



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“Abordagem Sistematizada à Pessoa Vítima de Trauma Admitida no Serviço de Urgência”

Joana Margarida Maurício da Rosa Frutuoso

Orientação: Professora Maria Antónia Rasa Correia Costa

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Enfermagem Médico-cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“Abordagem Sistematizada à Pessoa Vítima de Trauma Admitida no Serviço de Urgência”

Joana Margarida Maurício da Rosa Frutuoso

Orientação: Professora Maria Antónia Rasa Correia Costa

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Enfermagem Médico-cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo(a) Diretor(a) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre:

Presidente | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Professor Coordenador, Instituto Politécnico de Portalegre

Vogais | Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Professora Coordenadora, Universidade de Évora (Arguente)

Maria Antónia Rasa Correia da Costa

Professora Adjunta, Instituto Politécnico de Beja (Orientadora)

“O que faço é uma gota no Oceano, mas sem ela,
o Oceano seria menor.”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

À minha professora orientadora, Professora Maria Antónia Rasa Correia da Costa, pela motivação, orientação, disponibilidade, apoio, compreensão demonstrada ao longo de todo o processo.

À minha enfermeira orientadora, L. R., pela partilha de conhecimentos, incentivo e motivação, essenciais para o meu sucesso.

Aos profissionais do SU, pela forma como me acolheram, pelo apoio e auxílio fundamentais para a minha adaptação ao serviço, conhecimentos partilhados e colaboração nos projetos realizados.

Aos meus pais, que me incentivaram, que estiveram sempre presentes nesta e em todas as fases da minha vida.

Aos meus amigos, por todo o apoio e ajuda nos momentos mais delicados e pela compreensão das minhas ausências.

Ao meu marido pelo apoio nas piores alturas, incentivando-me e compreendendo as minhas ausências.

Ao meu filho, que foi quem sofreu mais neste percurso, para além de lhe agradecer todos os abraços e carinho, peço imensa desculpa pelas minhas faltas nos momentos mais importantes da vida dele que decorreram neste período.

Às minhas Estrelinhas***

RESUMO

Introdução: O Relatório de Estágio é a última fase do Mestrado em Enfermagem, com especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica. **Objetivo:** Fundamentar as escolhas realizadas, teórica e cientificamente, descrever o projeto de intervenção profissional do Estágio Final e o seu contributo para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem. **Metodologia:** Método descritivo e análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas. O projeto de intervenção é redigido, com recurso à metodologia de projeto e sustentado pelo modelo para mudança da prática baseada em evidências de June Larrabee. **Resultados:** A análise crítico-reflexiva de aquisição e desenvolvimento de competências, incidiu sobre atividades desenvolvidas numa Unidade de Cuidados Intensivos e num Serviço de Urgência, onde foi realizado o projeto de intervenção, que objetivou melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica vítima de trauma, através da elaboração de uma norma de uniformização de cuidados, abarcando uma *Cheklis*t de registos. **Conclusão:** A elaboração deste relatório possibilitou a descrição do percurso formativo e a análise crítico-reflexiva e fundamentada do processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Serviço de Urgência; Pessoa em situação crítica; Trauma; Qualidade e Segurança dos Cuidados.

ABSTRACT

Introduction: The Internship Report is the final stage of the Master's Degree in Nursing, specialising in Medical-Surgical Nursing: the Critically Ill Person. **Objective:** Provide a theoretical and scientific basis for the choices made, describe the professional intervention project of the Final Internship and its contribution to the development and acquisition of common and specific competencies of the nurse specializing in Medical-Surgical Nursing: The Critically Person and the Master's in Nursing. **Methodology:** Descriptive method and critical-reflective analysis of the activities carried out. The intervention project is written using the project methodology and supported by June Larrabee's model for evidence-based practice change. **Results:** The critical-reflective analysis of skills acquisition and development focused on activities carried out in an Intensive Care Unit and an Emergency Department, where the intervention project was carried out, with the aim of improving the quality and safety of the care provided to critically ill trauma victims by drawing up a standardized care rule, including a record checklist. **Conclusion:** Writing this report has made it possible to describe the learning process and to make a critical-reflective and reasoned analysis of the process of acquiring and developing skills.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Emergency Department; Critically ill; Trauma; Quality and Safety of Care.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema para o Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências.....	20
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População Total vs População Participante 51

Gráfico 2 - Caracterização da População - Faixa Etária..... 51

Gráfico 3 - Caracterização da População - Género 52

Gráfico 4 - Caracterização da População - Anos de Experiência 52

Gráfico 5 - Caracterização da População - Anos de Experiência no SUMC 53

Gráfico 6 - Caracterização da População - Formação Académica 54

Gráfico 7 - Caracterização da População - Especialidades..... 54

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Análise SWOT.....50

Quadro 2 - Pertinência do tema do PIP54

Quadro 3 - Avaliação da sessão de formação64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

[APA] - American Psychological Association;

[ALG] – Algáliação;

[ARSA]- Administração Regional de Saúde do Alentejo;

[BO] – Bloco Operatório;

[CA] – Conselho de Administração;

[CSP] – Cuidados de Saúde Primários;

[CT] – Centro de Trauma;

[CVC] – Catéter Venoso Central;

[CVP] – Catéter Venoso Periférico;

[DGS] – Direção Geral de Saúde;

[ECG] – Eletrocardiograma;

[EE] – Enfermeiros Especialistas;

[EEEMC] – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

[EEMI] – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar;

[EF] – Estágio Final;

[EMC] – Enfermagem Médico-Cirúrgica;

[ENA] – Emergency Nurses Association;

[EOT] – Entubação Oro-traqueal;

[EPI] – Equipamentos de Proteção Individual;

[EPSC] – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica;

[EV] – Endovenosa;

[GCL – PPCIRA] – Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos;

[IACS]- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde;

[IATSIC] – Associação Internacional de Cirurgia do Trauma e Cuidados Intensivos;

[ITLS] – *International Trauma Life Support*

[LA] – Linha Arterial;

[MCDT] – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica;

[MMPBE] – Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências;

[MP] – Metodologia de Projeto;

[OE] – Ordem dos Enfermeiros;

[OMS] – Organização Mundial de Saúde;

