitadas, tiveram como produto final a *checklist* de avaliação terciária de trauma que se encontra representada no Apêndice II. Conforme descrito, a mesma teve o seu validação clínico-científica, na pessoa da enfermeira-chefe e do enfermeiro orientador (ambos especialistas em enfermagem médico-cirúrgica) e validação pedagógico-científica, na pessoa da Prof.ª Dr.ª Maria do Céu Marques. Conforme Patricia Benner teoriza, perito é aquele que dá uso à intuição, desvinculando-se de guias orientadoras e instruções de trabalho, conjugando os conhecimentos científicos, a formação e as vivências profissionais como forma de gerir a sua praxis clínica (Benner P. , 2001). São por isso elementos da equipa de enfermagem facilmente identificáveis não só pelas características descritas, mas pela aceitação no seio da equipa de enfermagem, sendo tido como elementos-referência.

Constituiu-se desta forma o grupo focal, do qual fazem parte a enfermeira-chefe e o enfermeiro orientador da UUM, e a entrevistadora, na pessoa da autora. O objetivo principal dos grupos focais visa obter a perspetiva e respetiva opinião de indivíduos com conhecimento na área que possam dar resposta aos problemas e/ou desafios que o investigador propõe discutir. Desta forma, constitui uma modalidade de entrevista e por conseguinte, de investigação qualitativa, estabelecida de acordo com uma estrutura-guia que tem como propósito responder às necessidades do investigador (Oliveira, Filho, & Rodrigues, 2007).

A criação deste grupo para além da orientação durante o processo de criação da *checklist*, teve também como objetivo a continuidade do trabalho até então desenvolvido. Tal assume extrema pertinência uma vez que, a minha passagem pela UUM sucedeu durante um reduzido período de tempo (dentro do estágio final), o que poderá constituir uma dificuldade adicional à implementação e posterior avaliação da implementação do instrumento criado.

- “Delinear e adequar à UUM qual a frequência de aplicação da *checklist* baseada na estratificação de risco da vítima de trauma bem, perspetivando a segurança do utente”

Quanto à periodicidade de aplicação da *checklist*, decidiu-se a sua aplicação em 3 períodos: 1) admissão da vítima de trauma na UUM; 2) até 24h desde a admissão; 3) previamente à alta do utente. Esta periodicidade vai de encontro aquilo que tem sido preconizado pelos estudos analisados, de forma a produzir coerência com os resultados analisados.

- “Planear com o apoio do enfermeiro orientador as técnicas e/ou metodologias de formação em serviço que melhor se adequam aos contextos da equipa, considerando o reduzido tempo de estágio clínico;”

Um dos pontos-chave de uma investigação qualitativa quando à aplicação de uma *checklist* de avaliação da vítima de trauma foi a indefinição dos papéis e o descompromisso com a sua aplicação (Nolan, Zakirova, Bridge, & Nathens, 2014). Clarifica-se desta forma a pertinência da atividade supracitada, uma vez que a aplicação do instrumento está fortemente associada à compreensão da mesma, bem como da sua importância na segurança do doente crítico.

Consciencializada pelas dificuldades que se levantam à implementação de uma IPM num serviço clínico onde não me encontro a desempenhar funções como enfermeira, o papel desempenhado pelo enfermeiro orientador foi fulcral. Com funções de coordenação há vários anos e como um dos principais responsáveis pela formação formal e informal dos enfermeiros da UUM, bem como da avaliação de índices de qualidade tais como: taxas de infeção por cateteres vesicais; taxa de incidência de úlceras de pressão, entre outros; o enfermeiro orientador deu feedback positivo para que a aplicação da escala, após aprovação da mesma, se desenvolvesse uma atividade formativa acerca da aplicação da mesma.

Num estudo empírico realizado por (Varandas & Lopes, 2012) observou-se que, na visão dos enfermeiros em causa, foram identificados como fatores facilitadores da qualidade dos cuidados, que estão relacionados com a formação e com o contexto organizacional: formação, paradigma do cuidar e políticas de saúde. Contudo, na visão do utente, os fatores que contribuem para a sua satisfação incidem sobre a qualidade no atendimento e prontidão na assistência, ambiente terapêutico, individualização da informação e envolvimento do utente e família.

Como referido na análise SWOT, a baixa incidência de enfermeiros com formação em trauma é um aspeto que carece de investimento e que foi encarado como uma oportunidade de estimular o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem. Já em 1998, aquando da aprovação dos estatutos da Ordem dos Enfermeiros, explorando a excelência do exercício profissional, o enfermeiro assume o dever de, segundo a alínea c) do Artigo 88º: *“manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (...), sem esquecer a formação permanente e aprofundar nas ciências humanas”* (Ministério da Saúde, 1998, pp. 1755, 1756). A formação dos profissionais de enfermagem assume um carácter de continuidade e atualização de conhecimentos técnico-científicos. A mesma deve ser

programada por forma a incluir formação interdisciplinar, promovendo o desenvolvimento de competências de organização de gestão dos serviços.

De forma a contrariar a limitação identificada, foi proposta a inclusão no plano de formação anual, bem como realizado um plano de formação em serviço, que embora não possa ser realizado em tempo útil por mim, possa promover o desenvolvimento profissional dos profissionais da UUM, estando o mesmo representado no Apêndice IV. A formação em serviço assume assim um papel preponderante, na medida em que a realização de projetos de formação permite dar resposta às necessidades dos serviços e dos seus enfermeiros, visando desenvolver e aprofundar os conhecimentos teórico-científicos a nível pessoal e profissional. Consciencializada de que se trata de um instrumento que para os demais é desconhecido e acarreta um percurso de desenvolvimento conjunto, é crucial a aplicação do plano de formação sugerido, para que a adesão e consequente utilização do instrumento desenhado, seja eficaz.

2.3.6 Avaliação

A avaliação constitui o momento de inspeção do trabalho desenvolvido, a qual pode ou não ser premeditada (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Sendo um processo constante e que implica a contemplação de diversas vertentes analíticas e reflexivas, deve ser dotada de elementos que permitam melhorar a coerência e eficácia da IPM.

Considero que partindo do plano inicialmente traçado (antes da integração nos serviços clínicos do ensino clínico final) se manteve o propósito major: a criação de uma intervenção, que fosse acolhida com o propósito de desenvolver competências, melhorar a gestão de cuidados e a monitorização do doente crítico. A adaptação que teve de existir face às condicionantes que foram surgindo e que constituíram uma aproximação daqueles que são os desafios com que os enfermeiros que primam pela excelência dos cuidados e desenvolvimento profissional se debruçam, foi desafiante.

Importa reforçar que apesar de à data da conclusão do ensino clínico não ter sido exequível a validação da *checklist* através da aplicação de um pré-teste, a mesma, teve validação pedagógico-científica e clínico-científica. Não obstante, a constituição de um grupo focal objetivou que apesar de à data da conclusão do EC a *checklist* de avaliação terciária não tivesse sido formalmente implementada, pudesse ser dada a continuidade ao trabalho desenvolvido por esses elementos, cujo interesse foi manifestado.

Apesar de constituir uma avaliação informal, o feedback por parte do grupo focal, bem como de alguns elementos com que tive a oportunidade de privar e apresentar o projeto foi francamente positivo. Ter tido a possibilidade de durante este percurso despertar para uma temática que apesar de ter reconhecida importância entre os pares, nem sempre está estratificada e/ou organizada da melhor forma foi francamente recompensador. Creio ter sido criada uma oportunidade de crescimento profissional quer para mim, quer para os demais colegas enquanto recetores, o que constitui a meu ver, a essência da formação.

3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E/OU DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Numa primeira instância é oportuna a compreensão do estado da arte quanto ao significado de competência. Sob uma perspectiva da análise semântica da competência é possível encontrar consensos quanto às suas principais características— é um saber em uso (orientado para a ação), constituída por diferentes elementos, pluridimensional, complexa, dinâmica e interativa, de natureza combinatória, transferível e mobilizável para contextos distintos (Sá & Paixão, 2013).

Para (Boterf, 2006) as competências revestem-se de 3 dimensões: a dimensão dos recursos (pessoais e exteriores), a dimensão do distanciamento ou reflexividade e a dimensão das práticas profissionais e resultados obtidos. A dimensão dos recursos é aquela que combina e mobiliza os recursos pessoais e do meio envolvente para a ação e obtenção de resultados; a dimensão do distanciamento é aquela que marca a separação entre o próprio, a prática profissional e os recursos, na qual o profissional pode desenvolver a sua capacidade de conduzir as suas aprendizagens e transferi-las para a prática e a dimensão das práticas profissionais e respetivos resultados é a demonstração da capacidade de realizar práticas profissionais pertinentes para responder a determinada situação ou acontecimento. É onde é feita a reflexão da prática. Trata-se de desenvolver o raciocínio, ou seja, para além de descrever como agir é o saber explicar as razões para a ação.

No seu artigo de reflexão acerca da temática Boterf defende: *“as competências são por si só, invisíveis. Elas não estão diretamente acessíveis. A avaliação depende dos conceitos, da metodologia utilizada, dos atores implicados e dos pontos de vista que se adotam”* (Boterf, 2006, p. 60). Neste sentido, o autor propõe que a avaliação quanto ao grau de confiança que se deposita na competência de determinado profissional está intimamente relacionada com a tipologia de avaliação a que o mesmo está sujeito (Boterf, 2006).

Também (Serrano, Costa, & Costa, 2011) definem o desenvolvimento das competências, e em específico das competências do enfermeiro, em três dimensões: os atores, os saberes e o contexto. As mesmas dependem de características individuais como a personalidade, a motivação, a imprevisibilidade, a individualidade e a pessoalidade, e o modo como cada enfermeiro efetua o seu desempenho profissional. Tal significa também que o contexto em que se desenvolvem determinadas competências é determinante ao desenvolvimento do enfermeiro. Tal como referido no início do presente relatório, a escolha de todo este percurso foi delineado maioritariamente por reconhecer a

importância que uma instituição que é considerada das melhores escolas em saúde do país, poderia ter no meu percurso profissional.

No presente capítulo está patente uma análise das competências que foram adquiridas no decorrer do percurso académico desenvolvido, com maior enfoque aos ensinamentos clínicos realizados, pelas características que lhes estão inerentes e por constituírem um dos espaços onde é possível agir e refletir sobre a prática realizada. No entanto, é claro que é impossível dissociar estes elementos de toda a formação desenvolvida em contexto formativo, com maior incidência no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como do contexto profissional. Serão analisadas as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica e as competências de mestre. Importa também referir que no planeamento do estágio final foram planeadas atividades que objetivam o culminar dessas competências.

3.1 Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Conforme plasmado no preâmbulo do Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, o enfermeiro especialista é: *“aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído (...) o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades previstas (...)”* (Ordem dos enfermeiros [OE], 2019, p. 4744).

As competências do Enfermeiro Especialista estão estruturadas em domínios sobre os quais se estratificou a análise reflexiva aqui apresentada.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, apresentam-se as competências associadas:

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

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

A profissão de enfermagem é regulada por diplomas como é o caso do estatuto da ordem dos enfermeiros, onde consta o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). O regulamento, que consta no decreto-lei nº 161/96, *“(....) clarifica conceitos, procede à caracterização dos cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais (...)”* (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015, p. 2959).

Importa também reforçar a importância que associa à revisão bibliográfica realizada acerca da temática, nomeadamente: a Lei de bases da Saúde, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina e a legislação que pauta os Direitos e Deveres dos utentes nos serviços de saúde. Urge de igual forma reconhecer a pertinência da unidade curricular: ética, direito e epistemologia; que teve lugar no 1º ano - 1º semestre, conforme consta no plano de estudos. A mesma, para além de ter permitido a reflexão profunda sobre temáticas de interesse da prática clínica através da formulação de trabalhos escritos, permitiu também no decorrer do seu desenvolvimento o debate guiado por peritos de questões com uma aplicação imediata ao nosso dia-a-dia enquanto profissionais de saúde.

Desta competência integra a necessidade de o enfermeiro especialista proporcionar momentos reflexivos dentro dos pares, partilhando os resultados desses momentos reflexivos. Tal permite não só o desenvolvimento ético pessoal, mas também o dos demais no seio da equipa multidisciplinar.

Segundo consta no Artigo 3º dos Direitos e Deveres dos utentes nos serviços de saúde “*O consentimento ou a recusa da prestação dos cuidados de saúde devem ser declarados de forma livre e esclarecida, salvo disposição especial da lei. O utente dos serviços de saúde pode, em qualquer momento da prestação dos cuidados de saúde, revogar o consentimento*” (Assembleia de República, 2014, p. 2128). Compete ao enfermeiro especialista ser capaz de informar, naquele que é o seu âmbito de atuação, da tipologia das intervenções planeadas e considerar sempre a aceitação ou recusa por parte do utente. No que concerne às intervenções que são interdependentes, este é um aspeto com que qualquer enfermeiro já se deparou no decorrer da prática clínica. Ao Enfermeiro Especialista compete respeitar aquela que é a decisão consciente dos utentes, tendo como dever ser um informador numa primeira instância, e o advogado do doente aquando da sua tomada de decisão.

Quanto ao artigo 14º do documento análogo, abordando a temática do direito ao acompanhamento por parte dos utentes, mais especificamente dos limites ao direito de acompanhamento, é referido: “*3 – Nos casos revistos nos números anteriores (limites ao direito de acompanhamento), compete ao profissional de saúde responsável pela prestação dos cuidados de saúde informar e explicar ao acompanhante os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento*” (Assembleia de República, 2014, p. 2129). Durante o ensino clínico no SUP do HSJ, posso afirmar que denotei um enorme respeito por aquilo que são os direitos dos utentes do Serviço Nacional de Saúde. Exemplo disso, é o acompanhamento dos utentes, que logo no momento da triagem, são identificados como tal, sendo respeitada em primeira instância a vontade dos utentes. Conciliar aquilo que é um direito dos utentes, que claramente contribui para se sentirem mais seguros e apoiados num processo de doença que por si só já é causador de ansiedade, com os recursos e infraestruturas inadequados é um desafio. O défice de infraestruturas atual que é uma realidade do SUP constitui uma procura por um balanço ideal entre a permanência dos acompanhantes junto aos utentes e a privacidade de terceiros. Desta forma, posso afirmar ter sido francamente enriquecedor experienciar neste contexto a constante defesa pela dignidade e direitos humanos, que é transversal à equipa multidisciplinar.

Outro aspeto importante de enquadrar na área dos direitos humanos e respetiva atividade profissional é a dignificação dos valores, costumes, crenças espirituais e as práticas específicas. A

cultura dos indivíduos pode ser definida como uma resposta de padrão comportamental, que é desenvolvida ao longo do tempo e que resulta de estruturas intelectuais, artísticas, religiosas e sociais (Giger & Haddad, 2020). A competência transcultural constitui uma componente chave na área da saúde uma vez que na realidade atual portuguesa tem-se registado nas últimas décadas, alterações importantes, quer em termos absolutos de fluxos migratórios, quer na composição étnico-cultural das comunidades migrantes que estão instaladas em Portugal (Vilelas & Janeiro, 2012). A área geográfica onde teve lugar a maioria do tempo de ensino clínico é caracterizada por isso mesmo, por uma diversidade cultural riquíssima, tendo sido outro dos elementos-chave potenciador do desenvolvimento desta competência em específico. A competência cultural é descrita como *“um processo contínuo de o indivíduo se tornar cada vez mais autoconsciente, para valorizar a diversidade e tornar-se um perito em conhecimento sobre os pontos fortes da cultura”* (Vilelas & Janeiro, 2012, p. 121). Existem uma série de atitudes que foram associadas pelos autores a cuidados de enfermagem efetivos e culturalmente competentes, de entre os quais ressalvo a empatia. Definida como uma forma de identificação no outro, a empatia é provavelmente a característica do enfermeiro que considero ser mais determinante na prestação de cuidados de enfermagem adequados e culturalmente competentes. Não retirando a importância ao conhecimento e consciência de diferenças culturais, creio que mais do que ser-se conhecedor das diferenças culturais, crenças e costumes, é importante ter-se a capacidade de reconhecer que mesmo com esse conhecimento, o indivíduo não deve ser desprovido da sua individualidade e especificidade única. Como profissional de saúde, o enfermeiro transculturalmente competente terá a responsabilidade de liderar com vista à equidade ao acesso a cuidados de saúde de elevada qualidade, com apropriação e competência cultural associadas (Giger & Haddad, 2020).

Considero ter adquirido e desenvolvido as competências neste domínio, através das atividades desenvolvidas, na medida em que a prática clínica foi pautada por princípios de competência transcultural, com enfoque aos direitos dos utentes do SNS em geral e dos indivíduos, em específico.

Quanto ao domínio da melhoria contínua da qualidade, as competências associadas são:

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

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

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro

Já em 2012, a Ordem dos Enfermeiros havia reconhecido a necessidade de implementar sistemas de qualidade em saúde, tendo publicado os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Foram definidos seis enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, são eles: *“a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem”* (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012, pp. 13-18).

Nos três contextos em que realizei o estágio final e no estágio à pessoa em situação crítica estive sempre patente em conjunto com o enfermeiro orientador colaborar em projetos de melhoria contínua dos cuidados, com enfoque aos padrões de qualidade instituídos nos serviços. Especificamente na UCIC, aquando do estágio à pessoa em situação crítica planeei e implementei um momento formativo acerca do feixe de intervenções na prevenção da pneumonia associada à ventilação, constituindo este momento formativo um programa de melhoria dos cuidados. A apresentação, que constitui o produto final da revisão bibliográfica e do planeamento da sessão formativa, encontra-se representada no Apêndice V. A mesma foi de encontro à temática da melhoria dos cuidados de enfermagem, bem como da prevenção e controlo de infeção e segurança do paciente, promovendo um ambiente seguro. Na avaliação da sessão formativa para além da partilha de saberes foi possível fomentar junto dos colegas a importância da atualização constante de conhecimentos com enfoque à segurança do utente, sob práticas de qualidade, como é o caso da temática apresentada.

Relativamente aos contextos clínicos durante o ensino clínico final, para além da formulação e implementação da intervenção profissional major (IPM), posso afirmar que a melhoria da qualidade dos cuidados prestados foi objetivo comum e transversal aos contextos de emergência pré e intra-hospitalar. Em cuidados intensivos e ainda acerca da IPM, que teve como produto final a criação de um instrumento de avaliação terciária da vítima de trauma, a mesma constitui a personificação da realização de protocolos e atividades que se prevê terem impacto diretamente proporcional à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O envolvimento da família no processo de recuperação da vítima de trauma na *checklist* desenhada, espera-se que à semelhança dos resultados do estudo (Joseph, et al., 2018), a mesma tenha uma projeção na consistência da periodicidade e proximidades com os familiares das vítimas de trauma.