[PBCI] – Precauções Básicas de Controlo de Infecção;
[PBE] – Prática Baseada em Evidências;
[PIP] – Projeto de Intervenção Profissional;
[PO] – Oral;
[PPCIRA] – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos;
[PSC] – Pessoa em Situação Crítica;
[RE] – Relatório de Estágio;
[RENDA] – Registo Nacional de Não Dadores;
[REPE] – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro;
[RT] – Registo de trauma;
[SAV] – Suporte Avançado de Vida;
[SBV] – Suporte Básico de Vida;
[SE] – Sala de Emergência;
[SNG] – Sonda Naso-Gástrica;
[SNS] – Serviço Nacional de Saúde;
[SO] – Serviço de Observações;
[SR] – Revisão *Scoping*;
[SU] – Serviço de Urgência;
[SUB] – Serviço de Urgência Básica;
[SUMC] – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica;
[SUP] – Serviço de Urgência Polivalente;
[TAC] – Tomografia Axial Computorizada;
[UC] – Unidade Curricular;
[UCI] – Unidade de Cuidados Intensivos;
[UCIP] – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes;
[UH] – Unidade Hospitalar;
[ULS] – Unidade Local de Saúde;
[ULS] – Unidade Local de Saúde;
[VMER] – Viatura Médica de Emergência e Reanimação.
[VVT] – Via Vede Trauma;
[RNCC] – Rede Nacional de Cuidados Continuados;
[MCDT] – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica;

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	18
1.1. MODELO PARA A MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS – MODELO TEÓRICO DE JUNE LARRABEE	18
1.2. METAPARADIGMA DE ENFERMAGEM	21
1.3. QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS.....	23
1.4. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA	25
1.4.1. Cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica vítima de trauma	28
2. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	32
2.1. ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	33
2.1.1. Unidade Hospitalar	33
2.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes	34
2.1.3. Caracterização da estrutura física e recursos materiais	34
2.1.4. Recursos Humanos	35
2.1.5. Análise Da Gestão E Produção De Cuidados	35
2.2. ESTÁGIO FINAL	37
2.2.1. Unidade Hospitalar	37
2.2.2. Serviço De Urgência Médico Cirúrgica	38
2.2.3. Caracterização da estrutura física e material	39
2.2.4. Recursos Humanos	42
2.2.5. Análise Da Gestão E Produção De Cuidados	42
2.3. ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO NO GCL-PPCIRA	44
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	47
3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	48
3.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	55
3.3. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO.....	56
3.4. AVALIAÇÃO	61
3.6. DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS	64
4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	66

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	69
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	86
CONCLUSÃO	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
APÊNDICES	116
Apêndice I – Cronograma de Atividades do Projeto de Intervenção Profissional	117
Apêndice II - Pedido de autorização do PIP ao CA do CH	116
Apêndice III - Resumo da Revisão <i>Scoping</i>	118
Apêndice IV - Questionário de Caracterização Sociodemográfica, Profissional, Acadêmica e Validação da Pertinência do Projeto.....	122
Apêndice V – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido	125
Apêndice VI – Póster PSC Vítima De Trauma	129
Apêndice VII – NORMA – Atuação perante a PSC Vítima de Trauma.....	131
Apêndice VIII – <i>Checklist</i> de Registo de Cuidados ao Trauma	139
Apêndice IX – Plano De Sessão Da Formação	141
Apêndice X –Sessão De Formação.....	144
Apêndice XI – Questionário De Avaliação Da Sessão De Formação	151
ANEXOS	155
Anexo I – Autorização do CA para a realização do projeto.....	156
Anexo II – Certificado SBV.....	159
Anexo III – Certificado SAV	153
Anexo IV – Certificado ITLS	155
Anexo V – Certificado GLC – PPCIRA – PQ.08 - UL - PPCIRA - Ratreio de MO na admissão e durante o internamento.....	157
Anexo VI – Certificado GLC – PPCIRA – Fundamentos de Prevenção e Controlo de Infecção em Cuidados de Saúde.....	159

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio [RE] surge no âmbito da Unidade Curricular [UC] Relatório, que é parte integrante do 7º Mestrado em Enfermagem em Associação, ministrado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, em associação com a Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, criado pelo aviso n.º 5622/2016 (UE, 2016), na área de especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica [EMC – PSC], a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Portalegre, Instituto Politécnico de Portalegre, no ano letivo de 2023/2024, 3º semestre.

A realização deste relatório decorre no seguimento da UC Estágio Final [EF], tendo como objetivo, descrever o percurso formativo, assim como, o processo de aquisição e desenvolvimento ao nível das competências comuns do Enfermeiro Especialista [EE] e das competências específicas do EE em EMC – PSC, e as competências de Mestre em Enfermagem, com a realização de uma análise crítica e reflexiva, fundamentada em pesquisas bibliográficas, publicações periódicas e trabalhos de investigação, com vista à obtenção do grau de mestre em enfermagem e de enfermeira especialista em EMC – PSC, após discussão em provas públicas.

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências foi realizado ao nível da UC Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, realizado em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes [UCIP], seguindo-se com a UC EF, desenvolvida num Serviço de Urgência Médico Cirúrgica [SUMC], centralizando a articulação e a integração dos conteúdos das diferentes UC desenvolvidas ao longo do curso e onde foi elaborado um Projeto de Intervenção Profissional [PIP], tendo sido definidos os objetivos a atingir, planeadas estratégias e atividades a desenvolver, com vista à aquisição e desenvolvimento das competências comuns, específicas e de mestre em Enfermagem na sua área de intervenção, sendo neste caso, a EMC – PSC.

Segundo o Despacho Normativo 11/2002 (Ministério da Saúde [MS], 2002), os SU “são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objectivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas” (p.1865). O mesmo Despacho define ainda situações de urgência e emergência médicas “aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata” (MS, 2002, p.1865).

O Serviço de Urgência [SU] onde decorreu o EF, foi num SUMC, de um Centro Hospitalar [CH] a sul do país, sob orientação pedagógica da professora Maria Antónia Costa e com a supervisão clínica de uma EE em EMC.

Este tipo de SU, é considerado “o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência. São unidades diferenciadas que devem estar instaladas em hospitais gerais de nível não inferior a hospital distrital” (DGS, 2001, p.8). O EF teve a duração de 18 semanas, no período compreendido entre 11 de setembro de 2023 e 26 de janeiro de 2024. Foi ainda realizado um estágio de observação com a enfermeira do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos [GCL – PPCIRA], do mesmo CH.

O processo de aquisição de competências desenvolvidas no decurso do EF, para além do estágio prático, envolveu também a elaboração do PIP, para o qual foi selecionada a temática da abordagem à Pessoa em Situação Crítica [PSC], vítima de trauma, com o tema, Abordagem Sistematizada à Pessoa Vítima de Trauma Admitida no Serviço de Urgência, com a criação de uma norma de procedimentos de intervenções de enfermagem com o objetivo de uniformizar a prestação de cuidados à PSC vítima de trauma, a conceção de um instrumento de registo nesse âmbito, minimizando os erros na avaliação da vítima e posterior transmissão de informações, facilitando a continuidade de cuidados, tendo em conta a segurança dos mesmos e, consequentemente da pessoa. Para além da realização do PIP, o processo de aquisição de conhecimentos incluiu também a realização de um artigo científico direcionado ao tema.

Este projeto foi realizado e organizado com recurso à Metodologia de Projeto [MP] e suportado pelo Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências [MMPBE], de June H. Larrabee, sendo ambos os modelos, impulsionadores da investigação em saúde e da prática baseada em evidências [PBE], tendo em conta as necessidades reais e a sua resolução (Nunes, 2010; Larrabee, 2011).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica [EEEMC], deve desenvolver as atividades, tendo um suporte na PBE, pelo que deve ser “(...) um líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização.” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018a, p. 19360). Associando as competências técnicas e práticas do EE ao contexto próprio do SU, torna-se evidente que existe uma ligação entre as competências do enfermeiro especialista e os cuidados prestados ao doente crítico.

O trauma é a causa mais comum de morte e incapacidade em todo o mundo. Os cuidados adequados à pessoa com trauma, pode reduzir a taxa de mortalidade em 15%. Mas, para isto, os cuidados de saúde têm de ser eficientes e coordenados por parte da equipa que os presta. A competência e a agilidade dos enfermeiros, são essenciais para melhorar a qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, os resultados que daí advêm, visto que, melhorar a qualidade destes reduz a taxa de complicações relacionadas ao trauma e a mortalidade dos doentes (Malekifar et al., 2022; Aghaie et al., 2021; Granströma et al., 2019).

A avaliação da pessoa torna-se uma das ações fundamentais a realizar pelo enfermeiro na sua prestação de cuidados. Ter capacidade de realizar uma correta avaliação leva a que consiga priorizar as necessidades de cuidados, de forma que estes se tornem eficazes e eficientes. Após essa priorização e, com base nela, o enfermeiro deve planejar situações de risco de vida dos doentes, prevenindo complicações (Malekifar et al., 2022).

O registo da avaliação e dos cuidados prestados à pessoa vítima de trauma, Registo de Trauma [RT], apresenta-se de extrema importância, uma vez que fornece informação proveitosa, de forma a melhorar o cuidado às vítimas. OS RTs são compostos por dados das vítimas, mecanismos das lesões, características dos cenários de trauma, tratamentos, exames, dados físicos e fisiológicos da vítima (Neto et al. 2009).

A escolha técnica para a realização do registo de trauma é de opção livre por cada instituição, desde que obedeça a uma listagem de funcionalidades, garantindo a sua funcionalidade e a interoperabilidade/transferência de dados (OM, 2009).

Este RE, tem como objetivo geral: Explanar as atividades desenvolvidas durante o processo formativo ao longo dos estágios e a sua importância no desenvolvimento e aquisição de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem.

Como objetivos específicos, foram estabelecidos:

- Descrever a apreciação do contexto clínico onde decorreu o Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e o Estágio EF;
- Relatar, de forma aprofundada, as diferentes fases de desenvolvimento do PIP;
- Realizar uma análise crítico-reflexiva e fundamentada, do processo de aquisição e desenvolvimento das competências do EEEMC - PSC e de mestre em enfermagem.

O RE encontra-se dividido em três capítulos, sendo o primeiro capítulo constituído por um enquadramento teórico e conceptual. O segundo capítulo é composto pela descrição dos estágios realizados, o Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e o EF, onde é feita a descrição

e caracterização do contexto clínico onde estes decorreram, bem como o estágio e observação Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos [GCL – PPCIRA]. Ainda neste capítulo segue-se a descrição das etapas de desenvolvimento do PIP, tendo por base a MP, interligada com o MMPBE, de June H. Larabee. O terceiro e último capítulo corresponde à análise crítico-reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências. O RE termina como uma conclusão sobre este.

O RE foi redigido à luz do novo acordo ortográfico em vigor para a língua portuguesa, excetuando as citações diretas onde é mantida a redação original e assenta sobre as Normas de Elaboração de Trabalhos Escritos, do Instituto Politécnico de Portalegre (2018). A referenciação do texto segue as normas da 7.ª edição da *American Psychological Association*, 2020 [APA].

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

O saber e o fazer em enfermagem, têm tido ao longo dos anos, uma crescente evolução, sendo necessário, organizar a sua prática através de métodos, processos e instrumentos, de forma a obter cuidados de excelência (Argenta et al, 2020).

“A produção de conhecimento em enfermagem é uma ação que pretende ser transformadora da prática social e cultural do cuidado em saúde” (Carmago et al, 2017, p.1). Para que haja produção de conhecimento específico, baseado em estudos para a prática, torna-se fulcral que existam pesquisas e que estas sejam transferidas para a prática, envolvendo atividades distintas, culminando em inovação. A utilização destas pesquisas na prática é um dos elementos da PBE (Carmago et al., 2017).

No que diz respeito à qualidade e a segurança na saúde, estes são um dever ético, visto contribuírem de uma forma importante para a diminuição dos riscos que podem ser evitáveis, para um melhor acesso aos cuidados de saúde, da igualdade e do respeito com que estes são prestados (Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio).

A Direção Geral de Saúde [DGS], demonstra cada vez mais preocupação com a qualidade de cuidados, emanando Normas com Estratégias Nacionais para a Qualidade em Saúde. O Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio, define qualidade em saúde, “como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (p.13551).

1.1. MODELO PARA A MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS – MODELO TEÓRICO DE JUNE LARRABEE

A evolução das teorias de enfermagem tem sido uma procura da sua essência, sendo estas importantes na enfermagem enquanto disciplina e profissão (Tomey & Alligood, 2004).

Florence Nightingale foi a promotora da história da enfermagem, criando uma escola, na qual, as enfermeiras começaram a procurar formação cada vez mais diferenciada, iniciando a era da investigação, tornando-se o início para novos conhecimentos. Inevitavelmente, surgiu também a era da teoria, pois, estas duas interligadas produzem a ciência de enfermagem. Seguiu-se a era

do ensino graduado, a fase contemporânea e muitas outras, mas, todas elas salientando a importância dos conhecimentos em enfermagem para a sua prática (Tomey & Alligood, 2004).

“A teoria de enfermagem é um grupo de conceitos relacionados que provêm de modelos de enfermagem” (Tomey & Alligood, 2004, p.7), sendo essencial para a profissão enquanto disciplina, mas também para a sua prática (Tomey & Alligood, 2004).

“A disponibilidade de informação e o crescimento da ciência levaram a melhorias significativas nos resultados de saúde em todo o mundo” (ICN, 2012, p.7). A PBE está a adquirir cada vez mais importância para os enfermeiros e seus líderes e, para obtê-la, torna-se fulcral que esta seja um objetivo da organização (Larrabee, 2011).