Em contexto de emergência, o enfermeiro é responsável pelo apoio e acompanhamento da família durante este período de incerteza. Esta componente importantíssima integra as competências do enfermeiro especialista, na medida em que o envolvimento da família assegura a satisfação das necessidades culturais e espirituais do indivíduo. Durante o período de incerteza é prestado apoio

emocional, demonstrando assertividade e disponibilidade. Num contexto de urgência e emergência, o cuidado de enfermagem à família da pessoa em situação crítica tem características únicas que exigem do profissional de enfermagem a resiliência necessária para fazer face a este desafio. Num estudo qualitativo desenvolvido na área de grande Lisboa, que incluiu o SUP onde foi realizado o ensino clínico, 75,5% dos enfermeiros inquiridos discordam ou discordam completamente com a presença de familiares na sala de emergência na abordagem de um politraumatizado grave. Uma das justificações descritas pelos enfermeiros é a possibilidade de interferir negativamente no desempenho da equipa, pois dificultam a sua atuação e aumentam o *stress* a que os profissionais estão sujeitos (Batista, et al., 2017). As *guidelines* de suporte avançado de vida preveem no entanto, a presença de membros da família nas situações de reanimação de forma a apoiá-los e a confortá-los desde que estes estejam preparados para assistir a situações de reanimação (Batista, et al., 2017). Este é um claro desafio à formação e desempenho do enfermeiro especialista, creio maioritariamente que no âmbito da sua competência é importante perceber de que forma o familiar se encontra preparado ou disponível para lidar com cada situação específico, apoiar, encaminhar e compreender com a multiculturalidade e individualidade, com que cada situação deverá ser analisada.

No que faz referência à gestão do risco, considero ser um elemento fulcral das competências do enfermeiro especialista no âmbito da promoção de um ambiente terapêutico e seguro. Em contexto de estágio na VMER a verificação das condições de segurança é imperativa antes de qualquer atuação, e é a base de qualquer formação em emergência, tal como apreendido quer na formação SAV, quer ATLS. No estágio no SUP foi também possível em consonância com a enfermeira orientadora o envolvimento em intervenções que garantam a segurança dos pacientes como é o caso da identificação dos pacientes na triagem e da própria triagem de *Manchester*. O PTM foi desenvolvido por peritos na área de emergência hospitalar, criado com o intuito de constituir um instrumento preditivo da necessidade de utilização de recursos hospitalares, e estratificação de risco de mortalidade associado. No estudo realizado num serviço de urgência em Portugal é diretamente proporcional a prioridade clínica atribuída com a taxa de mortalidade associada, o que por si só é um indicador de qualidade do PTM (Santos, Freitas, & Martins, 2013).

Em contexto de UCI, também fruto de a orientação ter sido realizada por um enfermeiro que desempenha funções de coordenação no serviço, tive a oportunidade de desenvolver esta competência quer na contribuição na realização de auditorias ao nível da lavagem das mãos, quer na análise conjunta de parâmetros como: taxas de infeção no internamento (dispositivos invasivos); prevalência de úlceras de pressão no internamento, prevalência de eventos tromboembólicos. Esta

monitorização de qualidade dos cuidados prestados, tem um impacto direto na prestação de cuidados de enfermagem, na medida em que, foi notório que desde a apresentação dos resultados iniciais à equipa, existiu uma diminuição da sua prevalência, segundo os dados não publicados apresentados pelo enfermeiro orientador, fruto da observação direta do próprio.

Considero ter adquirido e desenvolvido as competências neste domínio, através das atividades desenvolvidas aqui descritas.

Quanto ao domínio da gestão dos cuidados, referenciam-se as competências:

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

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

Na mesma linha orientadora do domínio da melhoria contínua da qualidade, englobam-se unidades de competência tal como a otimização do processo de cuidados em relação à tomada de decisão.

A inteligência emocional é amplamente associada na literatura a contextos de sucesso de liderança em enfermagem. Define-se como a capacidade que os indivíduos detêm em reconhecer as suas emoções e as de terceiros e de as distinguir de sentimentos, subjugando-se dessa informação emocional para guiar pensamentos e comportamentos. De uma forma generalizada inclui 3 capacidades: 1) Consciência emocional; 2) Capacidade de escudar as emoções e aplica-las na resolução de problemáticas; 3) Capacidade de gerir emoções, incluindo a regulação das suas emoções conjugada com a capacidade de acalmar e motivar terceiros (Abraham & Scaria, 2017).

Uma liderança em enfermagem com inteligência emocional caracterizada por autoconhecimento e capacidades de supervisão e empoderamento positivo cria ambientes favoráveis à praxis clínica, caracterizados por flexibilidade, inovação e transformação (Abraham & Scaria, 2017).

No SUP apesar de ter desenvolvido a prática clínica maioritariamente na prestação direta de cuidados, derivado do papel que a enfermeira orientadora desempenha na instituição, foi crucial a perceção dos diferentes estilos de liderança, que constituem a fortuna de um campo de estágio desta tipologia. A diversidade e a alternância constante entre chefias de equipa, permite desenvolver consciência emocional e de gestão de emoções com o nível de complexidade e de exigência que

caracterizam os serviços de urgência. Neste âmbito realço também a perceção dos distintos estilos de liderança em contexto de abordagem ao paciente em situação crítica, nomeadamente em contexto de sala de reanimação, onde vigora o método de trabalho em equipa.

A gestão de recursos humanos e do serviço em si propriamente dita, teve maior possibilidade de ser desenvolvida no contexto de UUM, fruto do papel de gestão desempenhado pelo enfermeiro orientador. Não obstante, é claro que durante a prestação de cuidados nos restantes contextos esteve patente no âmbito do desenvolvimento das competências de gestão do enfermeiro especialista, quer ao nível da gestão de recursos, do estabelecimento de prioridades e da implementação de métodos de organização do trabalho adequados. Uma grande vantagem deste percurso formativo em contexto do estágio na UUM, foi a de ter a oportunidade de participar em ações de gestão de recursos, sempre reguladas pelo propósito da manutenção da qualidade dos cuidados. Para além disso, teve também um papel preponderante na construção de estilos de liderança, na medida em que o Enfermeiro Orientador é detentor de uma capacidade exímia de adaptação de estilos de liderança a cada contingência e à individualidade das características dos demais elementos integrantes da equipa multidisciplinar.

A IPM para além de contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados da pessoa em situação crítica (no papel da vítima de trauma) permitiu obter o envolvimento das equipas tanto no SUP como na UUM. Procurou-se que fosse adequado ao estilo de liderança que vigora nos diferentes contextos institucionais, daí que as estratégias passaram pelo envolvimento dos peritos com papel ativo na gestão dos cuidados, nomeadamente a responsável de serviço, os responsáveis de turno e os enfermeiros chefes de equipa. Este envolvimento permitiu desenvolver competências neste âmbito, através da motivação para a melhoria da qualidade dos cuidados no geral, e da segurança do doente crítico em específico.

Face ao percurso formativo delineado, consideram-se adquiridas e desenvolvidas as competências em discussão.

No que diz respeito ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais estão associadas as seguintes competências:

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

A procura pelo autoconhecimento é um processo fundamental à formação pessoal do enfermeiro com impacte na compreensão e empatia para com o outro, sendo essa maturidade crucial à formação do Enfermeiro Especialista. A consciência de si próprio permite que seja um elemento capaz de gerir sentimentos e emoções com o objetivo de obter respostas eficientes. É inequívoco que a assertividade é um elemento fundamental da comunicação e conseqüentemente, da relação terapêutica enfermeiro-paciente. A mesma deve ser treinada com o intuito de desenvolver o autoconhecimento, aumentar a capacidade de afirmação individual, permitir que se os sentimentos e pensamentos se expressem de forma adequada, estabelecendo a autoconfiança (Grilo, 2012).

O Enfermeiro Especialista suporta a sua prática clínica em evidência científica, atuando como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos (Ordem dos enfermeiros [OE], 2019).

No âmbito do domínio em questão, destacam-se a realização da revisão sistemática subordinada ao tema da avaliação da vítima de trauma (Apêndice I), bem como do momento formativo afeto ao tema dos cuidados de enfermagem na prevenção da PAV (Apêndice V). Estes momentos formativos que foram desenvolvidos no decorrer dos ensinamentos clínicos, foram altamente motivadores à aquisição de conhecimentos na área de enfermagem que contribuem para a prática especializada. A prática baseada na evidência constitui *“um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar”* (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012, p. 12).

Como momentos formativos que igualmente contribuíram para a aquisição das competências descritas realço a participação no congresso STATUS 5: Trauma, Emergência e Reanimação (Anexo I), onde tive a oportunidade de ouvir e debater com peritos na área não só a evidência científica recente apresentada, como consciencializar-me do trabalho que tem vindo a ser desenvolvido na área do doente crítico, através da apresentação de estudos de caso, como foi o caso da terapia ECMO. Ressalvo de igual forma a realização do curso de SAV e ATLS (Anexo III), cuja pertinência é justificada não só neste âmbito, mas também na aquisição de competência de avaliação e cuidado quer em reanimação, quer em traumatologia.

Importa também reforçar neste ponto a pertinência da formulação da revisão sistemática afeta ao tema em estudo, objetivando a prática baseada em evidência. A mesma significa integrar experiência individual com a melhor evidência externa disponível proveniente de investigação. A

mesma traduz-se na revisão sistemática da evidência científica aquando de uma incerteza em determinada matéria, na avaliação crítica da evidência e consequente aplicação na prática, avaliando-a (Broeiro, 2015).

A revisão da evidência nesta e noutras matérias do âmbito do paciente em situação crítica foram uma constante não só na realização dos ensinamentos clínicos, mas também no percurso académico até então delineado. Tal como enunciado, este processo de fundamentação da prática conduz a uma praxis clínica especializada, dotada de juízo crítico e capacidade crescente de resolução de problemáticas.

Considero terem sido adquiridas as competências em discussão.

3.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação crítica

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação crítica é o enfermeiro que presta cuidados *“altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.”* (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015, p. 17241).

Em seguida encontram-se representadas as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à pessoa em situação crítica. A cada competência associa-se uma reflexão crítica acerca do seu desenvolvimento.

K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Uma das componentes a evidenciar nesta competência é a capacidade de prestar cuidados à pessoa em situação emergente, fazendo a antecipação da instabilidade e do risco de falência orgânica. É neste âmbito de deteção precoce e estratificação da gravidade que foi elaborada a *checklist* que se assume como um produto da IPM. Também neste ponto é importante ressaltar a pertinência da formação SAV e ITLS ao desenvolvimento de pensamento crítico que permite a gestão quer dos cuidados à pessoa em situação crítica quer a gestão de todo o processo que os envolvem, como é o caso da administração de protocolos terapêuticos complexos (exemplo do protocolo de transfusão maciça) e da gestão da comunicação interpessoal tanto no âmbito da equipa multidisciplinar quanto na relação com a família/cuidador.

Similarmente a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica é um dever do Enfermeiro Especialista. Em todo o percurso clínico realizado a avaliação da dor foi parte integrante da prestação de cuidados: da sua tipologia, da pesquisa de fatores de alívio e da sua intensidade, foi valorizada, referenciada e discutidas em equipa a implementação de estratégias farmacológicas, não farmacológicas e mistas.

No âmbito da realização da IPM a dor assume-se como uma das principais consequências do trauma (Ribeiro, Barreto, Hora, & Sousa, 2010). A avaliação da dor é logo integrada na avaliação inicial e secundária da vítima de trauma, segundo metodologia A, B, C, D, E, conforme preconizado nos cursos de ATLS. Não obstante, a monitorização da dor bem como a gestão da necessidade de sedoanalgesia

está de igual forma patente na avaliação terciária, e dada a sua pertinência é um dos mecanismos de avaliação que constam na *Checklist* elaborada (Apêndice III).

No âmbito da comunicação e baseando-me no Código Deontológico do Enfermeiro, no artigo 105º refere o dever de informação, ressaltando que *“no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter”* (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015, p. 8079.). A comunicação em saúde é crucial e no âmbito em causa tem um papel importantíssimo na gestão da ansiedade e do medo vivido pelos envolvidos.

Em serviços de emergência e da área dos cuidados intensivos, a capacidade de comunicar más notícias faz parte das competências do enfermeiro. A forma como se comunica a notícia influencia a vivência de quem a recebe e por esse motivo a transmissão da mesma assume particular importância na medida em que fortalece a relação terapêutica entre o profissional e o indivíduo; reduz a incerteza da situação vivida pelo indivíduo; oferece uma orientação ao utente e família; minimiza os sentimentos de isolamento, solidão e medo, e evidencia o direito de acesso à informação por parte do utente e respetiva família (Sequeira, 2016, p. 215). Nestes momentos de transição e por vezes de rutura na vida dos utentes que recorreram ao SUP, que foram socorridos pela VMER ou estiveram internados na UUM, foi sempre prestado apoio emocional através de uma escuta ativa e de empatia, mostrando disponibilidade de esclarecimento e encaminhamento, quando aplicável.

Considerando o percurso desenvolvido, considero terem sido atingidas as competências aqui analisadas.

K2 – Dinamiza a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Uma situação de emergência e de catástrofe caracteriza-se por um e/ou diversos acidentes graves capazes de incorrer em elevados prejuízos materiais e/ou vítimas. Estas situações de exceção, afetam de forma abrupta as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas específicas ou na totalidade do território nacional. Como tal, a sua definição é baseada em três componentes: afluxo intenso de vítimas; destruição de ordem material e desproporcionalidade acentuada entre os meios humanos e materiais de socorro e as vítimas a socorrer (Silva, Reis, Campos, & Bandeira, 2015).

O processo de gestão de catástrofes é um processo sistemático, administrativo, organizacional e operacional que lida com os obstáculos de forma a reduzir as consequências que delas advém. Durante o período de ensino clínico desenvolvido na área da grande Lisboa, numa primeira instância ressalvo a importância de ser conhecedora do plano de catástrofe afeto ao SUP, UUM e VMER. Importa ressaltar que o plano de catástrofe se aplica aos seis hospitais que integram o CHULC. Conforme consta no plano pela sua localização geográfica e as atividades económicas aos transportes terrestres, aéreos e fluviais e, o comportamento humano, Lisboa é uma cidade vulnerável a vários tipos de acidentes, suscetíveis de originar vítimas em número elevado (Comissão de Catástrofe CHULC, 2017). No SUP tive a oportunidade de contactar com os kits de catástrofe que se encontram na triagem bem como de discutir aspetos práticos da adaptação do serviço para estas situações. Essa simulação em conjunto com a enfermeira orientadora foi crucial ao entrosamento e conhecimento do plano em vigor, aspeto crucial para poder ser um elemento que difunda o plano de emergência e catástrofe pela equipa.

Também a IPM e a realização do curso ITLS têm adequação no contexto da competência K2, uma vez que a avaliação da vítima de trauma tem enquadramento claro na produção de uma resposta eficaz a esta tipologia de utentes, que podem surgir em condições de catástrofe e cenários multivítima.

Em termos do percurso formativo e curricular, destaco a pertinência da Unidade Curricular: Enfermagem Médico-Cirúrgica III, na qual tivemos a oportunidade de desenvolver um portfólio na área das situações de exceção e catástrofe, na concetualização dos respetivos planos e no âmbito do atendimento à pessoa vítima de violência, maus-tratos e negligência. Esta procura constante pela evidência científica pela qual é pautada a atividade profissional foi crucial ao desenvolvimento das competências aqui descritas.

Importa ressaltar ainda a importância do Enfermeiro Especialista na deteção precoce e correto encaminhamento de situações de violência, como fenómeno enquanto constituinte de uma grave violação dos direitos humanos e problema de Saúde Pública, com forte impacte nas populações e elevados custos associados, atingindo dimensões pandémicas, de acordo com a OMS (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2014). O departamento de emergência é tipicamente o primeiro contato entre a vítima e os serviços de saúde. Desta forma, os enfermeiros do serviço de urgência encontram-se numa posição única face à identificação, avaliação e tratamento desta tipologia de pacientes. Compete-lhes de igual forma, ter conhecimento na área da preservação e colheita de evidência forense, bem como manter a cadeia de custódia e notificar as autoridades competentes (Donaldson, 2019).

Um estudo qualitativo de 2011 revela que uma das grandes lacunas identificadas pelos próprios enfermeiros foi a escassez de formação neste âmbito; ao mesmo tempo que reconhece o enfermeiro como um elemento diferenciador na avaliação e respetivo encaminhamento do paciente violentado (Gonçalves, 2011). Devem ser registadas notas descritivas das observações às lesões e condições em que o paciente se apresenta no serviço de urgência. Os registos de enfermagem podem ser utilizados como fonte de informação médico-legal ou pericial fundamental no caso de um posterior processo judicial. Considero que o Enfermeiro Especialista deve privar pelo exemplo e excelência dos registos de enfermagem, sendo também um elemento dinamizador no seio da equipa que estimule a esta prática. Em contexto de Ensino Clínico e Profissional, sempre que me deparo com situações deste âmbito procedo à referenciação, conforme protocolo, bem como o respetivo registo de enfermagem.

Como fator adicional ao desenvolvimento desta competência ressalvo a participação no exercício Cascade'19 em regime de voluntariado, o qual correspondeu a um exercício de simulação em que o Plano Distrital de Emergência da Proteção Civil foi ativado. O certificado de participação encontra-se no Anexo IV. Esta participação teve lugar no hospital onde desempenho funções a título profissional, na região de Évora, embora com características demográficas diferentes do contexto do Ensino Clínico, permitiu claramente o contacto com a prática simulada, demonstrando conhecimento do Plano Nacional em Geral e Municipal, em específico. A realização de triagem primária e secundária em contexto simulado foram de igual forma uma mais valia formativa. Para além disso, ressalvo também a importância de desempenhar um papel ativo na formulação de medidas corretivas naquelas que foram as inconformidades de atuação no decorrer do exercício, junto da responsável de Segurança.

A prática simulada constitui uma metodologia interativa que permite uma aprendizagem de habilidades e competências globais, como a tomada de decisão, potenciando o desenvolvimento técnico, relacional e ético dos formandos. Além disso, integra as complexidades da aprendizagem teórica e prática, permitindo ao formando a oportunidade de repetição, feedback, avaliação e reflexão (Coutinho, Martins, & Pereira, 2014). Um estudo qualitativo de 2018 demonstrou que o recurso à prática simulada por parte das enfermeiras entrevistadas constitui uma estratégia percebida que melhora as suas capacidades de identificar os pacientes em deterioração do seu estado clínico. Especificamente, a prática simulada tende a melhorar o conhecimento, as competências de avaliação de pacientes em situação crítica, a tomada de decisão e a compreensão do ambiente (Bliss & Aitken, 2018).

Considerando o percurso desenvolvido, considero terem sido atingidas as competências aqui analisadas.

K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de 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

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem uma problemática que agravam o prognóstico da doença de base, acarretam maiores índices de mortalidade e morbilidade, assim como prolongam o tempo de internamento e o aumento de custos inerentes (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2016).

Destaco numa primeira instância a pertinência do conhecimento quer de políticas nacionais, como é o caso do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCI-RA) como a nível institucional no CHULC, da política de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Estes dois documentos constituíram o ponto de partida para as atividades desenvolvidas no âmbito da competência K3.