Os enfermeiros possuem um papel de extrema importância no que diz respeito ao contínuo da evidência na ação, devendo manter-se informados de forma a conseguirem colocar questões pertinentes, adquirir competências e trabalhar em equipa, para que a investigação seja utilizada e realizada da melhor forma, inovando e desenvolvendo novas formas de trabalhar (ICN, 2012).

Após a análise de várias teorias em enfermagem, concluímos que, neste projeto, a utilização do MMPBE, de Larrabee, (2011), se demonstra como sendo um modelo teórico adequado para basear a realização deste estudo.

A PBE tem vindo a comprovar a sua eficácia para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e consequentemente os resultados positivos para os utentes, sendo, portanto, um objetivo dos enfermeiros e líderes de enfermagem. Para que haja sucesso na utilização da PBE, os enfermeiros devem procurar obter novos conhecimentos e competências (Larrabee, 2011). Nesta prática, utiliza-se em simultâneo, a experiência clínica que se possui, com a melhor evidência que se obtém da pesquisa, de forma a fundamentar a tomada de decisão (Larrabee, 2011).

Larabee (2011), descreve a mudança para a PBE através do MMPBE, descrevendo a prática e a forma como aplicar os passos do modelo. O MMPBE é a revisão do Modelo para a Prática Baseada em Evidências, de 1999, em que, o título foi alterado de forma a enaltecer a mudança, utilizando a PBE para designar o tipo de mudança. Este modelo pode ser utilizado tanto por enfermeiros, como por outros profissionais.

O MMPBE é constituído por 6 etapas, descritas por Larrabee (2011, p. 35-37):

- **Etapla 1 – Avaliar a Necessidade de Mudança da Prática:**
 - Nesta etapa deverão ser identificados os principais interessados, os *stakeholders*, do problema da prática, recolhendo dados internos sobre a prática, comparando esses dados com os externos, para justificar a necessidade de mudança da prática,

identificando assim o problema e fazendo a sua ligação com as intervenções e resultados. Nesta fase é utilizado um instrumento de colheita de dados.

- **Etapa 2: Localizar as Melhores Evidências:**

- Esta etapa é composta pela identificação do tipo e das fontes de onde é retirada a evidência, deverão ser revistos os conceitos que são utilizados para as pesquisas, assim como planejar a pesquisa e dirigi-la. São aqui incluídos instrumentos para avaliação dos estudos, orientações da prática e revisões, tal como suportes organizadores dos estudos como tabelas ou matrizes.

- **Etapa 3: Fazer uma Análise Crítica das Evidências:**

- Nesta etapa são utilizadas ferramentas de análise e a avaliação das evidências, sintetizando as melhores e assim avaliar as sua viabilidade, benefícios e riscos decorrentes para a nova prática.

- **Etapa 4: Projetar a Mudança da Prática:**

- É nesta fase que é definida e mudança da prática clínica que é proposta, identificando os recursos que são necessários, criando estratégias para a implementação e para a sua avaliação.

- **Etapa 5: Implementar e Avaliar a Mudança da Prática:**

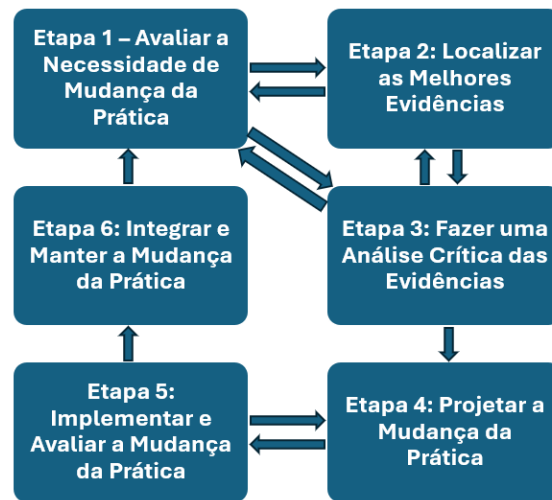
- Esta é a etapa da implementação do plano definido anteriormente, em que é possível avaliar o processo, observar os resultados e custos adjacentes, desenvolvendo conclusões e recomendações.

- **Etapa 6: Integrar e Manter a Mudança da Prática:**

- Trata-se da última etapa que pressupõe comunicar a mudança aos *stakeholders* e incluí-la na prática, monitorizando-a, assim como monitorizar e divulgar os seus resultados.

É de salientar que estas etapas não são estanques e obrigatoriamente seguidas umas às outras, tal como refere Larrabee (2011, p.36) “apesar de as etapas serem progressivas, o modelo não é estritamente linear, as atividades de cada etapa podem gerar atividades de outra etapa”, podem interligar-se, como demonstra a figura seguinte:

Figura 1 - Esquema para o Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências



Fonte: Elaboração Própria com adaptação de Larrabee (2011, p.34)

Um dos objetivos deste modelo é a excelência dos cuidados em saúde, através da PBE. Para participar nessas mudanças, os enfermeiros têm de adquirir novos conhecimentos e aprendizagens, tendo sempre em conta os princípios éticos do valor, beneficência, prudência e justiça, favorecendo a melhoria contínua de qualidade de cuidados e o trabalho em equipa (Larrabee, 2011).

“Obter sucesso na realização dessas mudanças é pessoalmente recompensador e, para muitos profissionais, gera entusiasmo em relação às futuras oportunidades para melhorar tanto a prática como os resultados dos pacientes” (Larrabee, 2011, p. X), pelo que, este MMPBE, para além de favorecer a prestação de cuidados de elevada qualidade, favorece também quem os presta, com a sua evolução e aquisição de conhecimentos.

Segundo Larrabee (2011), através deste modelo, já foram implementados vários projetos de enfermagem na área dos cuidados à PSC, com resultados positivos, que transformaram a prática clínica de forma favorável. Sendo assim, a utilização deste modelo para ajudar na fundamentação deste PIP, torna-se pertinente, visto a sua aplicabilidade ser abrangente à prática clínica e investigação.

1.2. METAPARADIGMA DE ENFERMAGEM

A enfermagem é considerada uma ciência que pressupõe o cuidado, portanto os cuidados de enfermagem são considerados como uma mistura de ciência e arte e surgem com o objetivo de ajudar os indivíduos como um ser humano, promovendo a adaptação de cada um, ajudando na

relação entre a pessoa e o enfermeiro, e favorecendo a harmonia da pessoa e o ambiente que a rodeia. A Pessoa é considerada como um ser bio-psico-social, holístico, como um todo integrado, em que os cuidados de enfermagem o favorecem. No que diz respeito à Saúde, esta existe quando não há doença, ou é subsequente a ela, patenteia um estado e um reflexo de permutas na pessoa. Já o Ambiente apresenta todos elementos externos ao indivíduo, que o influenciam, incluindo a família, a comunidade e a sociedade que o rodeiam (Teixeira et al., 2023).