Para além do conhecimento destes planos é também evidenciado através da descrição da competência K3.1.2.: *“Diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção”* e K3.1.3.: *“Fomenta estratégias pró-ativas visando prevenção e/ou controlo da infeção nos variados contextos de prestação de cuidados”* (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p. 19364). Neste sentido importa abordar o desenvolvimento quer do diagnóstico de necessidades, quer da procura por estratégias que objetivem o controlo de infeção.

Começando pelo ensino clínico à pessoa em situação crítica, na UCIC, delineei em conjunto com o enfermeiro orientador uma formação que objetivou a excelência dos cuidados de enfermagem na prevenção do controlo de infeção perante a pessoa a vivenciar processos de doença complexos, como é o caso de utentes sob ventilação mecânica (Apêndice IV). No que concerne à incidência das infeções hospitalares, segundo o PPCI-RA, em 2014 a PAV em UCI de adultos tem uma das maiores taxas de incidência das IACS (7.1), quando comparada com outra tipologia de infeções como: infeção relacionadas com CVC em UCI (1.9), infeção relacionadas com CVC (1.8) e bacteriemia nosocomial por MRSA (0.16). Por constituir uma infeção grave e que pode beneficiar de prevenção por via do cumprimento de boas práticas, a PAV é alvo de destaque de intervenções particulares (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2016). Sendo clara a pertinência da formação selecionada, a mesma foi realizada com enfoque a uma revisão sistemática da literatura que a sustentou, o que permitiu uma atualização de conhecimentos da equipa de enfermagem da UCIC.

Em todos os contextos de ensino clínico e também no contexto do pré-hospitalar, no que diz respeito à prestação direta de cuidados foram adotadas e difundidas pelos pares as precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) que constituem o alicerce das boas práticas clínicas nesta temática. As PBCI são compostas por 10 itens: colocação de doentes; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de equipamento de proteção individual (EPI); descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental; manuseamento seguro da roupa; recolha segura de resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e exposição a agentes microbianos no local de trabalho (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2016, p. 12). Num estudo publicado em Julho do presente ano, foi levada a cabo uma auditoria interna durante 6 anos, baseada no modelo de higienização das mãos preconizada pelo OMS, cuja avaliação foi realizada através de observação direta. Concomitantemente, no mesmo período foi registada a incidência de IACS. Constatou-se nesse período de avaliação e reforço formativo quer o aumento do cumprimento das normas de higienização das mãos (em cerca de 20%), bem como do tempo de lavagem e utilização de solução de base alcoólica. Ao mesmo tempo, denotou-se uma diminuição da prevalência das IACS de 14.2% entre 2013 e 2018 (Ojanperä, Kanste, & Syrjala, 2020).

De salientar que as práticas clínicas que compõe a PBCI são transversais às áreas de atuação de diversas áreas profissionais que compõem a equipa clínica multidisciplinar, bem como familiares e acompanhantes, por este pressuposto ressalvo o papel desenvolvido em contexto clínico, na promoção das mesmas.

No âmbito do Estágio Final, no contexto do departamento de emergência destaco as estratégias que diariamente foram discutidas com a enfermeira orientadora no âmbito do controlo e prevenção de infeção. Apesar de a enfermeira orientadora não desempenhar funções de chefia de equipa e/ou coordenação de turno e por conseguinte não desempenhar funções ao nível da vigilância epidemiológica, como seria o caso da realização de auditorias, existiu sempre um sentido crítico a desenvolver em consonância neste percurso formativo, tendo sido partilhadas constantemente na prática clínica sugestões de melhoria. Importa também referir que no que concerne à adoção das precauções básicas de controlo de infeção, as mesmas destacaram-se tanto pela da utilização dos EPI's adequado, como pela seleção e implementação de medidas de isolamento consoante o microrganismo em causa e respetiva via de transmissão.

No que concerne à UCI destaco o importantíssimo papel ao nível da vigilância epidemiológica de resultados, de estruturas e de processos do qual o enfermeiro orientador é parte integrante e líder. Neste contexto este ambiente formativo foi crucial à aquisição e desenvolvimento da competência K3.

Tive a oportunidade de acompanhar auditorias de processos, como foi o caso da higiene das mãos e de equipamento de proteção individual. É visível neste contexto o esforço diário pelo cumprimento daquilo que é a política institucional de controlo de infeções em vigor no CHULC. Também a pertinência da monitorização epidemiológica de resultados da equipa de enfermagem é um trabalho constante, que no seio da equipa é propulsor de um desenvolvimento profissional sustentado.

Relativamente à intervenção profissional realizada, também ela é representativa da importância desta competência na medida em que a avaliação terciária da mesma pressupõe de igual forma a prevenção e a deteção precoce de complicações, nas quais se incluem os processos infecciosos. Também a documentação das medidas de prevenção, intervenção e controlo implementadas no processo de avaliação da vítima de trauma, adquirem suporte na realização do formulário de avaliação terciária, constituindo o mesmo um suporte à prevenção das IACS e resistência a antimicrobianos.

Considero no âmbito da competência descrita terem sido positivamente adquiridas e desenvolvidas as competências em análise.

3.3 Competências de Mestre

De acordo com o artigo 15º do decreto-lei 17/2006 que apresenta o regime jurídico dos graus e diplomas de ensino superior, que se manteve inalterado após a última revisão com o decreto-lei 65/2018, o grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006, p. 2246).

Conforme aquilo que foi a análise crítica evidenciada no ponto 4 do presente relatório, estou em crer que as competências de enfermeiro especialista cruzam âmbitos semelhantes, podendo por isso, ressaltar em alguns pontos a sua justaposição. Também no âmbito daquele que foi o enquadramento teórico à luz de Patricia Benner, o enfermeiro perito é uma referência na sua prestação de cuidados quer na liderança, quer ao abrigo das suas tomadas de decisão.

Debruçando-me na análise do ponto a): ***“Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva***

e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006);

Neste âmbito ressalvo a pertinência não só dos conhecimentos e competências adquiridas ao nível do 1º ciclo da Licenciatura em Enfermagem, mas também do desenvolvimento profissional a que lhe está associado. O mestre em enfermagem antes de o ser, é um enfermeiro, e deve ser essencialmente, um enfermeiro competente.

Debruçando-me sob o meu percurso académico, dou especial ênfase ao cumprimento daquilo que é definido pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, fruto da frequência num plano de estudos ao nível do 1º ciclo pluridimensional. Os conhecimentos obtidos a este nível, permitiram o desenvolvimento de competências nomeadamente de investigação, que constituíram o cerne da procura constante pela evidência científica, fomentado um espírito crítico constante.

Para além do percurso formativo ao abrigo do 1º ciclo de estudos, destaco também a realização do curso de Pós-Graduação em Enfermagem do Doente Crítico, ministrado pela REANIMA, como um momento formativo verdadeiramente impulsionador da minha capacitação enquanto Enfermeira a exercer funções em contexto de urgência e emergência hospitalar. Foi também com o intuito de continuar num percurso que objetive o sentido crítico, reflexivo junto de peritos, que ingressei no Mestrado em Enfermagem na área que identifico como fenómeno de interesse.

Também o projeto de intervenção e a revisão sistemática da bibliografia que o suporta e que se assume como o fio condutor do presente relatório que objetiva a aquisição do grau de Mestre é exemplo disso mesmo. Considero por isso, que não só através do percurso curricular, mas essencialmente fruto da inconformidade e procura de melhoria constante, ter conformidade com aquilo que foi analisado neste ponto. Concomitantemente, esta aprendizagem constante aqui descrita diz também respeito ao descrito no ponto e) **“Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”**

Analisando o ponto b): **“Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo”** (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

Todo o percurso académico desenvolvido, o qual foi baseado numa primeira instância em contextualização teórico-prática em contexto de sala de aula, permitiu a adequada preparação prévia da prática clínica, quando se perspetiva um elevado grau de complexidade. Também o desenvolvimento de uma intervenção profissional, sob metodologia de projeto, permitiu a abordagem estruturada de uma problemática relacionada com a área de estudo. Este enquadramento organizacional de avaliação inicial, planeamento, execução e avaliação dos resultados obtidos revela-se uma mais valia principalmente em contextos novos e não familiares, sendo esta atividade um elemento que demonstra a aquisição da competência aqui descrita.

Importa também referir que apesar de “a área de estudo” ser coincidente com a minha área de atuação profissional, os ensinamentos clínicos permitiram abranger esses conhecimentos e explorar áreas de atuação que até então ainda não tinha possibilidade de explorar, como é o caso do pré-hospitalar e a área dos cuidados intensivos. Ainda assim, mesmo em contexto do SUP, sendo um centro de referência, é indiscutível que todo o processo de construção de processo de enfermagem teve características ímpares, que alargaram horizontes fruto da sua multidisciplinaridade.

No que diz respeito ao ponto c): **“Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”** (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

Ao abrigo do código deontológico de enfermagem e dos princípios éticos que lhe são inerentes, é delineado todo o percurso profissional. Desta forma enquadrado este ponto na competência descrita no ponto 4.1. A1 e A2, o qual inclui a análise reflexiva das competências do Enfermeiro Especialista do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

d): **“Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”**

A comunicação é um pilar fundamental da profissão de enfermagem que constitui o cerne da relação terapêutica. Tal como evidenciado na descrição das competências do Enfermeiro Especialista o Mestre é responsável por disseminar as conclusões do seu trabalho, na procura pela melhoria constante e progressão da área científica que desenvolve.

Importa ainda fazer a análise dos objetivos de aprendizagem do Mestre em Enfermagem, em consonância com o plano de estudos em vigor. Posto isso, o Mestre em Enfermagem:

“1) Demonstra competências clínicas na conceção, 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, e aptidões e competências ao longo da vida;

5) Participa de forma ativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

6) Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares 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. 24).

Determino que foram atingidos os objetivos que constam em plano de estudos do Mestre em Enfermagem, bem como as características exigidas ao Mestre foram cumpridos, fazendo face áquilo que foi explicitado no decorrer da análise reflexiva levada a cabo no capítulo 4, acerca das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: A pessoa em situação crítica.

Apresentou-se neste capítulo uma breve análise das características que compõem o Mestre, associando-as às características do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica. Desta forma, assumo ter desenvolvido as competências de Mestre em Enfermagem.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relatório de estágio assume-se como o culminar de uma etapa de cariz académico, profissional e pessoal francamente desafiante. O mesmo, cumpre o objetivo inicial de constituir um elemento de avaliação ao percurso delineado, fundamentado por pensamento e análise crítica, num culminar entre características intrínsecas de autodidata e orientação por peritos.

Constatou-te ao longo do desenvolver do presente relatório que é impossível que o mesmo seja dissociado dos conhecimentos adquiridos ao nível do 1º ciclo de estudos bem como do percurso profissional desenvolvido até então, uma vez que o mesmo é impulsionador da motivação e conseqüente interesse pela área de especialização desenvolvida: Enfermagem Médico-Cirúrgica – a pessoa em situação crítica. Contextualizando também o percurso levado a cabo ao longo do 2º ciclo de estudos em Enfermagem, a integração dos conhecimentos teórico-práticos aí desenvolvidos na prática clínica foram propulsores à aquisição de competências, conforme analisado.

O percurso delineado e afincadamente analisado teve como enquadramento teórico a teoria de *Patricia Benner*: de iniciado a perito. A procura por um desenvolvimento profissional, tal como *Benner* teoriza, em que cada nível se fundamenta no anterior, segundo elos de referência, que culmina na consciencialização de si é fulcral. A forma como a experiência, o rigor científico que se concretiza por uma constante atualização e a formação caracterizam o enfermeiro perito é por si só demonstrativo da importância daquelas que são as competências do enfermeiro especialista e do Mestre em Enfermagem.

Também a formulação e conseqüente implementação de uma IPM erguida a partir da metodologia de projeto permitiu desenvolver capacidades de resolução de problemas em contexto clínico. A formulação de um projeto de intervenção profissional segundo metodologia de projeto permitiu desenvolver em contexto real um diagnóstico de situação e conseqüente implementação de um projeto de melhoria clínica. Tendo como linhas de investigação a qualidade e a segurança do utente, a implementação de uma escala de avaliação terciária da vítima de trauma numa UCI constituiu um processo formativo e cujas linhas orientadoras proporcionam a melhoria da praxis clínica.

Importa reforçar a importância que a realização da revisão sistemática que alicerça a IPM tem na procura da mais recente evidência científica, constituindo um forte aliado da prática baseada na evidência. A mesma perspetivou ser instrumento de trabalho suportado por evidência científica recente, que culmine com a compreensão daquela que é a praxis da avaliação da vítima de trauma,

bem como da fundamentação da pertinência da utilização de instrumentos de avaliação na melhoria da detecção de lesões, estudando também o impacto que as mesmas têm.

Importa também clarificar que alguns dos obstáculos com que nos deparamos na implementação da IPM foram numa primeira instância a decisão da não implementação de uma *checklist* de avaliação primária e secundária na sala de trauma do SUP, o que conduziu a uma readaptação de todo o projeto. Ao invés de um projeto de avaliação da vítima de trauma em contexto de emergência e cuidados intensivos, afunilou-se para a especificidade da avaliação da vítima de trauma em UCI's. Desta forma, destaca-se como dificuldade com maior relevo o reduzido tempo de estágio na UUM, o que foi impeditivo da avaliação da mesma em tempo útil. No entanto, importa reforçar toda a dedicação da equipa envolvida, especialmente do enfermeiro orientador, da enfermeira-chefe da UUM e professora orientadora, cuja motivação culminou sempre na procura conjunta da melhor solução em prol da melhoria da avaliação do doente crítico, e consequentemente, da segurança e qualidade dos cuidados.

Reforçando de novo a importância do trajeto delineado, no qual se perspetivou a melhoria da praxis de enfermagem no âmbito da vítima de trauma, considero ter sido crucial fazer este percurso numa instituição que é referência na área da traumatologia. O reconhecimento da importância de peritos na área no acompanhamento deste percurso formativo aliado à motivação pessoal e profissional de contribuir para a evolução da temática constituíram os ingredientes essenciais à concretização dos objetivos delineados.

Conforme exposto no presente relatório, as atividades desenvolvidas culminaram com a aquisição e/ou desenvolvimento de competência de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica, bem como das competências de mestre.

Por fim, importa ressaltar a vontade em que o presente relatório seja a personificação de uma contribuição para a evidência científica na área da enfermagem especializada.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, J., & Scaria, J. (2017). Emotional intelligence: The context for successful nursing leadership: a literature review. *Nursing & Care Open Access Journal*, pp. 160-164.
- Aligood, M. R. (2015). *Nursing Theory: Utilization & Application*. Em M. R. Aligood. Elsevier 5ª ed.
- Assembleia de República. (2014). Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República 1ª série Nº57 - 21 Março 2014*, (pp. 2127-2131). Lisboa.
- Batista, M., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldés, J., & Fernandes, A. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 83-92.
- Benner, P. (2001). *De principiante a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. E., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Intervention in acute and critical care: a thinking-in-action approach*. Springer Publishing Company, LLC.
- Biffi, W., Harrington, D., & Cioffi, W. (2003). Implementation of a tertiary trauma survey decreases missed injuries. *The journal of Trauma: Injury, infection and Critical Care*.
- Bliss, M., & Aitken, L. (2018). Does simulation enhance nurses ability to assess deteriorating patients? *Nurse Education in Practise*, pp. 20-26.
- Boterf, G. (Junho de 2006). Avaliar a competência de um profissional: Três dimensões a explorar. *Reflexão RH*, pp. 60-63.
- Broeiro, P. (2015). Prática baseada em evidência e seus limites. *Rev Port Med Geral Fam*, pp. 238-240.
- Comissão de Catástrofe CHULC. (2017). Plano de Catástrofe: Resposta Integrada do CHLC às Situações de Exceção ., (pp. 1-85). Lisboa.
- Coutinho, V., Martins, J., & Pereira, M. (2014). Construção e validação da escala de avaliação de debriefing associada à simulação (EADsS). *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 41-50.
- Diário da República 1ª série, N. (2016). Saúde Portaria nº147/2016. *Resolução da Assembleia da República nº86/2016*, (pp. 1616-1619).
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. *Circular Normativa Nº07/DQS/DQCO*.

- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2016). Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números - 2015: Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa.
- Direção-Geral de Saúde {DGS}. (2014). *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa.
- Donaldson, A. (2019). Forensic Clinical Nurses in Emergency Departments: An emerging need for New Zealand. *Kai Tiaki Nursing Research* , pp. 54-58.
- Frederico, M., & Leitão, M. A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau 1ª ed.
- Galvão, T., & Pereira, M. (Janeiro de 2014). Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração . *Revista Epidemiologia e serviços de saúde*, pp. 1-2.
- Giannakopoulos, G. F., Saltzherr, T. P., Beenem, L., Reitsma, J. B., Bloemers, F. W., Goslings, J. C., & Bakker, F. C. (2012). Missed injuries during the initial assessment in a cohort of 1124 level-1 trauma patients. *Elsevier*, 1517-1521.
- Giger, J., & Haddad, L. (2020). *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention*. Elsevier, 8th edition.
- Gonçalves, S. I. (2011). Vivências dos enfermeiros na manutenção de provas forenses no serviço de emergência. *Dissertação de Mestrado em Medicina Legal* .
- Grilo, A. M. (2012). Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente. *Sociedade Portuguesa da Psicologia da Saúde*, pp. 283-297.
- Haske, D., Beckers, S., Hofmann, M., Lefering, R., Preiser, C. G., & Munzberg, M. (Agosto de 2018). Performance Assessment of Emergency Teams and Communication in Trauma Care (PERFECT checklist) - Explorative analysis, development and validation of the PERFECT checklist: Part of the protective longitudinal mixed-methods EPPTC trial. *ESIC Medical College & PGIMSR*, pp. 1-13.
- Jones, C., Cushman, J., Lerner, E., Fisher, S., Seplaki, C. V., & Shah, M. (2016). Prehospital Trauma Triage Decision-Making: A model of What Happens Between the 911 Call and the Hospital. *Prehospital Emergency Care*, pp. 6-14.