Foi com a Florence Nightingale que se iniciou a preocupação da enfermagem no que diz respeito às questões teóricas. As teorias de enfermagem têm-se demonstrado como um contributo fundamental para a criação de conhecimento, girando sempre em torno de quatro conceitos: os cuidados de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente (Ribeiro et al., 2018).

O modelo teórico por nós escolhido foi o MMPBE, este modelo trata-se de uma teoria de médio alcance, não tendo na sua base a descrição dos metaparadigmas, esta teoria segundo Fawcett (2005) é caracterizada por ser uma teoria mais concreta e restrita. Estes tipos de teorias não apresentam metaparadigmas. Os metaparadigmas são conceitos gerais que identificam os fenómenos de interesse para a disciplina de enfermagem, assim como as relações entre eles, de modo a fundamentar o objeto de estudo da mesma. São as unidades básicas na linguagem do pensamento teórico e definem os conceitos centrais que envolvem o conteúdo e o âmbito da profissão (Fawcett, 2005).

Uma vez que a teoria descrita não apresenta conceitos metaparadigmáticos e que em Portugal, estão definidos no enquadramento conceptual da OE e constituem-se como enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, iremos utilizar os que são referenciados pela OE, sendo eles, a saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem (OE, 2017b).

Assim, de forma resumida, enunciamos a definição de cada um dos metaparadigmas de acordo com a OE (2017b):

- Saúde, entende-se como o estado e a representação mental da condição individual, subjetiva e não oponível ao conceito de doença. É um processo dinâmico e contínuo da procura individual do estado de equilíbrio, que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural;
- Pessoa, é um ser uno e indivisível. A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos, única, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pela interação com o ambiente onde vive e se desenvolve. A pessoa também é centro de processos não intencionais – funções

fisiológicas. As funções fisiológicas também interferem na procura do melhor equilíbrio e são influenciadas pela condição psicológica da pessoa e esta é influenciada retroativamente pelo bem-estar e conforto físico;

- O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem 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 individual de saúde, numa complexa interdependência pessoa/ambiente;
- Os cuidados de enfermagem centram-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa(s) cuidada(s). Nesta relação, os cuidados compreendem e respeitam os outros numa perspetiva multicultural, abstendo-se de juízos de valor. A relação terapêutica é dinâmica e caracteriza-se pela parceria com a pessoa cuidada, respeitando as suas capacidades e valorizando o seu papel, ajudando-a na consecução do seu projeto de saúde e envolvendo as pessoas significativas. Os cuidados de Enfermagem inserem-se num contexto multiprofissional. O cuidar autónomo dos enfermeiros é orientado numa abordagem sistémica e sistemática das necessidades de cuidados e visam a satisfação da pessoa cuidada, a promoção da saúde e a prevenção de complicações, a maximização do bem-estar, do autocuidado e da readaptação funcional.

Desta forma, o exercício profissional é direcionado para garantir uma maior qualidade e segurança dos cuidados, com vista a manter e preservar a saúde, bem como minimizar os efeitos da doença (Teixeira et al., 2023).

1.3. QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS

Qualidade em saúde, “corresponde à prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes” (Amaral, 2023, p. 1707).

Segurança em saúde, “é considerada um pilar fundamental da qualidade da prestação de cuidados de saúde” (Amaral, 2023, p. 1707), visto que pretende evitar ou reduzir os danos que podem advir da prestação dos cuidados (Amaral, 2023, p. 1707).

A qualidade e a segurança dos cuidados são, cada vez mais, uma preocupação a nível mundial e de quem os presta, exigindo um complexo sistema de sinergias e um abrangente número de ações com vista na melhoria da qualidade (DGS, 2022a; Brás & Ferreira, 2016). São uma obrigação

ética, visto contribuírem para a diminuição dos riscos e danos evitáveis, numa perspetiva de melhoria de cuidados prestados, com equidade e respeito (Amaral, 2023).

A cada vez maior complexidade dos cuidados de saúde, pode proporcionar a existência do erro, podendo este ocorrer em qualquer fase da sua prestação e colocar em risco a segurança do doente, provocando-lhe danos, os quais podem e devem ser evitáveis, tornando-se o mais diminutos possível (Brás & Ferreira, 2016).

A falta de segurança do doente, vai apresentar consequências graves ao nível da diminuição de confiança nas instituições de saúde e nos profissionais que nelas prestam cuidados, danificando a ligação do doente/profissional, pelo que, estes profissionais, devem ser envolvidos na promoção da segurança do doente, evitando ao máximo o erro, aprender a identificá-los e a corrigi-los (Brás & Ferreira, 2016).

A OMS e a União Europeia começaram a construção da segurança do doente, através da criação de orientações, políticas, programas e projetos, incentivando os países a participarem neles com o objetivo final de melhorar a segurança dos doentes e, consequentemente a qualidade dos cuidados (DGS, 2022a).

Em 2002, a OMS integrou a segurança do doente na agenda mundial. Em 2004, Portugal inicia também a integração da segurança do doente, como sendo uma das prioridades da melhoria da qualidade dos cuidados, através da criação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e posteriormente o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (DGS, 2022a).

Atualmente, a nível mundial, encontra-se em vigência o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030, com o desenvolvimento de políticas, estratégias e ações, baseadas em evidência científica e na própria experiência do doente e com o objetivo da redução do dano evitável (DGS, 2022a). Em Portugal, encontra-se em vigor o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, um plano de continuidade e inovador, com o objetivo de fortalecer e promover a segurança dos cuidados de saúde, sendo uma ferramenta de auxílio a gestores e profissionais de saúde. Este plano encontra-se assente em 5 pilares, sendo eles, a cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança e práticas seguras em ambientes seguros. Para cada pilar são definidos objetivos e ações estratégicas (DGS, 2022a).

As instituições de cuidados de saúde e os seus colaboradores, devem envolver-se nestes planos, criando uma cultura de segurança, tendo sempre em conta a segurança e qualidade dos cuidados prestados aos utentes, sendo um dever multiprofissional (Brás & Ferreira, 2016).

A formação dos profissionais de saúde também se torna fulcral para estimular a cultura de segurança dos cuidados, integrando a gestão do risco, a segurança do doente, a notificação do erro e a aprendizagem com o acontecimento do mesmo (Brás & Ferreira, 2016).