- Joseph, K., Gupta, S., Yon, J., Partida, R., Cartagena, L., Kubasiak, J., & Bokhari, F. (Março de 2018). The "TRAUMA LIFE" initiative: The impact of a multidisciplinary checklist process on outcomes and communication. *The American Journal of Surgery* .
- Kostiuk, M., & Burns, B. (2020). Trauma Assessment. *Stat Pearls*.
- Lashoer, A. e. (2017). Implementation of the World Health Organization Trauma Care Checklist Program in 11 Centers Across Multiple Economic Strata: Effect on Care Process Measures. *World Journal of Surgery* , 954-962.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior: Decreto-Lei n.º 74/2006. *Diário da República n.º 60/2006, Série I-A*, (pp. 1-32). Lisboa.
- Ministério da Saúde . (Maio de 2020). *Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central - SNS*. Obtido de Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central - SNS: <http://www.chlc.min-saude.pt/>
- Ministério da Saúde. (1998). Diário da República Decreto-Lei nº. 104/98., (pp. 1739-1757).
- Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*.
- Ministério da Saúde. (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. pp. 125-129.
- Ministério da Saúde. (2014). *Diário da República, 2ª série Nº 153 Despacho nº 10319/2014*, (pp. 20673-20678).
- Ministério da Saúde. (2019). *Relatório Grupo Trabalho - Serviços de Urgências*.
- Ministério da Saúde. (Junho de 2020). *Serviço Nacional de Saúde*. Obtido de Hospital do Espírito Santo, EPE: <http://www.hevora.min-saude.pt/category/servicos/servicos-clinicos/>
- Ministério da Saúde. (Junho de 2020). *Serviço Nacional de Saúde*. Obtido de Monitorização Mensal: <https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/servicos-de-urgencia/urgencias-hospitalares/>
- Ministério da Saúde. (Junho de 2020). *Serviço Nacional de Saúde* . Obtido de Hospital do Espírito Santo de Évora: <http://www.hevora.min-saude.pt/2019/12/27/o-hospital/>
- Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M., & Marek, J. &. (2010). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspetivas de Saúde e Doença*. Loures: Lusodidacta.
- Nogueira, N. R. (2005). *Pedagogia dos projectos: etapas, papeis e actores*. Tatuapé: Editora Érica.

- Nolan, B., Zakirova, R., Bridge, J., & Nathens, A. (2014). Barriers to implementing the World Health Organization's Trauma Care Checklist: A Canadian single-center experience. *Trauma Acute Care Surgery*.
- Nunes, L. (Julho de 2010). Revista de Enfermagem Percursos. *Do perito e do conhecimento em enfermagem*, pp. 3-5.
- Ojanperä, H., Kanste, O., & Syrjala, H. (2020). Hand-hygiene compliance by hospital staff and incidence of healthcare-associated infections, Finland. *Bull World Health Organ* , pp. 475-483.
- Oliveira, A., Filho, C., & Rodrigues, C. (Setembro de 2007). O processo de construção dos grupos focais na pesquisa qualitativa e suas exigências metodológicas. *XXXI Encontro da ANPAD*, pp. 4-6.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (Agosto de 2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*, pp. 8-13.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (Maio de 2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. p. 38.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Decreto-Lei nº161/96*, (pp. 93-106).
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Regulamento nº361/2015*, (pp. 17240-17243).
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (Julho de 2018). Diário da República 2.ª série — N.º 135. *Regulamento n.º 429/2018*, pp. 19359-19364.
- Ordem dos enfermeiros [OE]. (2019). Diário da República nº 26/2019, Série II. 4744-4750.
- Ribeiro, N., Barreto, S., Hora, E., & Sousa, R. (2010). O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital . *Rev Esc Enferm USP*, pp. 146-152.
- Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos (15)*.
- Sá, P., & Paixão, F. (2013). Contributos para a clarificação do conceito de competência numa perspetiva integrada e sistémica. *Revista Portuguesa de Educação*, pp. 87-114.

- Santos, A. P., Freitas, P., & Martins, H. M. (23 de Janeiro de 2013). Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. *EMJ*.
- Santos, M. O., Sobreiro, L. P., & Calca, P. I. (Março de 2007). Texto de apoio sobre: - A análise SWOT; - Seleção de prioridades. *Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia "Augusto da Silva"*, pp. 6-12.
- Sequeira, C. (2016). *A comunicação*. Lisboa: Lidel.
- Serrano, M. T., Costa, A. S., & Costa, N. M. (Março de 2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*.
- Silva, R., Reis, A., Campos, P., & Bandeira, R. (2015). Princípios de Medicina de catástrofe em revisão a partir de Fukushima. *Revista Territorium*, pp. 249-266.
- Soreide, K. (2009). Epidemiology of major trauma. *British Journal of Surgery* 96(7), pp. 697-698.
- Tammelin, E., Handolin, L., & Soderlund, T. (2016). Missed Injuries in Polytrauma patients after trauma tertiary survey in trauma intensive care unit. *Scandinavian Journal of Surgery*.
- Theodorou, D., Tourouzas, K., Drimousis, P., Larentzakis, A., Kleidi, E., Georgiou, G., & Katsaragakis, S. (Outubro de 2008). Emergency room management of trauma patients in Greece: Preliminary report of a national study. *Resuscitation*, pp. 350-353.
- Tisherman, S., & Stein, D. (2018). ICU Management of Trauma Patients. *Society of Critical Care Medicine and Wolters*, pp. 1991-1997.
- Triagem, G. P. (Junho de 2020). *História do GPT*. Obtido em Junho de 2020, de Grupo Português de Triagem:
http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=108
- Universidade de Évora [UE]. (2015). Apresentação de Pedido Corrigido- Novo Ciclo de Estudos. *NCE/14/01772*, pp. 1-216.
- Varandas, M. L., & Lopes, A. (2012). Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo. *Revista Lusófona de Educação*, pp. 141-158.
- Vilelas, J. M., & Janeiro, S. I. (2012). Transculturalidade: O Enfermeiro com competência cultural. *REME - Revista Min. Enferm.*, pp. 120-127.

6. APÊNDICES

APÊNDICE I – A AVALIAÇÃO DA VÍTIMA DE TRAUMA EM CONTEXTO PRÉ E INTRA-HOSPITALAR

RESUMO

Objetivo: Esta revisão sistemática assume-se como um alicerce à realização do projeto de intervenção profissional no contexto do estágio final, que integra o plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica, lecionado no Instituto Politécnico de Setúbal. De acordo com o tema em estudo, perspetiva-se o enquadramento do estado da arte relativamente à avaliação ao paciente vítima de trauma (desde o pré-hospitalar até ao intra-hospitalar – urgência e UCI's), bem como da pertinência da utilização de instrumentos que sustentem a sua avaliação.

Métodos: Foi formulada uma pergunta de investigação: “Como é feita a avaliação das vítimas de trauma pelos profissionais de saúde?”. A partir da mesma, definiram-se descritores de pesquisa em bases de dados (*EBSCO, Pubmed e B-On*), assim como critérios de inclusão e exclusão dos artigos a incorporar nesta revisão, com base na mnemónica PICOD. Os artigos incluídos foram submetidos a avaliação de qualidade metodológica e classificação segundo níveis de evidência **Resultados:** A avaliação da vítima de trauma tem características inerentes ao contexto. Em contexto pré-hospitalar é conferida maior ênfase à avaliação inicial e reconhecimento precoce de gravidade, bem como encaminhamentos adequados. Em contexto de urgência constatou-se, num estudo observacional, que na maioria das vezes, o paciente vítima de trauma é abordado de uma forma não convencional, sem uma estratégia prévia bem definida. Adicionalmente, a diferença significativa que existe entre a formação ATLS ao nível da mortalidade de pacientes vítimas de trauma, é um dos achados major do estudo. Relativamente à utilização de instrumentos de avaliação e/ou monitorização da avaliação das vítimas de trauma por parte dos profissionais de saúde, constatou-se que a sua aplicabilidade está intimamente relacionada com fatores como a adesão e/ou valorização por parte dos profissionais de saúde, a qual, por sua vez, se relaciona com a versatilidade das mesmas. **Conclusões:** Apesar de munidos de contextos dispare, é unanime, nos três contextos previamente selecionados, a importância da avaliação inicial, secundária e terciária, em tempo e sob metodologia adequados.

Descritores: *assessment; trauma; checklist; emergency; ICU; prehospital*

INTRODUÇÃO

O trauma grave é a principal causa de morte e/ou incapacidade em todo o mundo (1 em cada 10 mortes), com especial destaque para os acidentes de viação, que são consequência de cerca de 1.3 milhões de mortes anualmente ⁽²⁾. Desta forma, e sob claro reconhecimento do impacto que este fenómeno representa na saúde pública, a Direção Geral da Saúde (DGS) emitiu em 2010 uma circular normativa, dirigida a todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Esta reconhece a importância das recomendações de duas entidades de referência na área: a Organização Mundial de

Saúde (OMS), que em 2009 emitiu recomendações e normas para a implementação de sistemas de trauma e programas de melhoria da qualidade da abordagem e tratamento do doente traumatizado; e, da Ordem dos Médicos (OM) de Portugal, que havia publicado em 2009 o manual: “Normas de boa prática em Trauma”⁽³⁾. Desta forma, e sendo largamente reconhecido que existe um conjunto de atitudes que, quando tomadas numa fase precoce, reduzem as complicações e a mortalidade que lhe estão associadas, a DGS traduziu e adaptou as orientações existentes com a participação ativa de um grupo de peritos das sociedades científicas afetas ao tema, da Ordem dos Enfermeiros e da OM.

É neste contexto que emerge a necessidade de estudar a questão que é objeto desta pesquisa: “*Como é feita a avaliação dos doentes vítimas de trauma pelos profissionais de saúde?*”. A questão de investigação é colocada tendo em consideração que existem normas e recomendações publicadas, questionando e verificando a eficácia da utilização de instrumentos auxiliares, nomeadamente as *checklist’s*.

Face a esta necessidade e com o objetivo de dar resposta à pergunta de investigação formulada, foi realizada pesquisa científica em bases de dados com reconhecido rigor científico, tendo sido formulado este artigo de revisão integrativa com recurso à mnemónica PICOD⁽⁴⁾.

O princípio estrutural deste artigo divide-se em duas etapas: o enquadramento teórico e a metodologia. No enquadramento teórico, é feita uma breve referência à bibliografia existente acerca da temática em estudo e respetiva contextualização. Por sua vez, a metodologia refere-se à obtenção de resultados dos estudos selecionados e consequente discussão dos mesmos. Será clarificado todo o processo de seleção dos artigos a incorporar no estudo, os critérios de inclusão e exclusão, a avaliação do nível de evidência e também a qualidade metodológica dos artigos selecionados. Os resultados serão apresentados numa tabela de recolha de dados, de modo a facilitar a sua síntese e posterior discussão, feita através de um resumo narrativo dos principais dados obtidos.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O politraumatismo é definido como uma lesão de dois ou mais sistemas orgânicos⁽¹⁾, secundária a mecanismos de traumatologia que envolvem desde acidentes com veículos motorizados (acidentes de viação e com equipamentos agrícolas), a quedas, agressões, lesões por atropelamento, lesões penetrantes e lesões resultantes de fenómenos de explosão (nomeadamente queimaduras)⁽⁶⁾.

O trauma assume-se, segundo a OMS, como um problema de saúde em crescendo à escala mundial, uma vez que, diariamente, cerca de 16000 pessoas morrem em consequência de lesões traumáticas.

Por sua vez, o número de co-morbidades e morte como consequência de lesões traumáticas tem incidência muito superior em países em desenvolvimento. Desta forma, a diminuição do impacto das lesões traumáticas é assumida pela OMS, como um dos maiores desafios de saúde pública do século. As *guidelines* de abordagem ao paciente vítima de trauma assumiram-se, por conseguinte, como um instrumento coadjuvante da redução de disparidades de cuidados de saúde a nível mundial ⁽⁸⁾.

As *guidelines* de cuidados ao paciente vítima de trauma, incluem 14 focos: 1) Abordagem da via aérea; 2) Respiração; 3) Circulação; 4) Traumatismo crânio-encefálico (TCE); 5) Lesão Cervical; 6) Lesão torácica; 7) Lesão abdominal; 8) Lesão dos membros; 9) Lesão da coluna vertebral; 10) Queimaduras e feridas; 11) Reabilitação; 12) Controlo da dor e medicação; 13) Diagnóstico e monitorização; 14) Segurança dos profissionais de saúde ⁽⁷⁾. Estas 14 categorias, são evidenciadas em matrizes que classificam a exigência quer de conhecimentos técnico-científicos e competências dos profissionais de saúde, quer da tipologia de equipamentos e de recursos dos centros de atendimento (classificados em *basic, general practise, specialist e tertiary*), em prioridades designadas de: *essential; desirable, possibly required; irrelevant*. Através da própria definição da OMS do nível de prioridade em questão, depreende-se que a adequação dos recursos e formação dos profissionais deve ser proporcional ao nível de especificidade do centro de trauma. Não obstante, ao longo das 14 categorias, estão contemplados diversos aspetos de avaliação, intervenção e equipamentos, que são transversais a todos os centros (intitulados de essenciais), mesmo quando falamos de centros que detêm orçamentos reduzidos.

Em consonância com aquelas que constituem medidas organizacionais por parte da OMS, que perspetivem a segurança do utente vítima de trauma, a DGS estabelece o que é exigido de todas as unidades com serviço de urgência, quer se trate de uma equipa de trauma inserida num serviço de urgência básico, num serviço de urgência médico-cirúrgico, num serviço de urgência polivalente ou de uma equipa de trauma consultiva ⁽⁴⁾.

METODOLOGIA

Para a realização desta revisão sistemática, formulou-se a seguinte pergunta de investigação: “*Como é feita a avaliação dos doentes vítimas de trauma pelos profissionais de saúde?*”. A partir da mesma, definiram-se descritores de pesquisa, assim como critérios de inclusão e exclusão dos artigos a incorporar nesta revisão, com base na mnemónica PICOD (Participantes, Intervenções, Contexto, Resultados (*outcomes*) e Desenho do estudo), que está disposto na seguinte Tabela II:

P	Participantes Quem foi estudado?	Profissionais de saúde que realizaram a avaliação ao utente vítima de trauma
I	Intervenções O que foi feito?	Avaliação da vítima de trauma
C	Contexto Local estudado?	Pré-hospitalar, serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos
O	Outcomes Resultados, efeitos ou consequências?	Ganhos em saúde relativamente às intervenções delineadas.
D	Desenho do estudo Como é que as evidências foram recolhidas	Artigos de trabalhos de investigação de metodologia quantitativa e qualitativa compreendidos entre Janeiro de 2003 e Agosto de 2018 em língua Portuguesa ou Inglesa.

Tabela II – Mnemónica PICOD

Foi realizada uma ampla pesquisa de artigos de qualidade científica, publicados nas principais bases catalográficas que incluíssem, no seu corpo estrutural, a abordagem à vítima de trauma pelos profissionais de saúde, em contextos de pré e intra-hospitalar.

Posto isso, a pesquisa foi estruturada com recurso às bases de dados EBSCO, PubMed e B-On. Os descritores escolhidos para a pesquisa foram: “assessment”; “trauma”; “checklist”, “emergency”, “ICU”, “prehospital”. Os descritores mencionados foram combinados entre si utilizando os operadores booleanos AND e OR.

As datas das publicações incluídas foram de Janeiro de 2003 a Agosto de 2018. Inicialmente objetivou-se um período de publicação máximo de 5 anos, no entanto, alargou-se o mesmo dada a pertinência de um artigo de 2008 no que toca à especificidade da sala de emergência e de um artigo de 2003 que foi pioneiro na instituição de uma *checklist* de avaliação terciária das vítimas de trauma em UCI's. Excluíram-se os artigos de avaliação das vítimas de trauma em idade pediátrica e/ou grávidas; que se encontravam redigidos noutras línguas que não o português e o inglês; que se desenvolviam em ambientes que não o pré-hospitalar, os serviços de urgência e/ou unidades de cuidados intensivos. Na figura I, abaixo representada, encontra-se o processo utilizado para rastrear e selecionar os artigos desta revisão.

Definição de termos de busca

- Assessment AND Emergency OR ICU OR Prehospital
- trauma AND
- checklist

Identificação de artigos com termos de busca

- EBSCO
- B-On
- PubMed

Definição de limites

- Linguagem: inglês e/ou português
- Estudos referentes à avaliação do utente vítima de trauma;
- Janeiro de 2003 a Agosto de 2018

Artigos encontrados
n=150

Inclusão dos artigos

Estudos da avaliação das vítimas de trauma: pré-hospitalar
Estudos da avaliação das vítimas de trauma: serviços de urgência
Estudos da avaliação das vítimas de trauma: unidades de cuidados intensivos
Utentes em idade adulta

Artigos encontrados
n= 21

Exclusão dos artigos

População pediátrica ou grávidas/puérperas
Artigos com enfoque noutras definições de trauma (por ex: eventos traumáticos cuja área de estudo se desenvolve no ramo da psicologia)
Artigos escritos em línguas díspares de português e inglês
Artigos sem texto integral disponível

Artigos incluídos na Revisão

Artigos selecionados
n= 10

Os artigos encontrados foram classificados em incluído ou excluído, utilizando os critérios de seleção acima descritos. Sobre os incluídos, foi registado o título, ano de publicação, autores, o país de origem, a língua, o tipo de estudo realizado e os aspetos abordados no mesmo.

RESULTADOS

Após a pesquisa sob metodologia supracitada, foram analisados os 10 estudos, cuja tipologia é variável entre estudos de *coorte* (6), estudo observacional (2), revisão sistemática (1) e estudo de caso (1). A avaliação da qualidade metodológica dos artigos foi realizada recorrendo às grelhas de avaliação do Instituto *Joanna Briggs* ⁽⁷⁾, bem como através da aplicação do instrumento de avaliação “*Quality assessment tool for quantitative studies*” da *Effective Public Health Practice Project* ⁽⁸⁾. Estas grelhas de avaliação permitem determinar em que medida um estudo apresenta a possibilidade de viés na sua conceção, implementação e análise ⁽⁹⁾. Não obstante, irá ser referido também o nível de evidência atribuído a cada artigo selecionado, tendo por base o Manual de *Joanna Briggs Institute Reviewers* ⁽⁹⁾, com recurso ao *Quality assessment tool for quantitative studies* ⁽⁸⁾.

Na Tabela III podem ser consultados os níveis de evidência e a qualidade metodológica avaliados, respetivamente, segundo os instrumentos da *Joanna Briggs Institute* ⁽⁹⁾ e com recurso ao *Quality assessment tool for quantitative studies* disponível na *Effective Public Health Practice Project* ⁽⁸⁾.

Artigo	Nível de Evidência JBI	Qualidade Metodológica Segundo EPHPP
Prehospital Trauma Triage Decision-making: A Model of What Happens between the 9-1-1 Call and the Hospital ⁽¹⁰⁾	3. c) – Cohort study with control group	Strong
ICU Management of Trauma Patients ⁽¹¹⁾	3. b) – Systematic review of comparable cohort and other lower study designs	Strong
The “TRAUMA LIFE” initiative: The impact of a multidisciplinary checklist process on outcomes and communication in a Trauma Intensive Care Unit ⁽¹²⁾	3. c) – Cohort study with control group	Strong

Performance Assessment of Emergency Teams and Communication in Trauma Care (PERFECT checklist) – Explorative analysis, development and validation of the PERFECT checklist: Part of the prospective longitudinal mixed-methods EPPTC trial) ⁽¹³⁾	3. c) - Cohort study with control group	Strong
Emergency room management of trauma patients in Greece: Preliminary report of a national study ⁽¹⁴⁾	3. e) Observational study without a control group.	Moderate
Implementation of a tertiary trauma survey decreases missed injuries⁽¹⁵⁾	3. c) – Cohort study with control group	Strong
Missed Injuries in Polytrauma patients after trauma tertiary survey in trauma intensive care unit⁽¹⁶⁾	3. e) Observational study without a control group.	Moderate
Missed injuries during the initial assessment in a cohort of 1124 level-1 trauma patients⁽¹⁷⁾	3. c) – Cohort study with control group	Strong
Implementation of the World Health Organization Trauma Care Checklist Program in 11 Centers Across Multiple Economic Strata: Effect on Care Process Measures⁽¹⁸⁾	3. c) – Cohort study with control group	Strong
Barriers to implementing the World Health Organization’s Trauma Care Checklist: A Canadian single-center experience⁽¹⁹⁾	4. d) – Case Study	Não aplicável (Estudo qualitativo)

Tabela III – Classificação dos artigos incluídos por níveis de evidência (JBI) e qualidade metodológica

Após a análise da qualidade metodológica e do nível de evidência, foram extraídos os resultados considerados pertinentes para a revisão, atendendo à pergunta de investigação previamente apresentada.

EXTRAÇÃO DE RESULTADOS

Estudo: Prehospital Trauma Triage Decision-Making: A Model of What Happens Between the 9-1-1 Call and The Hospital ⁽¹⁰⁾

Objetivo: Compreender a metodologia de avaliação de pacientes vítimas de trauma no pré-hospitalar; bem como os critérios de aplicação da triagem feita no local e de que forma a mesma condiciona o encaminhamento hospitalar.

Desenho do estudo: Qualitativo; Foram utilizados métodos de análise de conteúdo indutivos.

O estudo foi desenhado em duas etapas:

- 1) 4 grupos exploratórios;
- 2) 5 grupos de controlo após a revisão do questionário realizado na primeira etapa.

Participantes, tipo e número:

50 profissionais de centros médicos de emergência de nove centros distintos, dos quais 27 integraram o grupo experimental e 23 o grupo de controlo. Entre o grupo experimental e o grupo de controlo, foram integrados em igual proporção os profissionais de saúde que desenvolvem a sua atividade em meios rurais e urbanos/suburbanos, bem como os que detêm suporte básico de vida ou suporte avançado de vida.

Intervenções ou fenómenos de interesse:

Foi desenvolvido um modelo de entrevista padronizado, conceptualizado por três questões-alvo:

- 1) De que forma os profissionais realizam a triagem do trauma;
- 2) Fatores caraterísticos dos pacientes vítimas de trauma que influenciam as decisões de triagem;
- 3) Fatores do sistema propriamente dito que influenciam a triagem (Proximidade do centro de trauma, recursos hospitalares, lotação hospitalar).

Resultados:

Foram identificados 8 temas de interesse: rápida avaliação; previsão da situação; intuição/experiência do profissional de saúde; raciocínio utilizado; aplicação de protocolos; fatores do paciente; fatores do sistema de saúde.

Dos temas identificados convergiram 4 domínios:

- 1) Avaliação inicial:** os profissionais de saúde referem que, na chegada ao local, e durante o primeiro minuto junto da vítima, a sua avaliação inicial é o fio condutor das decisões subsequentes. A maioria dos participantes referem ainda que esta scene size-up tem mais valor que uma avaliação detalhada;
- 2) Importância da rapidez versus a precisão:** a rapidez das primeiras avaliações e decisões é enfatizada pelos prestadores. Adicionalmente, avaliações mais precisas têm lugar durante o transporte;
- 3) Utilidade da triagem de campo em vigor:** os prestadores afirmam, na sua maioria, que as *guidelines* de triagem existentes não correspondem na íntegra ao que acontece, justificam o mesmo pelo fato de considerarem que a avaliação de trauma não é um processo linear de step-by-step;
- 4) Considerações acerca do paciente e do sistema de emergência:** apesar de serem tidas em consideração as preferências dos pacientes, os profissionais que atuam em meios rurais referem como prioridade a estabilização do paciente e subsequente transporte para o centro de trauma, se possível; no entanto, podem existir condicionamentos no processo de estabilização do paciente, o que despoleta a necessidade de transportar para o hospital mais próximo, ainda que não se trate de um centro de trauma. Este transporte pode, inclusive, depender de condições meteorológicas (helitransporte). Tais preocupações não foram levantadas pelos profissionais em meios urbanos, pela sua proximidade de centros de trauma.

Conclusões:

No estudo realizado constatou-se que os profissionais de saúde confiam de uma forma rotineira na sua intuição como suporte à decisão da tipologia de hospitais de destino. No entanto, surge a incerteza da sua eficácia quando dissociado da Field Triage Decision Scheme (FTDS) (sinais vitais e nível de consciência; lesões anatómicas; mecanismo de lesão). O risco aumenta quando se trata de profissionais com pouca experiência, o que

poderá contribuir para o aumento dos índices de triagem inadequada. Apesar de não aplicadas integralmente, a utilização de *guidelines*, pode ser um constituinte indispensável da formação e treino de novos profissionais.

Estudo: ICU Management of Trauma Patients ⁽¹¹⁾

Objetivo: Descrever o estado da arte no que concerne aos cuidados prestados ao paciente adulto vítima de trauma, em unidades de cuidados intensivos (UCI's).

Desenho do estudo: Revisão sistemática através da base de dados PubMed. Nível de evidência 3.b).

Participantes, tipo e número: Não aplicável.

Intervenções ou fenómenos de interesse:

Foram incluídos artigos em Inglês e selecionados tópicos específicos:

- 1) Avaliação inicial da vítima de trauma;
- 2) Abordagem da via aérea;
- 3) Choque hemorrágico;
- 4) Ressuscitação;
- 5) Lesões específicas torácicas, abdominais, cerebrais e da coluna vertebral.

Resultados:

- 1) Os cursos de International Trauma Life Support (ITLS), cujo manual tem autoria do American College of Surgeons, vieram estruturar a avaliação inicial ao paciente, vítima de trauma. O mesmo consiste numa primeira avaliação A, B, C, D, E. Na avaliação secundária, inclui-se um exame detalhado Céfalo-caudal do paciente com estudos radiográficos. Uma vez que esta avaliação se foca na deteção precoce de situações de risco de vida eminente, a avaliação terciária assume-se como imprescindível com o intuito de evitar o desconhecimento da presença de lesões ocultas.
- 2) Em trauma, a abordagem da via aérea contempla a consideração de: lesões; distorções anatómicas; risco de lesão medular; paciente de “estômago cheio”; e morbilidade prévia. A ventilação invasiva acarreta riscos, são evidenciados pelos autores: lesão pulmonar; barotrauma; atelectasia traumática; pneumonia associada à ventilação. Em pacientes com hipoxemia refratária, o decúbito ventral

(estudo de meta-análise de 11 estudos de coorte com grupos de controlo) e a utilização de vasodilatadores pulmonares (estudo de revisão) assumem-se como terapias de resgate. Inicialmente, o suporte destes pacientes em ECMO (Extracorporeal membrane oxygenation) pensava-se contraindicada pelo risco de hemorragia, no entanto, na presente revisão foram inseridos 2 estudos (de coorte em grandes centros de trauma), que revelaram que o mesmo pode ser utilizado com segurança, segundo critérios específicos de seleção.

- 3) A hemorragia em paciente vítima de trauma assume-se como a causa mais frequente de hipotensão. Em pacientes com hemorragia ativa, a hipotensão permissiva assume-se como estratégia. O doseamento de lactato sérico tem sido estudado como fator preditivo de mortalidade. Um estudo aleatório com grupo de controlo num centro de trauma, demonstrou a eficácia da utilização do ácido tranexâmico em pacientes com hiperfibrinólise.
- 4) A normalização dos parâmetros vitais e débito urinário constituem os primeiros passos, mas podem ocultar a hipoperfusão. Desta forma, as guidelines de 2018 da Eastern Association for the Surgery of Trauma, sugerem que a utilização de ecografia em conjunto com a análise da curva da linha arterial, podem prevenir complicações e lesão orgânica, mas não a mortalidade.
- 5) Torácicas: O controlo da dor é imperativo na prevenção das atelectasias e pneumonias. Abdominal: Em situações de trauma abdominal fechado, as lesões do fígado, baço e rins são as mais comuns. Desde que o paciente permaneça estável do ponto de vista hemodinâmico, a maioria destas lesões têm abordagem não-cirúrgica.

TCE: A abordagem do TCE grave em UCI's passa pela prevenção de lesões secundárias (hipoxia, hipotensão, edema cerebral e isquemia). A ventilação adequada é crucial, visto que a hipercapnia pode aumentar a pressão intracraniana.

Coluna vertebral: A aplicação da American Spinal Injury Association Impairment Scale relacionou o desenvolvimento de disfunção respiratória com o nível e a gravidade de lesão da coluna vertebral. Constatou-se que a hipoxemia pode causar bradicardia grave e, até mesmo, assistolia, em pacientes com lesão cervical alta, devido à estimulação vagal sem oposição.

Conclusões:

A abordagem do paciente crítico vítima de trauma encontra-se em constante desenvolvimento. No entanto, são unânimes os princípios básicos da rápida identificação e tratamento de lesões que constituam perigo de vida eminente.

Estudo: The “TRAUMA LIFE” initiative: The impact of a multidisciplinary checklist process on outcomes and communication in a Trauma Intensive Care Unit ⁽¹²⁾

Objetivo: A aplicação de *checklists* tem sido direcionada com o intuito de melhorar a qualidade da prestação de cuidados e comunicação em doente crítico. Uma vez que os resultados das aplicações das demais *checklists* têm sido ambíguos, o estudo perspetivou o reconhecimento do impacto da aplicação de uma *checklist* multidisciplinar numa Unidade de cuidados intensivos de trauma, com recurso à utilização de métricas de qualidade.

Desenho do estudo: Estudo de coorte com grupo de controlo. Nível de evidência: 3. c

Participantes, tipo e número:

Pacientes vítima de trauma admitidos na TICU (Trauma Intensive Care Unit) entre 2013 e 2016. 78% dos participantes eram do sexo masculino. 48% dos participantes têm idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos.

Intervenções ou fenómenos de interesse:

À aplicação da *checklist* TRAUMA LIFE está inerente a discussão diária de fatores que são identificados como potenciadores do prognóstico dos pacientes, vítimas de trauma, bem como o estabelecimento de metas de tratamento. Os elementos que constituem a presente escala são:

- **T** → Thromboembolism Prophylaxis;
- **R** → Restraints;
- **A** → Analgesia / Sedation / Delirium Management;
- **U** → Ulcer Prophylaxis;
- **M** → Metabolic / Nutrition / Glycemic Control
- **A** → Activity / Weight Bearing
- **L** → Lines / Tubes / Drains
- **I** → Skin Integrity;
- **F** → Family Message

- E → Expected Disposition

Resultados:

Na TICU em estudo foi necessária uma reestruturação do programa de implementação de *checklists*. Constatou-se que no período entre 2010 e 2012 a *checklist* até então aplicada era complexa, segundo os profissionais de saúde, ficando intimamente ligado ao seu não preenchimento, as fases em que a atividade clínica era exponencial. Surgiu então a TRAUMA LIFE com um conceito de mnemónica, o qual objetiva o compromisso com a sua implementação. Do processo de adaptação fizeram de igual forma parte um processo de reeducação e ênfase na importância da comunicação com a família.

Conclusões:

Contrariamente ao argumento mais utilizado pelos profissionais de saúde, constatou-se que a aplicação da TRAUMA LIFE dura em média 60 a 90 segundos da prestação de cuidados.

A sua implementação está associada a uma diminuição das taxas de infeções associadas à algaliação e outros dispositivos urinários e da pneumonia associada à ventilação. A mesma, teve também uma projeção na consistência da periodicidade e proximidade com os familiares dos pacientes vítimas de trauma.

Estudo: Performance Assessment of Emergency Teams and Communication in Trauma Care (PERFECT checklist) – Explorative analysis, development and validation of the PERFECT checklist: Part of the prospective longitudinal mixed-methods EPPTC trial ⁽¹³⁾

Objetivo: Avaliar o impacto da formação em profissionais no âmbito do pré-hospitalar e desenvolver uma *checklist* validada que apoie a formação em emergência.

Desenho do estudo: Análise longitudinal que inclui 3 pontos de avaliação: 1) antes do ITLS; 2) imediatamente após a realização do curso; 3) Um ano após a realização do curso.

Participantes, tipo e número:

Foram analisados por peritos 36 vídeos correspondentes aos 3 pontos de avaliação.

A qualidade comunicacional por parte do team leader foi analisada através do programa “*Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC)*”, o tal categoriza palavras, pontuação de frases, negação, aprovações, emoções positivas, de desconforto e processos cognitivos.

Não inclui, no entanto, avaliação de eventos não-verbais. Esta análise foi realizada por peritos na área

Intervenções ou fenómenos de interesse:

A análise foi realizada com recurso à captação de vídeos, no período de formação em simulação de cenários, tendo sido selecionados aleatoriamente.

Previamente à validação da *checklist*, foi utilizada uma análise explorativa das técnicas comunicacionais entre a equipa, por peritos, após a qual foi criada a *PERFECT Checklist (Performance Assessment of Emergency Teams and Communication in Trauma Care)*. A mesma inclui 7 escalas (avaliação inicial; avaliação secundária; procedimentos; competências; comunicação em trauma; competências não-técnicas e uma escala de avaliação geral de performance).

Resultados:

A cronologia da avaliação inicial do paciente vítima de trauma nos 3 pontos constata que, em média, a avaliação inicial tinha a duração de 2min29seg no ponto 1); 1min11seg no ponto 2) e 1min14seg no ponto 3). Numa primeira análise, constatou-se a diminuição do tempo de avaliação do período pré-curso para o pós-imediato. Da análise comunicacional por parte do team leader, denotou-se uma mudança óbvia na diminuição de palavras representativas de emoções e processos cognitivos e no aumento da utilização de palavras curtas e monossílabas, em situações de stress.

Conclusões:

O artigo ressalva a importância da abordagem sistematizada ao paciente vítima de trauma ao invés da abordagem pessoal na formação de equipas de trauma. A validação da *PERFECT CHECKLIST* contribuiu para a melhoria da formação, com recurso a um instrumento com princípios de qualidade comparativos. Uma das limitações da *checklist* relaciona-se com a sua implementação apenas em cenários de simulação.

Estudo: Emergency room management of trauma patients in Greece: Preliminary report of a national study ⁽¹⁴⁾

Objetivo: O estudo objetiva a criação de registos e a avaliação da epidemiologia do trauma na Grécia, bem como da qualidade de cuidados prestados às vítimas de trauma em hospitais gregos.

Desenho do estudo: Estudo observacional sem grupo de controlo. Nível de evidência 3. e).

Participantes, tipo e número: Foram selecionados 32 hospitais do serviço nacional de saúde grego, dos quais 2 foram excluídos por incapacidade de colheita e armazenamento de dados.

Intervenções ou fenómenos de interesse:

O estudo foi conduzido durante o período de um ano. Foram incluídos no total 8862 pacientes no estudo, 68.7% dos quais, do sexo masculino, e 31.3% do sexo feminino, com uma média de idades de 52.7 anos

Resultados:

Foi notória a correlação entre o score de gravidade de lesão e o tempo de permanência na sala de emergência. No que concerne ao destino destes pacientes, apenas 79.3% teve como destino o internamento em serviços de enfermaria; 8% foram transferidos para outros hospitais; 1.1% foram transferidos para uma UCI e 2.9% faleceram na sala de emergência. Dos 185 pacientes falecidos que incluíram a amostra, 66% foram avaliados numa primeira abordagem por médicos sem *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) e 30% por médicos com formação em ATLS.

Constatou-se que na maioria das vezes, o paciente vítima de trauma é abordado de uma forma não convencional, sem uma estratégia prévia bem definida. Para além disso, a abordagem depende mais de hábitos locais e de recursos do que de guidelines ou normas resultantes de evidência científica. Os autores apontam como casuística do fenómeno a necessidade de reestruturação do SNS e a inexistência de uma subespecialidade em traumatologia ou formação obrigatória em trauma no percurso formativo dos cirurgiões.

Conclusões:

Na maioria das situações, a abordagem dos pacientes vítimas de trauma é liderada por um residente de cirurgia e um enfermeiro.

A diferença significativa que existe entre a formação ATLS ao nível da mortalidade de pacientes vítimas de trauma, é um dos achados major do estudo. Outro achado tem a ver com o tempo de permanência na sala de emergência. Objetivou-se que os pacientes com índice de gravidade maior são os que ocupam durante maior período de tempo a sala de emergência, sendo que estes são os que beneficiariam de um encaminhamento mais precoce. O estudo contribuiu para a formulação do problema-alvo na população estudada bem como da compreensão de necessidade de reformulação de questões que formulam o serviço nacional de Saúde na Grécia.

Estudo: Implementation of a tertiary trauma survey decreases missed injuries⁽¹⁵⁾

Objetivo: O estudo procurou determinar se a implementação de uma checklist de avaliação terciária às vítimas de trauma resulta na diminuição das *missed injuries* (MI's).

Desenho do estudo: Estudo de coorte com grupo de controlo. Nível de evidência: 3. c Foram consultados os registos de trauma da Unidade de Cuidados Intensivos de Trauma (UCIT) do Hospital de Rhode Island (centro de trauma de Rhode Island, certificado como nível 1 pelo ACS).

Participantes, tipo e número:

O período de 2 anos que antecedeu a aplicação da checklist teve no total 3412 vítimas de trauma admitidas na UCIT (grupo de controlo) e o período de 2 anos que precedeu a sua aplicação incluiu a avaliação de 3442 vítimas de trauma (grupo experimental). A maioria das vítimas são do sexo masculino (64%), com idade média de 45 anos e *Injury Severity Score* (ISS) de 10.7. semelhantes nos grupos de controlo e experimental. Não foram analisados os registos do ano em que a checklist foi implementada.

Intervenções ou fenómenos de interesse:

Foram definidas MI's como as lesões que foram identificadas após as 24h da admissão da vítima na UCIT ou as lesões que não foram detetadas pela aplicação da *checklist*. As mesmas foram monitorizadas no registo de trauma como parâmetros de qualidade, filtrados em auditoria.

Resultados:

Constatou-se que os pacientes com lesões ocultas eram mais velhos (± 3.8 anos) e tinham ISS's mais elevados comparativamente aos pacientes sem lesões ocultas. Essas alterações foram consistentes tanto no grupo de controlo como no grupo experimental. A incidência de lesões ocultas diminuiu 1.5 % no período após a aplicação da *checklist*. Verificou-se um aumento da proporção de pacientes admitidos na UCIT no período após a aplicação da *checklist*, sendo que dos pacientes aí admitidos foi também identificada uma maior incidência de lesões ocultas do que os que tiveram distinto encaminhamento.

Como fatores que contribuíram para a prevalência de lesões ocultas os autores nomearam:

- Presença de lesões que apresentem risco de vida eminente (com necessidade de transferência para o bloco operatório ou UCIT) previamente à avaliação secundária;
- Alteração do nível de consciência (lesão cerebral, intoxicação, sedação);
- Inexperiência do avaliador e/ou erros radiológicos.