A segurança do doente torna-se um elemento-chave para a qualidade dos cuidados, sendo essencial habilitar os profissionais para a compreensão da importância da consciencialização do erro e suas consequências (Brás & Ferreira, 2016).

1.4. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA

Parreira et al (2017, p. 340) referem que, “podemos entender "trauma" como uma doença que envolve a troca de energia entre o meio ambiente e o corpo, resultando em lesões que acometem os diferentes sistemas e órgãos”. Já ENA (2019), refere que o trauma se trata de um evento ou uma série deles, que são vivenciados por uma pessoa, podendo ser prejudicial tanto a nível físico, emocional, ou até ameaçar a sua vida, interferindo potencialmente no funcionamento a nível mental, físico, social, emocional e bem-estar espiritual.

Podemos incluir no trauma, não só lesões causadas por acidentes, mas também violência, desastres naturais, abuso, seja ele sexual, físico, financeiro, psicológico e alguns distúrbios psicológicos (ENA, 2019).

O trauma é considerado uma das principais causas de mortalidade e morbilidade em todo o mundo. Anualmente, cerca de 5,8 milhões de pessoas morrem, ou ficam com lesões permanentes devido ao trauma, com agravamento nos países de baixo e médio rendimento, relativamente aos de elevado rendimento, que reduziram de forma significativa as suas taxas de mortalidade neste âmbito (WHO, 2009; ENA, 2019).

Nos EUA, entre 2010 e 2016, morreram mais de 1,3 milhões de pessoas devido a traumas, sendo uma das principais causas de morte para pessoas entre os 1 e 44 anos de idade (ENA, 2019). Portugal tem também o trauma como uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, principalmente ao nível da população mais jovem (OM, 2009).

É de salientar que, as vítimas sobreviventes de trauma, ficam, muitas vezes, com deficiências, problemas físicos, mentais e financeiros para o resto da vida. O custo adjacente a esta doença, torna-se incalculável, pois, para além da entrada na urgência, pressupõe internamentos, regra geral prolongados, e seguimento em consulta posterior à alta. Estas pessoas perdem empregos, salários, produtividade e aumentam os seus custos de saúde, havendo assim uma envolvimento de

aspectos a nível social, económicos e culturais. Nos EUA, em 2015, os custos adjacentes a lesões traumáticas chegaram aos 214 milhões de dólares (Parreira et al., 2017; ENA, 2019).

Para que haja diminuição da morbilidade e mortalidade devido ao trauma, devem existir respostas adequadas, indo ao encontro da prevenção e melhoria dos cuidados às vítimas de trauma, podendo esta realizada de uma forma acessível e sustentável, através do melhoramento da organização dos serviços que prestam cuidados à pessoa vítima de trauma (WHO, 2009). “Uma dessas práticas é a abordagem de cuidados informados sobre o trauma, que incorpora quatro princípios: perceber a prevalência de eventos traumáticos, reconhecer a sinais de trauma, respondem integrando o conhecimento do trauma e resistem à re-traumatização” (ENA, 2019, p.1)

A ENA (2019), defende que a realização de uma abordagem padronizada e organizada ao trauma favorece a melhoria do seu atendimento, reduzindo de forma considerável a morbilidade e a mortalidade. Essa abordagem, será facilitada através de formação contínua dos enfermeiros que prestam cuidados a doentes traumatizados, que a tornará sistematizada e padronizada, facilitando intervenção e avaliação dos doentes. A formação à comunidade também se torna um aspeto fulcral, podendo iniciar socorro às vítimas antes da chegada de profissionais diferenciados (ENA, 2019).

No que diz respeito à morte por trauma, a OM (2009, p.212), apresenta uma distribuição tri-modal, relativamente à função do tempo e logo após o momento em que a lesão aconteceu:

- Morte Imediata: ocorre na primeira hora, regra geral, devido a lesões irreversíveis a nível cerebral, cardíaco e/ou de grandes vasos.
- Morte Precoces: ocorre nas primeiras 4 a 8 horas após o trauma, frequentemente por hemorragias a nível interno, podendo ser mortes evitáveis, recorrendo a conhecimentos e recursos.
- Morte Tardia: ocorre dias ou semanas após o trauma, podendo ser resultante de infeções, complicações pós-cirúrgicas e /ou falência orgânica. São as mortes que mais podem ser consideradas evitáveis, com a realização de uma adequada abordagem clínica.

Existe um espaço de tempo em que as probabilidades do doente traumatizado sobreviver são mais elevadas, esse período é chamado de “*golden hour*” ou “hora de ouro” que, regra geral, é considerada a primeira hora desde a chegada de ajuda especializada (ENA, 2019). Durante este período de tempo, devem ser identificadas e tratadas as lesões que coloquem em risco a vida da pessoa, elaborando um plano terapêutico a curto, médio e longo prazo. O sucesso desta fase é conseguido com uma avaliação sistematizada e completa, realizada por profissionais com

conhecimentos técnicos e científicos adequados. O atendimento inicial exige que, as ações sejam bem coordenadas, cada elemento da equipa tem objetivos e responsabilidades claras, proporcionando uma rápida identificação e correção dos problemas encontrados (OM, 2009).

Kostiuk & Burns (2023), salientam que a equipa multidisciplinar que cuida da pessoa vítima de trauma, deve trabalhar em conjunto, fazer com que a capacidade de comunicação seja eficaz, de forma a conseguir reconhecer ameaças à vida do doente, estabilizando-o. O sucesso do atendimento, está diretamente associado à melhoria de organização e planeamento dos cuidados, assim como à implementação de sistemas de trauma que norteiem os prestadores no atendimento, desde o pré-hospitalar, hospitalar inicial e a longo prazo (WHO, 2009).

Com o intuito de promover a implementação de sistemas de trauma que se tornassem úteis, eficazes e acessíveis a nível mundial, a OMS e a *International Association for Trauma and Intensive Care* [IATSIC], criaram diretrizes de cuidados essenciais, divulgadas em 2004, assim como em 2009 lançam, as diretrizes para programas de melhoria da qualidade do trauma.

Através das diretrizes de cuidados essenciais, a OMS e a IATSIC, definiram quais os cuidados reais essenciais ao trauma a nível mundial, mesmo nos países de rendimentos mais baixos, abordando recursos humanos, físicos e administrativos mínimos que deveriam existir nas instituições. WHO (2009), refere que, desde a publicação das diretrizes de cuidados essenciais, em 2004, até 2009, existiram melhorias nos sistemas de trauma em muitos países.

Em Portugal, em 2009, a OM, após nomeação de um grupo de trabalho e em colaboração com a Comissão de Competência em Emergência Médica, lança o manual de Normas de Boa Prática em Trauma, referindo que, no nosso país, existiam lacunas essenciais a colmatar, como é o caso de dados epidemiológicos e de registos em trauma.