Conclusões:

É sabido que o ATLS providencia uma estrutura de avaliação da vítima de trauma que auxilia no diagnóstico precoce e tratamento de lesões que provoquem risco de vida eminente, bem como da criação de um plano de gestão para a vítima. Apesar das linhas orientadoras dos cursos de ATLS serem mundialmente conhecidas, aceites e praticadas, reconhece-se que existe um número de lesões que podem não ser reconhecidas no período da avaliação inicial.

O estudo vem desta forma reforçar a importância da aplicação da avaliação terciária de trauma, uma vez que com a sua aplicação se diminui a presença de lesões ocultas em 39% nas UCIT e 36% no geral. Desta forma os autores sugerem ainda a aplicação rotineira desta avaliação como elemento integrante de cuidados de qualidade, cujo custo único é o tempo.

Estudo: Missed Injuries in Polytrauma patients after trauma tertiary survey in trauma intensive care unit⁽¹⁶⁾

Objetivo: O estudo objetiva determinar o número e a severidade das *missed injuries* (MI) nas avaliações primária, secundária e terciária de vítimas de trauma admitidas numa *Trauma Intensive Care Unit* (TICU).

Desenho do estudo: Nível de evidência 3.e) – Estudo observacional sem grupo de controlo.

Foram examinados os processos eletrónicos das vítimas de trauma que foram admitidas numa TICU, de um Hospital Público Escandinávio, até 3 meses da data de ocorrência dos mecanismos de lesão. Nesta análise objetivou-se a identificação das MI nas avaliações primária, secundária e terciária.

Participantes, tipo e número:

Dos 360 pacientes admitidos na TICU, entre 1 de Janeiro e 17 de Outubro de 2013, 115 cumpriram os critérios de inclusão previamente definidos (vítimas de trauma admitidas na TICU provenientes do departamento de emergência e/ou bloco operatório e/ou de um procedimento angiográfico, após terem sido submetidos a avaliação primária e secundária).

A maioria das vítimas de trauma era do sexo masculino (77%), com idades compreendidas entre os 27 e os 65 anos. Os dois mecanismos de lesão mais frequentes foram quedas (25%) e acidentes com veículos motorizados (23%). O tempo de internamento na TICU foi compreendido entre 1 a 48 dias (média de 5 dias) e o tempo de internamento hospitalar foi compreendido entre 1 a 64 dias (média de 12 dias).

69% dos pacientes admitidos eram provenientes do serviço de urgência; 16% foram transferências inter-hospitalares e 15% haviam sido submetidos a procedimentos cirúrgicos ou angiográficos antes da admissão na TICU.

Intervenções ou fenómenos de interesse:

Da análise do processo clínico dos pacientes incluídos no estudo, resultou a definição de três tipologias de lesões:

- **Tipo 0** – Lesões que foram detetadas na avaliação primária e/ou secundária;

- **Tipo I** – Lesões que foram detetadas na avaliação terciária (avaliação esta que não foi realizada segundo um protocolo formal, os seus princípios foram definidos por consenso sem utilização de uma checklist, por exemplo);
- **Tipo II** – Lesões detetadas previamente à alta hospitalar, que não foram identificadas nas três avaliações prévias.
- **Tipo III** – Lesões que foram detetadas num período até 3 meses desde a data do acidente (após a alta hospitalar).

Nas lesões tipo II foram reexaminados os diários clínicos de forma a compreender o seu efeito no atraso diagnóstico, no percurso clínico do paciente e respetiva consequência quer em tempo do aumento do tempo de internamento e/ou necessidade de intervenção cirúrgica, quer em morbilidade quer em transferências hospitalares.

Para avaliação da severidade das lesões foi utilizada a *Abbreviated Injury Scale* (AIS)

Resultados:

Número total de lesões detetadas: 841 (média de 7.3 lesões/paciente).

- **Lesões tipo 0** – 93% das lesões identificadas (785). Em 69% dos pacientes, todas as lesões descritas foram identificadas neste período de avaliação primária e secundária. Quanto à localização das lesões nesta fase de avaliação, a maioria foram identificadas na região torácica (29%). A média da AIS foi de 2 (1-5).
- **Lesões tipo I** – 3.9% das lesões identificadas (33). As mesmas surgiram em 23% dos pacientes (27). Dos 27, 4 também tiveram lesões tipo II e 1 do tipo III. A localização das lesões identificadas nesta fase foi maioritariamente de lesões nas extremidades (42%). As lesões identificadas com maior severidade localizavam-se nas regiões da cabeça e pescoço e torácica, com um AIS médio de 3 (2-4 e 2-3).
- **Lesões tipo II** – 2.6% das lesões identificadas (22). As mesmas surgiram em 12% dos pacientes em estudo (14/22). A localização das lesões identificadas incidiu maioritariamente nas extremidades (48%). Todas as lesões tipo II tinham um AIS inferior a 3. A generalidade das lesões que não tinham sido identificadas na avaliação terciária de trauma eram fraturas, especialmente nas regiões da mão e punho. Duas das lesões identificadas necessitaram de intervenção cirúrgica. Quanto ao intervalo de tempo entre a admissão hospitalar e a deteção das lesões tipo II a sua maioria (59%), aconteceu dentro de 5 dias. Apenas 4 das 22 lesões

foram identificadas após 10 dias de internamento hospitalar, das quais três eram resultantes de lesões de nervos.

- **Lesões tipo III** – O seguimento de 3 meses foi possível em 80% dos pacientes (80%). Apenas uma lesão foi identificada, tratava-se de uma rutura muscular parcial, que teve como consequência a inaptidão do indivíduo para regressar ao trabalho à data do diagnóstico (78 dias após a admissão hospitalar).

Conclusões:

Os autores argumentam que apesar de não existir um protocolo de avaliação terciária, não perspetivam melhorias na sua implementação, apesar de cada clínico ter a sua própria metodologia de avaliação. De notar, que não foi avaliada nem comparada a sua implementação, trata-se de uma opinião dos autores, fundamentada pela comparação com outros estudos com existência de grupos de controlo, períodos de avaliação e população significativamente superiores.

Não obstante, é referido pelos autores que a amostra do estudo é reduzida e o seu tempo de duração curto, o que impede a realização de generalizações, correndo o risco de viés.

Estudo: Missed injuries during the initial assessment in a cohort of 1124 level-1 trauma patients⁽¹⁷⁾

Objetivos:

- Determinar a frequência, a tipologia e respetivas implicações das *missed injuries* (MI);
- Detetar os fatores que contribuíram para as MI;
- Averiguar em que período da avaliação da vítima de trauma eram as MI's finalmente diagnosticadas.

Desenho do estudo: Estudo de coorte com grupo de controlo. Nível de evidência: 3. c
O estudo foi parte integrante de um *REACT-trial* (*Early Assessment by CT scanning in Trauma Patients*) - perspetivou comparar a avaliação da vítima de trauma numa sala de reanimação com TAC com a de um diagnóstico imagiológico *standard*, localizado no departamento de radiologia.

O mesmo decorreu em duas unidades de trauma nível-1 de Amsterdão.

Participantes, tipo e número: Os dados relativos às lesões e características dos tratamentos foram extraídos do REACT-Trial entre Novembro de 2005 e Novembro de 2007.

Foram incluídos no estudo 1124 vítimas de trauma.

71.4% dos pacientes eram do sexo masculino, com idades medias de 38 anos (26.4-51.9).

A média da avaliação da Escala de Coma de Glasgow (ECG) na sala de reanimação de trauma (SRT) é de 13.5 e de índice de gravidade (ISS) é de 6 (2-14).

Intervenções ou fenómenos de interesse:

Os pacientes com MI foram definidos como vítimas de trauma às quais foi detetada uma nova lesão após as avaliações primária e secundária. Tal significa que essa lesão detetada à posteriori não foi suspeita na investigação clínica, radiológica ou não foi ainda realizada nenhuma avaliação específica com enfoque à lesão.

Para identificar potenciais MI's foram revistos todos os relatórios imagiológicos e clínicos até 3 meses após o trauma.

Os pacientes foram divididos em duas categorias: com e sem MI's; a partir das quais foram analisados os fatores associados à ocorrência de MI's.

Compararam-se as duas categorias quanto a potenciais fatores de associação, como:

- Características Demográficas;
- Data a hora de amissão hospitalar;
- Sinais Vitais à chegada;
- Necessidade de transfusão sanguínea nas primeiras 24h;
- Intervenções de emergência (realizadas até 6h após a avaliação inicial na SRT) e estabilização em UCIT;
- Tempo total de cuidados (intervalo de tempo entre a primeira e a última avaliação radiológica durante a avaliação inicial).

As MI's foram classificadas em três tipos, quanto ao período em que foram identificadas:

- 1) Após intervenções de emergência ou admissão inicial na UCIT;
- 2) Suspeita clínica no decorrer da avaliação terciária;
- 3) Após a avaliação terciária

Todas as MI's foram classificadas de acordo com a *Abbreviated Injury Scale* (AIS). Quando o score foi ≥ 3 , o atraso, as consequências clínicas e tratamentos realizados, foram também avaliados.

Resultados:

Foram identificadas no total 122 MI's, em 92 pacientes.

Constatou-se que a amostra de pacientes onde foram detetados MI's detinha índices de severidade significativamente superiores. Concomitantemente as lesões neurológicas severas, as intervenções de emergência e transfusões sanguíneas foram também significativamente superiores no grupo de pacientes com MI's.

Dos potenciais fatores de associação previamente levantados constatou-se na amostra:

- Presença de outras lesões que representam risco de vida eminente (46 pacientes);
- Intervenções de emergência (22);
- Lesões neurológicas severas (17);
- Procedimentos de intubação e/ou sedação (15);
- Estabilização em UCI (6)

Nos restantes 42 pacientes nenhum dos fatores preditivos estiveram patentes.

No que concerne aos estudos radiológicos:

- Dos 102 estudos adicionais realizados após a avaliação em SRT ou admissão na UCIT, 24 revelaram MI's (20%);
- Durante a avaliação terciária foram realizados 84 estudos dos quais 26 revelaram MI's (21%);
- Após a avaliação terciária 198 exames revelaram 72 lesões por identificar previamente (59%), das quais, 24 (20%) já constavam em exames prévios, não tendo sido, no entanto, detetadas.

Relativamente à incidência das MI's consoante a sua localização verificou-se:

- Extremidades 874.6%);
- Tórax (8.2%)
- Coluna Vertebral (6.6%).

Dando por fim enfoque à gravidade das lesões, constatou-se que 80% são de AIS de 2. Foram detetadas 3 lesões com AIS de 4 (lesões neurológicas). Não foram detetadas lesões com AIS de 5 ou 6.

19.8% das lesões AIS 1 ou 2 foram submetidas a intervenções cirúrgicas.

Tempo médio de atraso na deteção das MI's: 2 dias

Não houve mortalidade associada aos pacientes com MI's com AIS \geq 3.

Conclusões:

Comparativamente com outros estudos, a taxa de MI's de 8.6% é relativamente baixa, o que segundo os autores por ser explicável pelo papel que os cirurgiões de trauma desempenham nos Países Baixos (pela liderança das equipas de trauma).

Conclui-se que praticamente 2/3 das 122 MI's foram detetas após a avaliação terciária, o que reforça a sua pertinência. O estudo constituiu um alicerce à necessidade de introdução de uma *checklist* de avaliação terciária uma vez que os autores afirmam que a maioria das lesões que não foram detetadas na avaliação terciária foram decorrentes da realização incompleta ou não realização da mesma.

Algumas das lesões com AIS ≥ 3 podem ser lesões em evolução, sem possibilidade de deteção prévia.

As intervenções de emergência, bem com a admissão primária na UCIT e/ou alterações neurológicas significativas, estão associadas a maiores índices de severidade, bem como de prevalência de MI's. Segundo os autores, o principal motivo para tal é que tal como preconizam as orientações do ATLS as lesões que representam risco de vida eminente são diagnosticadas e tratadas em primeira instância, os autores afirmam que, caso tivesse sido feita uma diferenciação entre MI's e lesões cujo risco foi calculado, a sua prevalência diminuiria significativamente de 8.2 para 4.9%

Aspetos a melhorar em estudos futuros:

- Incluir as MI's detetadas durante as autópsias;
- Alargar os estudos de imagem, uma vez que a técnica maioritariamente utilizada (Raio-x) não constitui um meio complementar de diagnóstico para lesões de tecidos moles.

Estudo: Implementation of the World Health Organization Trauma Care Checklist Program in 11 Centers Across Multiple Economic Strata: Effect on Care Process Measures⁽¹⁸⁾

Objetivo: A *World Health Organization Trauma Care Checklist* (WHO-TCC) teve como alicerces protocolos pré-existentes, com o intuito de uniformizar e reforçar aspetos da avaliação inicial das vítimas de trauma.

Este estudo procura quantificar os efeitos dos programas de implementação da TCC no desempenho clínico relativamente às vítimas de trauma. O mesmo engloba características geográficas e socioeconómicas díspares, segundo a classificação mundial de rendimentos.

Desenho do estudo: Estudo de coorte com grupo de controlo. Nível de evidência: 3. c Os dados foram colhidos por observação direta, com recurso a observadores treinados. Cada centro hospitalar dispunha de um planeamento de observação randomizado, de forma a assegurar iguais representações de tempo.

Foram realizadas visitas constantes a cada centro por parte dos investigadores seniores, o que garantiu avaliações constantes do protocolo de investigação, do observador e da qualidade da informação colhida.

Participantes, tipo e número: os 13 centros que foram convidados, 11 implementaram o programa e colheram os dados afetos ao mesmo.

Foram seleccionados no estudo os pacientes gravemente feridos e a sua evolução clínica foi acompanhada.

Pacientes gravemente feridos são definidos como os que cumprem os requisitos de a) ou de b):

- a) Após avaliação clínica, detêm potencial de risco de vida e/ou de perda de um membro.
- b) Requerem a ativação da equipa de trauma, nos centros que dispõem da mesma.
- c) Foram incluídos no estudo um total de 3422 pacientes, dos quais 1641 (48%) previamente à introdução da TCC e 1781 (52%) após. As características demográficas dos pacientes foram semelhantes nas duas fases do estudo.

Intervenções ou fenómenos de interesse:

Durante o processo de implementação da checklist a equipa hospitalar (inicialmente os que contactam com o paciente na primeira hora após a admissão) recebeu formação e treino na área da segurança e relativamente á aplicação da TCC.

As lacunas identificadas na prestação de cuidados durante o período de avaliação inicial, foram discutidas com a equipa hospitalar.

Os centros foram encorajados a utilizar a TCC aquando da realização da avaliação inicial de ressuscitação, previamente à dispersão dos profissionais de saúde ou previamente à transferência do paciente. No entanto, foi dada flexibilidade a cada centro, consoante os respetivos fluxogramas internos.

A colheita de informação iniciou-se 2 semanas após a implementação da TCC nos serviços.

Resultados:

Os 11 centros são representativos de diferenças geográficas e económicas significativas.

As datas de implementação pré-definidas não foram cumpridas em 9 centros.

O número de pacientes que integraram o estudo na pré e pós-implementação foi bem balanceado.

Constatou-se um aumento significativo da realização de exames complementares e/ou avaliações clínicas, na sua generalidade, após a implementação da checklist (exame clínico abdominal no pré:76%, no pós:95%; auscultação torácica no pré: 85%, no pós:94%; avaliação da temperatura corporal pré: 50%, no pós:78%).

Após análise estratificada verificou-se que a implementação da checklist está associada a uma redução de 50% da mortalidade nos pacientes com maiores índices de gravidade (ISS≥25), no entanto não foi identificada nenhuma tendência quanto à mortalidade em ISS inferiores.

Não foram estudados outros fatores associados ao risco de mortalidade (por ex.: presença de co morbilidades prévias).

Conclusões:

A implementação da WHO-TCC foi associada a uma melhoria significativa dos processos de abordagem em ressuscitação inicial nas vítimas de trauma gravemente feridas.

Os achados do presente estudo sugerem que a implementação de um programa de checklist previne os erros clínicos através da consolidação dos protocolos de abordagem

à vítima de trauma pré-existent (ATLS). É importante denotar que a WHO-TCC é um suplemento, necessitando para a sua eficiência de uma abordagem protocolar e treino em trauma prévios.

Urge a necessidade de reforçar que, o estudo incorre numa investigação do impacto da implementação da WHO-TCC e não apenas da sua aplicação *versus* inexistência da mesma.

Como pontos fortes do estudo os autores apontam a multiplicidade de contextos sociais, económicos e demográficos, melhorando significativamente o processo de cuidar das vítimas de trauma nos centros em questão. No entanto, propõe-se a realização de estudos futuros com amostras maiores, de forma a uma compreensão mais adequada se o seu efeito na mortalidade pode ser demonstrado.

Estudo: Barriers to implementing the World Health Organization’s Trauma Care Checklist: A Canadian single-center experience⁽¹⁹⁾

Objetivo: O estudo pretendeu dar ênfase aos desafios e barreiras que foram identificadas aquando da implementação da *WHO Trauma Care Checklist* (TCC) num centro de trauma nível 1 Canadano.

Desenho do estudo: Estudo qualitativo. Nível de evidência 4. d) - Estudo de caso. Foram realizadas entrevistas individuais, semiestruturadas com os cirurgiões líderes das equipas de trauma e com enfermeiros após 6 meses da implementação da checklist. Todas as entrevistas foram gravadas e enviadas posteriormente para a WHO – onde foi feita a análise e respetiva codificação.

Participantes, tipo e número: Foram entrevistados 6 líderes de equipa de trauma e 9 enfermeiros (total de participantes: 15).

Intervenções ou fenómenos de interesse:

Foi realizada uma adaptação da TCC com 16 itens, com o intuito de ser preenchida previamente à transferência do paciente da sala de reanimação de trauma.

Durante o período de implementação foi fornecida formação aos intervenientes (líderes da equipa de trauma e enfermeiros).

A entrevista integrou os domínios do conhecimento, atitudes e barreiras face à implementação percebidas. Foram observadas no total 51 ativações das equipas de trauma. A tendência de utilização da checklist foi de 78%.

Resultados:

Foram levantadas 8 barreiras-chave à implementação da TCC, as mesmas ordenaram-se pela sua frequência de 1 a 8.

- 1) Falta de tempo para a implementação da checklist em pacientes gravemente feridos:** Foi a barreira mais identificada pelos profissionais de saúde, sendo inclusive classificada como de inapropriada. No entanto, um dos líderes da equipa de trauma referiu que é exatamente nestes momentos em que a mesma deve ser utilizada, referindo que é maioritariamente com estes pacientes, que os protocolos são esquecidos, fruto da agitação característica.
- 2) Papéis indefinidos:** Uma vez que não existiu uma nomeação de responsável pela realização da checklist, por vezes a mesma não era aplicada.
- 3) Oblívio:** A sua importância é reconhecida pelos profissionais de saúde, no entanto, muitas vezes não era aplicada por esquecimento.
- 4) Descompromisso:** Uma vez que o seu uso nunca foi de carácter obrigatório.
- 5) Incompreensão da importância e/ou propósito:** A não familiarização com a escala, bem como da sua pertinência, condicionava a sua aplicação.
- 6) Ausência de membros da equipa no final da ressuscitação**
- 7) Rotatividade de Staff**
- 8)** Sendo um hospital universitário, um dos líderes da equipa de trauma referiu ser um desafio constante a aplicação da checklist uma vez que “está sempre na sala de reanimação de trauma alguém que nunca ouvi falar e/ou nunca a aplicou”
- 9) Hierarquia profissional**

Apesar da maioria dos intervenientes sentirem que a *checklist* serviu para melhorar a comunicação da equipa de trauma, alguns sentiram uma hierarquia inerente à mesma, criando a dificuldade da realização da mesma por parte dos enfermeiros.