Para além das diretrizes e normas que têm sido divulgadas, a OM (2009, p.10), defende que “a formação será determinante para a resposta adequada ao trauma, para a rentabilização da capacidade instalada e para a planificação correcta dos cuidados”. O processo formativo deve ser contínuo, de forma que os profissionais adquiram competências para um desempenho de excelência, devendo haver formações periódicas em Suporte Avançado de Vida [SAV] e Suporte Avançado de Vida em Trauma, de acordo com critérios estabelecidos internacionalmente. Para além da formação, a prática de cuidados em Bloco Operatório, UCI, Sala de Emergência [SE] e Emergência Pré-hospitalar também deve ser considerada como uma mais-valia para a aquisição de competências em trauma (OM, 2009).

Em 2010 a DGS publicou a Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO de 31/03/2010 sobre a Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, baseada nas

Recomendações Internacionais sobre a abordagem e tratamento do doente traumatizado e no documento da OM supracitado.

Em 2021, através do Despacho n.º 2534/2021, de 5 de março, o Ministério da Saúde renovou o mandato da Comissão Nacional de Trauma, que tinha sido criada em 2017, com o objetivo da continuidade da definição e execução das medidas estratégicas desenvolvidas para a melhoria do desempenho da emergência pré e intra-hospitalar, da abordagem hospitalar e do acompanhamento subsequente do doente traumatizado (Despacho n.º 2534/2021, 2021).

O despacho supracitado admite que existe uma necessidade de prossecução de investimento na melhoria da “organização multiprofissional e multidisciplinar ao longo da cadeia de socorro, tratamento, e reabilitação, intercetando as fases pré-hospitalar, intra-hospitalar e inter-hospitalar, procede-se à definição de um conjunto de medidas com o objetivo de implementar e acompanhar o tratamento do doente traumatizado” (Despacho n.º 2534/2021, 2021, p.178).

Recentemente, em 2022, foi elaborada a Norma da DGS, Via Vede Trauma [VVT], que se entende pelo “conjunto de intervenientes e meios que otimizam a acessibilidade aos cuidados de saúde, em tempo útil, da vítima de trauma major” (DGS, 2022b, p.14) e a sua aplicação “deve ser suficientemente dinâmica e flexível e ainda permitir a cobertura de todos os momentos desde o primeiro pedido de ajuda até ao resultado final do internamento” (DGS, 2022b, p.14).

A norma supracitada, vai de encontro à melhoria, qualidade e segurança dos cuidados à PSC vítima de trauma e, tem sido, ao longo dos anos, implementada em vários hospitais do país, havendo ainda a sua inexistência em alguns.

1.4.1. Cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica vítima de trauma

Define-se Pessoa em Situação Crítica, “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018a, p. 19362).

Os cuidados de enfermagem prestados à PSC, são considerados altamente qualificados, realizados de forma contínua, ao indivíduo que pode apresentar risco de vida, com uma ou mais funções afetadas, para permitir a preservação das funções básicas de vida e a prevenção de complicações de incapacidades, com o objetivo de uma recuperação total (OE, 2018a).

Ainda segundo a OE (2018a), a necessidade de cuidados prestados à PSC pode derivar de uma situação de emergência, de exceção e de catástrofe, colocando a pessoa em risco de vida.

O trauma deriva de uma situação de emergência, resultando de agressões ao indivíduo, independentemente do fator, causando perda de saúde, podendo afetar um ou mais órgãos e colocar a sua vida em risco, pelo que é necessário o auxílio imediato à vítima (OE, 2018a).

A abordagem à vítima de trauma, ao nível do SU, mais propriamente na SE, é realizada por uma equipa multidisciplinar, exigindo cuidados iniciais específicos, com a aplicação de ações rápidas, que sejam efetivas e eficientes. Assim, a referida equipa, necessita executar uma avaliação completa, mas rápida, de forma a conseguir estabilizar as suas funções vitais e minimizando e prevenindo danos (Cavalcantia et al., 2013).

Os profissionais enfrentam muitas dificuldades na realização de um atendimento completo e efetivo, podendo estas ir ao encontro a défices de recursos humanos, físicos ou de informação (Perboni et al., 2019).

No SU e SE, é essencial estabelecer boas práticas, permitindo o funcionamento e organização do serviço, promovendo um ambiente acolhedor, que preserve a identidade da pessoa, proporcionando privacidade, respeito e dignidade a esta.

Os cuidados de enfermagem são considerados fulcrais, pois o enfermeiro tem um papel fundamental no que diz respeito à assistência ao doente traumatizado (Azevedo, 2022; Cavalcantia et al., 2013). Azevedo (2022), refere que os cuidados de enfermagem devem “contemplar a vítima em todos os condicionamentos e determinantes do processo saúde e doença, em que a humanização e o atendimento holístico são de suma importância para o processo de recuperação do paciente com múltiplos traumas” (p.1).

A atuação de enfermagem vai muito além dos ferimentos propriamente ditos, a formação do enfermeiro proporciona uma atuação ao trauma em todas as suas fases, que vão desde a prevenção, promoção e reabilitação do doente, tendo em conta o seu contexto biopsicossocial. A atuação do enfermeiro perante o trauma é realizada através de desenvolvimento científico e tecnológico (Azevedo, 2022; Whitaker, 2004).

O enfermeiro, no seu dia a dia de trabalho, rege-se pelo processo de enfermagem, sendo um dos seus instrumentos básicos de sistematização, orientado cientificamente, de forma a avaliar o estado do doente, diagnosticando as suas necessidades, formulando um plano de cuidados e implementando e avaliando a sua efetividade. A sistematização das intervenções de enfermagem, constitui a área de ação da enfermagem científica, baseada em evidências e na construção de um saber na enfermagem (Dalri et al., 2013).

No que diz respeito ao trauma, identificar diagnósticos de enfermagem, possibilita o enfermeiro de atuar perante a vítima de trauma, detetando e controlando precocemente riscos,

planeando de forma individual, os cuidados que o doente necessita, através de intervenções específicas, eficazes e imediatas, sempre fundamentadas a nível científico (Dalri et al., 2013).

O enfermeiro tem o dever de estabelecer prioridades nos cuidados, de acordo com a avaliação primária da vítima, identificando e tratando situações que ameaçam a vida (Will et al., 2020). Os mesmos autores, referem que, os principais cuidados de enfermagem prestados por à vítima de trauma, são em função da mnemónica ABCDE do trauma (Will et al., 2020).