Conclusões:

Um dos maiores desafios à implementação da WHO TCC é a sua utilização em pacientes críticos, tendo sido apontada como causadora de atrasos no tratamento do paciente. No entanto, através da prática baseada na evidência, constatou-se que o tempo de preenchimento da TCC é de 2 a 3 minutos. Não obstante foi de igual forma contra-argumentado pelos intervenientes que é nesta tipologia de pacientes que surge a maior pertinência da aplicação da escala de forma a evitar as MI's, bem como reduzir os riscos inerentes aos transportes intra-hospitalares.

Outro aspeto identificado foi a ausência da equipa no final da ressuscitação e/ou avaliação primária, segundo os intervenientes isso acontece por a equipa de trauma englobar diversas especialidades e áreas clínicas, o que faz com que cada um desempenhe funções muito específicas, que quando terminadas resulta no abandonar da sala de reanimação de trauma.

Quanto ao descompromisso com a aplicação da TCC e da indefinição dos papeis relatada, a WHO no percurso de desenvolvimento da *checklist*, optou por não especificar que pessoa/função teria a responsabilidade do seu preenchimento. Tal perspetivou uma melhoria da comunicação e colaboração das equipas. No entanto, o estudo foi demonstrativo que tal poderá ser uma lacuna uma vez que não clarifica papéis, o que é crucial em reanimação de trauma.

Esta barreira identificada reforça a pertinência do treino e educação relativamente à TCC.

É importante ressaltar que o estudo ocorreu num único centro hospitalar, pelo que as barreiras identificadas podem não ser generalizadas para outros centros, dependendo principalmente da sua estrutura organizacional.

Conclui-se que a TCC foi um instrumento na generalidade bem recebido, com potencial elevado de melhoria dos cuidados do paciente crítico e a sua segurança, exigindo uma correta integração da mesma nas equipas de trauma.

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Conforme evidenciado na análise da extração de resultados, a avaliação do paciente que foi vítima de trauma tem características inerentes ao contexto a que se associa. No pré-hospitalar ⁽¹⁰⁾: a avaliação inicial foi considerada pelos profissionais de saúde como um momento propulsor de todo o modelo de atuação perante a vítima. Foi inclusivamente referido pelos participantes do estudo que, em segundos após a *scene size-up*, era estratificada a gravidade do paciente crítico, bem como estruturado quer o devido encaminhamento, quer a abordagem pela metodologia A, B, C, D, E ⁽¹⁰⁾. Uma avaliação mais criteriosa tem lugar numa fase posterior, durante o transporte. No entanto, é também assumido que este percurso de celeridade vs precisão pode significar um risco aumentado quando o agente avaliador é composto por profissionais com pouca experiência. Constatou-se no estudo a tomada de decisão segundo princípios ITLS ⁽⁵⁾, cuja avaliação inicial inclui: impressão geral (onde se objetivam de imediato lesões óbvias, como é o caso das hemorragias exsanguinantes); avaliação do nível de consciência; abordagem A, B, C e um exame rápido de trauma. Se nesta avaliação se revelar alguma condição que condicione risco de vida o transporte imediato deve estar subjacente, sendo que na dúvida, se preconiza o transporte precoce.

No que concerne à aplicação de *guidelines/checklists*, foi apontado como principal motivo para a sua não utilização integral na prática clínica, a opinião dos profissionais de que a abordagem ao paciente vítima de trauma não pode ser um processo linear, isto é, de intervenções sistematizadas e/ou sucessivas desprovidas de especificidades da vítima ⁽¹⁰⁾. No entanto, a utilização das mesmas é apontada como instrumento válido e com forte importância no processo formativo. O mesmo é corroborado pelo estudo ⁽¹³⁾ em que a PERFECT CHECKLIST foi implementada como material de apoio à formação de profissionais de saúde que atuam em contexto de pré-hospitalar. Concomitantemente, este estudo longitudinal teve também uma forte incidência na importância da componente formativa quanto à qualidade dos cuidados à vítima de trauma no pré-hospitalar, na medida em que não compara apenas a implementação da *checklist*, mas sim a sua implementação previamente e após a formação ITLS dos intervenientes, tendo obtido resultados interessantes quer na melhoria do tempo despendido face à avaliação da vítima quer na qualidade da comunicação efetuada pelo *team leader*.

No que diz respeito à avaliação da vítima de trauma em contexto de sala de emergência, o estudo observacional ⁽¹⁴⁾ debruçou-se sobre o tempo de permanência na mesma. Constatou-se que quanto maior o índice de gravidade da vítima (*ISS-Injury Severity Scale*) maior seria o tempo de permanência na sala, o que foi inclusive sugerido pelos autores como um fenómeno a compreender, uma vez que estratificada a gravidade destas vítimas, as mesmas seriam as que mais beneficiariam da diferenciação de cuidados de

uma forma precoce. A diferença significativa que existe entre a formação ATLS ao nível da mortalidade de pacientes vítimas de trauma, é um dos achados major do estudo. Constatou-se que, na maioria das vezes, a vítima de trauma é abordada de uma forma não convencional, sem uma estratégia prévia bem definida. Para além disso, a abordagem dependia mais de hábitos locais e de recursos do que de *guidelines* ou normas resultantes de evidência científica.

Em contexto de unidades de cuidados intensivos (UCI), o artigo de revisão sistemática selecionado ⁽¹¹⁾ vem reforçar a importância de uma avaliação estruturada da vítima de trauma. Esta revisão assume-se como um complemento quanto ao estado da arte no que concerne à abordagem da vítima de trauma preconizada pelo ITLS. Dos achados descritos na tabela IV realçam-se: em pacientes com hipoxemia refratária, o decúbito ventral (estudo de meta-análise de 11 estudos de corte com grupos de controlo) e a utilização de vasodilatadores pulmonares (estudo de revisão) assumem-se como terapias de resgate. Inicialmente, o suporte destes pacientes em ECMO (*Extracorporeal membrane oxygenation*) pensava-se contraindicada pelo risco de hemorragia, no entanto, na presente revisão, foram inseridos 2 estudos (de *coorte*, em grandes centros de trauma), que revelaram que o mesmo pode ser utilizado com segurança, segundo critérios específicos de seleção. Quanto aos cuidados de ressuscitação em UCI's, as *guidelines* de 2018 da *Eastern Association for the Surgery of Trauma* sugerem que a utilização de ecografia combinada com a análise da curva da linha arterial podem prever complicações e lesões orgânicas, mas não a mortalidade. A hemorragia em pacientes vítimas de trauma assume-se como a causa mais frequente de hipotensão. Em pacientes com hemorragia ativa, a hipotensão permissiva assume-se como estratégia. O doseamento de lactato sérico tem sido estudado como fator preditivo de mortalidade. Um estudo randomizado com grupo de controlo num centro de trauma, demonstrou a eficácia da utilização do ácido tranexâmico em pacientes com hiperfibrinólise. Relativamente ao traumatismo torácico, o controlo da dor é imperativo na prevenção das atelectasias e pneumonias. A abordagem do TCE grave em UCI's passa pela prevenção de lesões secundárias (hipoxia, hipotensão, edema cerebral e isquemia). A ventilação adequada é crucial, visto que a hipercapnia pode aumentar a pressão intracraniana.

No estudo ⁽¹²⁾ foi levada a cabo uma reestruturação do programa de implementação de *checklists* em vigor numa TICU (Trauma Intensive Care Unit). Uma vez que os resultados das aplicações das mesmas têm sido ambíguos, o estudo perspetivou o reconhecimento do impacto da aplicação de uma *checklist* multidisciplinar numa TICU, com recurso à utilização de métricas de qualidade. A tipologia das *checklists* está, por vezes, intimamente ligada ao seu não preenchimento, nas fases em que a atividade clínica é exponencial, aspeto que foi apontado no decorrer do estudo pelos intervenientes ⁽¹²⁾. Contrariamente ao argumento mais utilizado pelos profissionais de saúde, constatou-se que a aplicação da TRAUMA LIFE

dura em média 60 a 90 segundos da prestação de cuidados. A sua implementação está associada a uma diminuição das taxas de infeções associadas à algiação e outros dispositivos urinários e da pneumonia associada à ventilação. A mesma, teve também uma projeção na consistência da periodicidade e proximidade com os familiares dos pacientes vítimas de trauma ⁽¹²⁾. Este achado do estudo fomenta a importância do mesmo no contexto da promoção de um ambiente terapêutico e seguro, promovendo o envolvimento familiar, respeitando sempre em primeira instância a vontade do paciente.

Os estudos ^(15, 16, 17,18, 19) debruçaram-se sobre o fenómeno da prevalência das missed injuries (MI's) nos demais contextos. A revisão sistemática do estado da arte quanto à prevalência das MI's na avaliação da vítima de trauma é pertinente na medida em que se assume como um indicador da qualidade dos cuidados prestados e como um alicerce à fundamentação da aplicação de *checklist's*. Dos demais estudos incluídos denota-se uma discrepância na definição de MI's, bem como do contexto da sua aplicação, aspeto que foi apontado como uma barreira à universalidade dos resultados.

No estudo ⁽¹⁵⁾ as MI's são definidas como as lesões que foram identificadas após 24h da admissão da vítima de trauma numa TICU, ou as lesões que não foram identificadas pela aplicação da avaliação terciária de trauma (ATT). Denotou-se a diminuição das MI's em 1,5% após a aplicação da ATT. Como fatores para a prevalência das MI's os autores apontaram: a existência de lesões que incorrem em risco de vida eminente; alteração do estado de consciência das vítimas (quer por lesão cerebral, quer por intoxicação e/ou sedação) e a inexperiência do avaliador e/ou erros radiológicos. O estudo ⁽¹⁷⁾ investiga a prevalência das MI's com maior enfoque à sala de reanimação de trauma, através da análises dos estudos radiológicos. No mesmo, as MI's foram definidas pelos autores como as lesões detetadas após a avaliação primária e secundária (essa lesão detetada à posteriori não foi suspeita na investigação clínica, radiológica ou não foi realizada nenhuma avaliação específica com enfoque à lesão). Foram identificados na amostra dos pacientes estudados fatores que contribuíram para a prevalência das MI's: lesões que representam risco de vida eminente; intervenções de emergência; lesões neurológicas severas; procedimentos de intubação e/ou sedação; e necessidade de estabilização em UCI. A taxa de MI's no estudo foi de 8.2%, sendo que 2/3 das mesmas foram identificadas após a ATT. Segundo os autores esta evidência é um alicerce à necessidade da introdução de uma *checklist* de ATT, dado que a realização incompleta ou a não realização da avaliação terciária é apontada como fator despoletador. Segundo as orientações do ATLS, as lesões que representam risco de vida eminente são diagnosticadas e tratadas em primeira instância. Os autores ⁽¹⁷⁾ sugerem que se faça uma diferenciação entre MI's e lesões cujo risco foi calculado, acreditando que a sua prevalência diminuiria significativamente.

Apenas no estudo ⁽¹⁶⁾ os autores alegam não identificarem benefícios na implementação de uma ferramenta de apoio à avaliação terciária da vítima de trauma, uma vez que os valores das MI's era reduzido. No entanto, a comparação das MI's é realizada com outros estudos que incluem grupos de controlo (ao contrário do que acontece no estudo ⁽¹⁶⁾), e a amostra do estudo é reduzida. Pelo que a conclusão incorre em risco de viés.

Nos estudos ⁽¹⁸⁾ e ⁽¹⁹⁾ é avaliada a implementação da *World Health Organization Trauma Care Checklist* (WHO-TCC), que se traduz numa *checklist* que teve como alicerces protocolos pré-existentes, com o intuito de uniformizar e reforçar aspetos da avaliação inicial das vítimas de trauma. No estudo ⁽¹⁸⁾ foi avaliada a aplicação da mesma, em contextos demográficos e socioeconómicos completamente díspares, tendo sido denotada uma diminuição da mortalidade das vítimas de trauma de 50% nos ISS elevados (≥ 25). Denotar que se retirássemos da amostra os países subdesenvolvidos, este valor diminuiria substancialmente. Os achados do estudo sugerem que a implementação de um programa de *checklist* previne os erros clínicos através da consolidação dos protocolos de abordagem à vítima de trauma pré-existentes (ATLS). No entanto, é crucial ter-se em conta a necessidade do treino constante e adaptação das equipas face à implementação da *checklist* e ATLS.

No estudo qualitativo ⁽¹⁹⁾ os profissionais de saúde participantes referiram como barreiras à implementação da WHO-TCC o atraso no tratamento do paciente, em contrapartida, um dos participantes referiu ser nos pacientes mais críticos que é imperativo a realização da *checklist* para evitar a prevalência de MI's bem como reduzir os riscos inerentes aos transportes intra-hospitalares. Outros aspetos evidenciados foram a indefinição dos papéis e o descompromisso com a aplicação da WHO-TCC, que constituem aspetos interpessoais de interação entre equipas que devem e têm de ser trabalhados em consonância. Desta forma, as barreiras levantadas cruzam essencialmente com valores e normas institucionais vincadas que necessitam de atualização em prol da segurança do paciente vítima de trauma em específico, e do paciente crítico no geral.

CONCLUSÃO

A presente revisão sistemática revelou-se altamente propulsora do desenvolvimento de capacidades de pesquisa, seleção de resultados, análise de dados, aplicação de instrumentos de avaliação de qualidade dos estudos e capacidade reflexiva.

Relativamente à pergunta de investigação previamente formulada: *“Como é feita a avaliação dos utentes vítimas de trauma pelos profissionais de saúde?”*, a revisão sistemática foi fundamentada entre artigos que traduzem a última evidência acerca da metodologia adequada, bem como da aplicação de instrumentos que confirmam segurança adicional. Apesar de munidos de contextos dispare, é unânime, nos três contextos previamente selecionados, a importância da avaliação inicial, secundária e terciária, em tempo e sob metodologia adequados.

Relativamente à utilização de instrumentos de avaliação e/ou monitorização da avaliação das vítimas de trauma por parte dos profissionais de saúde, constatou-se que a sua aplicabilidade está intimamente relacionada com fatores como a adesão e/ou valorização por parte dos profissionais de saúde, a qual, por sua vez, se relaciona com a versatilidade das mesmas.

Apesar de existirem normas internacionais concisas, sob fundamentação rigorosa que objetivam a universalidade e adequação da avaliação do paciente vítima de trauma, denota-se que as mesmas carecem de avaliação da sua aplicação. Os estudos observacionais são escassos, na sua grande maioria aplicam-se unicamente a contextos formativos. A pertinência do tema abordado é inequívoca, constituindo inclusive uma das metas da OMS ao nível da saúde pública. No entanto, ressalva-se a importância da monitorização e avaliação das práticas clínicas, ao invés da aposta estrita na formação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., & Green, C. (2010). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspetivas de Saúde e Doença*. Loures: Lusodidacta.
- 2 - Soreide, K. (2009). Epidemiology of major trauma. *British Journal of Surgery* 96(7), 697-698.
- 3 - DGS. (31 de Março de 2010). Circular Normativa Nº 07/DQS/DQCO. Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado.
- 4 - Educação, A. (2014). *Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências*. Belo Horizonte.
- 5 - Campbell, J., & Alson, R. (2016). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers . USA: Pearson .*
- 6 - WHO, ISS, & IATSI. (2004). *Guidelines for essential trauma care*. Geneva: World Health Organization.
- 7 - Institute, J. B. (Dezembro de 2018). *Critical appraisal tools .* Obtido de Joanna Briggs Institute: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
- 8 - Project, E. P. (Dezembro de 2018). *Quality Assessment Tool for quantitative studies*. Obtido de Effective Public Health Practise Project: <http://www.ehpp.ca/tools.html>
- 9 - Institute, J. B. (Dezembro de 2018). *The JBI Approach .* Obtido de Joanna Briggs Institute: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>.
- 10 - Jones, C., Cushman, J., Lerner, E., Fisher, S., Seplaki, C., Veazie, P., . . . Shah, M. (2016). *Prehospital Emergency Care. Prehospital Trauma Triage Decision-Making: A Model of What Happens Between the 911 Call and the Hospital*, pp. 6-14.
- 11 - Tisherman, S., & Stein, D. (2018). *Society of Critical Care Medicine and Wolters. ICU Management of Trauma Patients*, pp. 1991-1997.
- 12 - Joseph, K., Gupta, S., Yon, J., Partida, R., Cartagena, L., Kubasiak, J., . . . Bokhari, F. (Março de 2018). *The American Journal of Surgery . The "TRAUMA LIFE" initiative: The impact of a multidisciplinary checklist process on outcomes and communication in a Trauma Intensive Care*, pp. 1-5.
- 13 - Haske, D., Beckers, S., Hofmann, M., Lefering, R., Preiser, C., Gliwitzky, B., . . . Munzberg, M. (Agosto de 2018). *ESIC Medical College & PGIMSR. Performance Assessment of Emergency Teams and*

Communication in Trauma Care (PERFECT checklist) - Explorative analysis, development and validation of the PERFECT checklist: Part of the prospective longitudinal mixed-methods EPPTC trial, pp. 1-13.

14 - Theodorou, D., Tourouzas, K., Drimousis, P., Larentzakis, A., Kleidi, E., Georgiou, G., . . . Katsaragakis, S. (Octubro de 2008). Resuscitation. Emergency room management of trauma patients in Greece: Preliminary report of a national study, pp. 350-353.

15 - Biffi, W., Harrington, D., & Cioffi, W. (2003). Implementation of a tertiary trauma survey decreases missed injuries. *The journal of Trauma: Injury, infection and Critical Care*.

16 - Tammelin, E., Handolin, L., & Soderlund, T. (2016). Missed Injuries in Polytrauma patients after trauma tertiary survey in trauma intensive care unit. *Scandinavian Journal of Surgery* .

17 - Giannakopoulos, G. F., Saltzherr, T. P., Beenem, L., Reitsma, J. B., Bloemers, F. W., Goslings, J. C., & Bakker, F. C. (2012). Missed injuries during the initial assessment in a cohort of 1124 level-1 trauma patients. *Elsevier*, 1517-1521.

18 - Lashoer, A. et al. (2017). Implementation of the World Health Organization Trauma Care Checklist Program in 11 Centers Across Multiple Economic Strata: Effect on Care Process Measures. *World Journal of Surgery* , 954-962.

19 - Nolan, B., Zakirova, R., Bridge, J., & Nathens, A. (2014). Barriers to implementing the World Health Organization's Trauma Care Checklist: A Canadian single-center experience. *Trauma Acute Care Surgery*.

APÊNDICE II – CHECKLIST DE AVALIAÇÃO TERCIÁRIA DA VÍTIMA DE TRAUMA



1. Objetivo

A avaliação terciária da vítima de trauma corresponde a uma tipologia de avaliação que identifica e cataloga todas as lesões após a ressuscitação inicial e/ou quaisquer procedimentos de emergência. Inclui a repetição de uma avaliação primária e secundária, segundo abordagem ATLS, bem como uma revisão laboratorial e radiográfica. A aplicação do presente instrumento de avaliação objetiva a diminuição da incidência de lesões que não foram detetadas numa primeira instância quer na avaliação inicial quer na secundária desta tipologia de pacientes.

2. Âmbito de aplicação

A UUM teve no ano de 2017 cerca de 8% de pacientes politraumatizados, pelo que a aplicação deste instrumento de avaliação se insere no âmbito da melhoria de cuidados de vigilância e monitorização do paciente em situação crítica.

3. Instrução de Trabalho

3.1 Descrição

A aplicação deve ser feita pelo enfermeiro responsável pelo paciente, em consonância com o médico, até porque a mesma engloba sobre áreas de avaliação cuja competência de interpretação é atribuível ao médico (exames radiológicos e/ou laboratoriais). Preferencialmente, perspetiva-se que o enfermeiro responsável por esta tipologia de pacientes tenha formação ATLS.

3.2 Frequência

O instrumento de avaliação deve ser aplicado no momento da admissão da vítima de trauma, até 24h após o momento de admissão e previamente à alta hospitalar. Denotar que, nos casos de pacientes politraumatizados com alterações de exame neurológico, a mesma deve ser aplicada em caso de recuperação dessas funções.

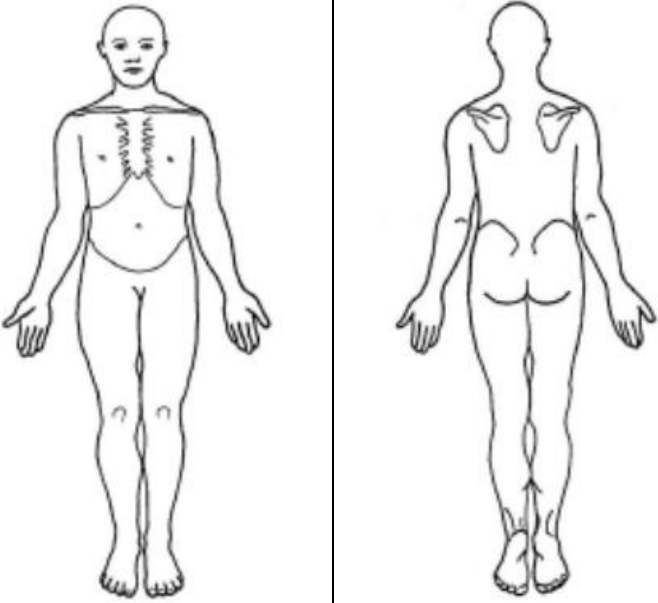
4. Checklist de avaliação terciária da vítima de trauma

A avaliação da vítima de trauma em contexto pré e intra-hospitalar: A criação de um instrumento de avaliação terciária

Data:	Data de admissão:
Nome do paciente:	Data de nascimento: Nº identificação processo:

Descrição de lesões previamente identificadas:

Avaliação:	
TA= / mm/Hg	SPO2= %
Fc= bpm	FR= cpm
TT= °C	BMT= mg/dl
Escala de Coma de Glasgow=	

Exame físico (Registrar os achados na figura, consoante a localização)		
Cabeça e pescoço:		
Tórax:		
Abdómen:		
Pélvis:		
Extremidades:		
Posterior:		

A avaliação da vítima de trauma em contexto pré e intra-hospitalar: A criação de um instrumento de avaliação terciária

Avaliação	SIM	NÃO
Profilaxia tromboembólica mantida?		
Profilaxia de úlceras de pressão mantida?		
Integridade cutânea mantida?		
Foco de infeção identificado?		
Membros superiores com sinais de compromisso neurocirculatório?		
Membros inferiores com sinais de compromisso neurocirculatório?		
Necessidade de gestão de analgesia, sedação e/ou delirium?		
Realizada comunicação à família com partilha de planeamento de cuidados?		

Lesão identificada	Plano de atuação	Assinatura/Nº Mecnográfico

APÊNDICE IV – PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO: AVALIAÇÃO TERCIÁRIA DE TRAUMA

A avaliação da vítima de trauma em contexto pré e intra-hospitalar: A criação de um instrumento de avaliação terciária

Etapas	Objetivos	Conteúdos	Métodos	Meios Auxiliares de Ensino	Duração	Avaliação
Introdução e apresentação	-Preparação do ambiente -Apresentação do orador -Apresentação da temática e objetivos gerais e específicos	-Definição de objetivos da sessão	Expositivo	-Microsoft Office® -Projector -Computador	5 min	-Conhece os objetivos da formação e sua pertinência
Exposição Teórica	-Expor a temática da avaliação da vítima de trauma; -Proporcionar aprendizagem na área da avaliação da vítima de trauma -Familiarizar os participantes com a <i>checklist</i> de ATT	-Breve enquadramento teórico da avaliação da vítima de trauma -Apresentação de resultados de estudos de UCI's com <i>checklist's</i> de ATT implementadas -Apresentação e simulação do preenchimento da ATT	Expositivo	-Microsoft Office® -Projector -Computador	15 min	-Compreende a importância da temática no âmbito da segurança do doente crítico; -Adquire conhecimento científico na área do paciente em situação crítica; -Conhece e aplica a escala em simulação
Conclusão e esclarecimento de dúvidas	-Enfatizar importância da temática -Perceber o impacto da sessão através de diálogo -Compreender a existência de dúvidas e esclarecimento das mesmas.		Expositivo	-Computador -Projektor -Microsoft Office® PowerPoint	5min	-Perceber a importância da temática; -Motivação da equipa no envolvimento com a temática
Avaliação da sessão	-Avaliar a sessão		Questionário de avaliação	-Canetas -Papel	2 min	

APÊNDICE V – SESSÃO DE FORMAÇÃO: CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA PAV EM UCI'S

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Instituto de Saúde
Promoção da Saúde

Escola Superior
Saúde
Perfomance

IPS
Instituto de Saúde
Química Superior de
Saúde

Escola Superior de Saúde
Dr. Leopoldo Dias

A Pessoa em Situação Crítica
Estágio I – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do HESE, E.P.E.

Cuidados de enfermagem na prevenção da PAV

Feixe de intervenções: Uma revisão integrativa



Enf.ª Ana Leitão

Ventilação Mecânica Invasiva (VMI)

- Alívio da dispneia, prevenção ou reversão de atelectasias, permitir a sedação e/ou bloqueio neuromuscular
- Suporte de trocas gasosas cardiopulmonares
- Reversão da hipoxémia e da acidose respiratória aguda
- Aumento do volume pulmonar e redução do trabalho respiratório

Urden, Stacy & Lough, 2008

Enquadramento teórico

Pneumonia associada à Ventilação (PAV)

DGS(2013): 26,5% dos doentes EET tinham pneumonia vs 1,7% pacientes não entubados;
2008-2014 incidência PAV diminuiu de 11,2 para 7,1 por cada 1000 dias de intubação

Processo infeccioso do parênquima pulmonar

48-72 h após EET

IAC mais recorrente

Taxas de morbilidade e mortalidade (20 a 41%)

Urden, Stacy & Lough, 2008

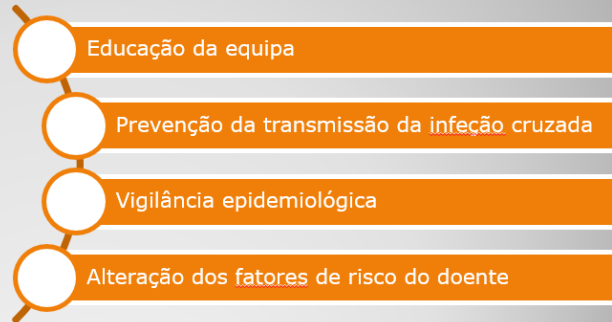
Epidemiologia

Colocação de via aérea artificial

- Diminuição e/ou ausência de mecanismo de defesa glótico
- Colonização em torno no balão com formação de biofilme bacteriano
- Aspiração pulmonar de fluídos orais ou gástricos

Elevado potencial de pneumonia

- Redução da colonização bacteriana da orofaringe;
- Limitação do risco de aspiração para as vias aéreas inferiores e diminuição do recurso a processos invasivos (Pereira, 2011)
- CDC (Center for Disease Control) e a American Thoracic Society (ATS) agrupam as recomendações para prevenção da PAV em 4 grupos



Prevenção

- Rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação, maximizando a titulação ao mínimo adequado ao tratamento;
- Discutir a possibilidade de desmame ventilatório;
- Manter a cabeceira do utente num ângulo $> 30^\circ$;
- Realizar higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2% pelo menos 3x dia, em todos os doentes que permaneçam na UCI mais de 48h;
- Manter os circuitos de ventilação, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes;
- Manter a pressão do cuff entre 20 a 30 cmH₂O

Feixe de intervenções autónomas e interdependentes (DGS 2017)

P	Participantes Quem foi estudado?	Utentes sob ventilação mecânica
I	Intervenções O que foi feito?	Cuidados de enfermagem relacionados com a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica
C	Contexto Local estudado?	Unidades de cuidados intensivos
O	Outcomes Resultados, efeitos ou consequências?	Ganhos em Saúde dos cuidados de enfermagem estudados, na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica
D	Desenho do estudo Como é que as evidências foram recolhidas	Artigos de trabalhos de investigação de metodologia quantitativa e qualitativa

Metodologia

Dos 885 utentes estudados após a implementação da *bundle*, apenas a 264 foram aplicadas as 5 medidas. No entanto, quando isto se verificou, a incidência da PAV diminuiu de 15,5% para 11,7%, os dias de ventilação mecânica diminuíram de 8 para 4 e o tempo médio de internamento diminuiu de 10 para 6 dias;

- A maioria dos casos de PAV ocorre antes do sétimo dia de ventilação mecânica;
- A higiene das mãos antes da manipulação das vias aéreas, o controlo da pressão do cuff e a higiene oral com cloro-hexidina são as medidas que mais contribuem para a redução do risco de desenvolver PAV;
- A mudança do circuito ventilatório não revelou um impacto significativo na redução da incidência da PAV

A care bundle approach for prevention of ventilator-associated pneumonia (2012)

A implementação de um protocolo de intervenção, educação e vigilância da PAV ocasionou a redução da incidência da PAV de 21,6 eventos para 11,6 eventos por 1000 dias do ventilador.

O tempo de permanência na UCI diminuiu de 36 para 27 dias e o tempo em que os utentes eram submetidos a ventilação mecânica diminuiu de 26 para 21 dias.

Use of ventilator Bundle and Staff Education to Decrease Ventilator-Associated Pneumonia in Intensive Care Patients (2016)

Em todos os hospitais existiam documentos normativos face à prática de higiene oral em cuidados intensivos.

Os fatores que foram associados ao cumprimento das guidelines foram: preocupações, estabelecimento de prioridades e atitudes dos enfermeiros. Numa escala de 1-4 a aderência às guidelines foi em média de 3.35.

A adesão, priorização e importância estabelecida foi maior quando as mesmas resultavam de ordens de serviço ao invés de normas de enfermagem (geralmente mais detalhadas e compreensivas que as ordens de serviços ou boletins informativos).

A existência de recomendações foi diretamente associada a uma maior frequência de higienização da cavidade oral com recurso a esponja, mas sem aumento significativo da escovagem

Influence of Institutional Guidelines on Oral Hygiene Practices in Intensive Care Units (2015)

A taxa total de incidência de PAV foi de 6,01/1.000 dias de ventilação mecânica no período pré formativo e de 1,91/1.000 dias de VM no período pós formativo com uma probabilidade de desenvolver uma Pneumonia de 0,058 versus 0,014.

Impacto de los cuidados de enfermería en la incidencia de neumonia asociada a la ventilación mecánica invasiva (2011)

• Instrumento - *Verification Form of VAP Preventive Measures* - validado por peritos, que avalia as intervenções dos enfermeiros no âmbito da prevenção da PAV; itens contemplados:

- 1) Utilização de equipamento de proteção da via aérea;
- 2) Cumprimento de protocolos pré-estabelecidos de lavagem das mãos;
- 3) Lavagem das mãos prévia e posteriormente ao contacto com cada utente;
- 4) Descontaminação da cavidade oral do utente com cloro-hexidina em cada turno;
- 5) Lavagem e escovagem dos dentes e língua em cada turno (com escova de dentes);
- 6) Utilização de sistema de aspiração fechado;
- 7) Utilização de material esterilizado descartável na prática da aspiração da boca e via aérea;
- 8) Aspiração da boca e subglote previamente ao posicionamento dos utentes;
- 9) Não instilação de líquido na via aérea como adjuvante à aspiração;
- 10) Aplicação de sonda gástrica via oral em detrimento de intranasal para prevenir sinusites;
- 11) Elevação da cabeceira entre 30 a 45°;
- 12) Pressão de cuff de TET adequada (20-25 cm água), controlada por manómetro;
- 13) Utilização de circuitos de ventilação descartáveis para cada utente;
- 14) Esvaziamento periódico do dispositivo de água do circuito ventilatório;
- 15) Substituição do sistema de humidificação sempre que com evidente contaminação
- 16) Avaliação diária da capacidade do utente para a realização do desmame ventilatório.
- 17) Avaliação das infra-estruturas/condições disponíveis em cada hospital, com influência na prevenção da PAV

Compliance with the Standards for Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia by Nurses in the Intensive Care Units (2017)

- Foram considerados inaceitáveis (0-25%), no sentido da não realização por parte dos enfermeiros as intervenções: (3), (5), (8), (10) e (16);
- (16): taxa de 0% de participação dos enfermeiros neste âmbito, sendo o mesmo exclusivo de decisão médica

Compliance with the Standards for Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia by Nurses in the Intensive Care Units (2017)

UCIC Évora

DEBATE



- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos* (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Direção Geral da Saúde. (2017). Norma nº 021/2015 - Feixe de intervenções de prevenção de pneumonia associada à intubação. Obtido em 20 de Junho de 2018, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015.aspx>
- Rello, J., Afonso, E., Lisboa, T., Ricart, M., Balsera, B., Rovira, A., Diaz, E. (9 de Fevereiro de 2012). A care bundle approach for prevention of ventilator-associated pneumonia. *Clinical Microbiology and Infection*, pp. 363 -369.
- Parisi, M., Gerovasili, V., Dimopoulos, S., Kampisiouli, E., Goga, C., Perivolioti, E., Nanas, S. (5 de Outubro de 2016). Use of Ventilator Bundle and Staff Education to Decrease Ventilator-Associated Pneumonia in Intensive Care Patients. *Critical Care Nurse*, pp. e1 - e7.
- Kiyoshi-Teo, H., & Blegen, M. (Julho de 2015). Influence of Institutional Guidelines on Oral Hygiene Practices in Intensive Care Units. *AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE*, pp. 309-317.
- Torredà, M. R. (14 de Janeiro de 2011). Impacto de los cuidados de enfermería en la incidencia de neumonia asociada a la ventilación mecánica invasiva. *Enfermería Intensiva*, pp. 31-38.
- Tabaeian, S. M., Yazdannik, A., & Abbasi, S. (Fevereiro de 2017). Compliance with the Standards for Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia by Nurses in the Intensive Care Units. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, pp. 31-36.

Referências Bibliográficas

7. ANEXOS

**ANEXO I - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA 3ª EDIÇÃO DO CONGRESSO CIENTÍFICO STATUS 5:
TRAUMA, EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO**

CERTIFICADO

Certifica-se que,

*Ana Filipa Alves do Cabo
Basílio Leitão*

Participou no Congresso Científico **Status 5 | Trauma, Emergência, Reanimação – O estado da arte**, que se realizou no Auditório do Fórum Lisboa, nos dias 30 de Novembro e 1 de Dezembro de 2018.



Dra. Sara Lino



Enf. Claudia Serrano



ANEXO II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CHULC



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Parecer

Data: 21.02.2019
Processo n.º 670/2019

Título: "A Avaliação do Utente Vítima de Trauma em Contexto Pré e Intra-hospitalar"

Relator: Sandrina Bento, Enf

Investigadora principal: Ana Filipa Alves do Cabo Basílio Leitão, Enf

Local: Serviço de Urgência Polivalente; VMER; UUM, Hospital de São José

Parecer:

O projecto submetido a análise insere-se no plano de estudos do 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - Pessoa em Situação Crítica e tem como objectivo final o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais da mestranda.

O projecto de estágio obteve autorização dos respectivos responsáveis de Serviço.

Conclusão:

Assim sendo, e dado tratar-se de um projeto de estágio para obtenção de título académico, e não de um estudo de investigação, é do entender desta CES que, desde que sejam cumpridos os requisitos éticos e deontológicos inerentes à profissão, não é da sua esfera de competência emitir parecer sobre o mesmo.

O Presidente da Comissão de Ética

(Gonçalo Cordeiro Ferreira)



ANEXO III – CERTIFICADO DE FORMAÇÃO SAV E ITLS



ITLS
International
Trauma Life Support

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

Certificate of Participation

Ana Leitão, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date
9/30/2018

course site
IP Setubal, Setúbal,

course director
Dr. Luis Cardoso MD

course coordinator
Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

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 #: 17-ITLS-F2-AP02 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 - jccott@capce.org

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

Card Holder's Signature

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.

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515 www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

276011-34000

Ana Leitão, RN

has successfully completed the cognitive skills evaluation in accordance with the standards of International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date **9/30/2018** Expiration Date **09/2021**

Course Number **34000** Course Location **IP Setubal, Setúbal**



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Ana Filipa Alves do Cabo Basílio Leitão
01/08/1992

received the ERC qualification
Advanced Life Support (ALS)
in Setúbal, Portugal

Vanda Maria SEROMENHO
Course Director



Date last course: 14/07/2018

This certificate is valid from 14/07/2018 to 14/07/2023

To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-838-443628

ANEXO IV – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO EXERCÍCIO CASCADE'19

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que ANA FILIPA ALVES DO CABO BASÍLIO LEITÃO participou no exercício internacional CASCADE'2019 em regime de voluntariado no dia 30 Maio de 2019 das 8 h às 20 h nos cenários de Évora com a **ativação do Plano de Segurança e Catástrofe** do Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E (nível 3) e com a ativação do Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil.



Cascade'19
EU Civil Protection Exercise - Portugal
28 May - 1 June

Hospital
Espírito Santo E.P.E.



Comandante Distrital de Évora/ANEPC

Responsável de segurança HESE.E.P.E

nº 1375/2019