No estudo de Perboni et al. (2019), é descrito que os enfermeiros colaboram para que a avaliação seja realizada de forma padronizada, através da primária e secundária, respeitando a sequência de avaliação da pessoa vítima de trauma, para que não ocorra falhas, as intervenções sejam realizadas de forma rápida e imprescindível para um bom progresso da situação.

É essencial que, o enfermeiro e a restante equipa, na sua atuação, tenha em atenção a ocorrência de novos danos que possam ser evitados, não esquecendo que os doentes já se encontram em situações débeis. Ao reduzir danos, o enfermeiro está a contribuir para uma recuperação mais rápida e adequada (Perboni et al., 2019; Cavalcantia et al., 2013).

Outro item que diz respeito à pessoa vítima de trauma, a não ser descurado nem esquecido é a sua dor, visto que esta passa por momentos de sofrimento, procedimentos dolorosos, com necessidade de medidas eficazes de controlo da dor. Ao diminuí-la, o enfermeiro está a providenciar conforto, colocando humanização no tratamento (Perboni et al., 2019).

Tendo em conta o que já foi supracitado, a avaliação pela mnemónica “ABCDE” (*Airway, Breathing, Circulation, neurological Disability, Exposure*), torna-se a mais correta. Segundo a DGS (2022b), esta metodologia permite, de uma “forma sequencial e por ordem de importância, identificar e corrigir as situações que ameaçam a vida, ao mesmo tempo que é fácil e intuitiva de aprender” (p. 21). Este tipo de abordagem torna-se fulcral para evitar mortes relacionadas com o trauma, relacionadas com problemas básicos, que não sejam de imediato diagnosticados, relacionados com as vias aéreas, respiração e circulação (DGS, 2022b).

É importante ter em conta que, enquanto a abordagem “ABCDE” está a ser realizada, deverão ser executados em conjunto, diversos tipos de monitorização, colheitas para análises laboratoriais, e outros exames que não condicionem a avaliação, e que, podem identificar problemas que levem à deterioração rápida do doente, com necessidade de intervenção imediata (DGS, 2022b).

A avaliação primária e a sua estabilização inicial devem ser executadas nos primeiros 20 minutos após o trauma (DGS, 2022b) e tem como objetivo verificar se existem ameaças à vida.

Segundo o INEM (2012) e a DGS (2022b), a abordagem “ABCDE” é composta por 5 etapas que constituem a avaliação inicial da vítima pela sua prioridade:

A. *Airway*: Assegurando a permeabilização da Via Aérea com controlo prévio da coluna Cervical, pesquisando sinais de obstrução de via aérea, havendo fornecimento suplementar de oxigénio;

B. *Breathing*: Ventilação e Oxigenação, em que se avalia e controla a respiração, procedendo-se a entubação traqueal e ventilação, no caso de ser necessário;

C. *Circulation*: Assegurar a Circulação com controlo da Hemorragia, avaliando e controlando a função cardiovascular, controlando hemorragias externas e iniciando fluidoterapia de forma cautelosa (administrar fluidos, em bólus de 250 ml, para manter a pressão arterial sistólica em 80-100 mm/Hg), ativando protocolos de hemorragia maciça caso seja necessário. É nesta fase que se procede ao diagnóstico de outras causas de choque;

D. *Disability*: Disfunção Neurológica, em que se avalia e controla a disfunção do sistema nervoso central, utilizando de forma preferencial a Escala de Coma de Glasgow;

E. *Expose/Environment*: Exposição com controlo de Temperatura, em que se avalia o ambiente externo, impedindo a hipotermia.

Após uma avaliação primária da vítima e a sua estabilização, procede-se à avaliação secundária, que deve ser assegurada nos primeiros 60 minutos após o trauma, tal como consta na Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010 (DGS, 2010b).

Para uma maior rapidez e eficiência, no caso de haver um elemento da equipa disponível, parte da avaliação secundária pode ser efetuada em paralelo com a avaliação primária, desde que não interfira com a execução da desta, que é prioritária (ACS, 2018).

Na avaliação secundária, deve obter-se a maior informação possível relativamente à vítima, com uma história dirigida às circunstâncias do trauma, através da mnemónica AMPLE (*Allergies, medications, past medical history, last meal, events preceding injury*), ou seja, perguntar sobre alergias, medicação que faz, antecedentes patológicos, cirurgias e imunização, quando foi a última refeição, o que ingeriu e os eventos relacionados com o trauma, mecanismo de lesão. O exame físico deve ser realizado de forma completa, desde o coro cabeludo aos pés (DGS, 2022b).

É durante a avaliação secundária que se decide sobre a necessidade de realização de mais meios complementares de diagnóstico, ou sobre a sua repetição, realização de cirurgias, internamentos em UCI, intermédios ou enfermaria, assim como, se o atendimento for feito numa SUB, SUP ou num SUMC, deve-se avaliar a necessidade de transporte da vítima para um CT para tratamentos e exames mais específicos (DGS, 2022b).

Para o enfermeiro conseguir fazer as avaliações supracitadas necessita de prática, conhecimentos específicos, formação especializada, assim como de dotações seguras, em que a disponibilidade da equipa deve ser imediata, não dependendo da sua substituição noutros postos ou áreas de trabalho. O enfermeiro detentor do título de EEEMC é aquele que detém competências adequadas para responder às necessidades de cuidados nestes contextos de prática clínica (OE, 2018b).

2. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Neste capítulo será apresentada a instituição onde foram realizados os Estágios em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica [EPSC] e o Estágio Final [EF] e os serviços correspondentes, caracterizando-os, apresentando os seus recursos físicos, materiais e humanos.

2.1. ESTÁGIO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica [EPSC], integrado no 2º semestre do Mestrado em EMC, vertente PSC decorreu numa UH, a norte do Rio Tejo, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes [UCIP].

O referido estágio teve início a 23 de maio de 2023, com término a 30 de junho de 2023 com um total de 144 horas de contato, tendo o intuito da máxima assimilação de conhecimento, evolução enquanto enfermeiro especialista e aprendizagem aquando da prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e/ ou falência orgânica.

2.1.1. Unidade Hospitalar

A UH onde decorreu o estágio em EPSC encontra-se sediada numa zona onde a população é francamente envelhecida, com maior necessidade de cuidados de saúde. Existe há cerca de 46 anos, substituindo o Hospital da Misericórdia (Nunes & Nunes, 2017).

Em 2010, através do Decreto-Lei n.º 318/2009, de 02 de novembro, a referida UH foi integrada numa ULS, da rede de prestação de cuidados de saúde do SNS. Esta entidade propôs-se a desenvolver atividades de investigação, formação e de ensino, participando na formação de profissionais de saúde para hospitais (Nunes & Nunes, 2017).

No seu Regulamento Interno, a instituição tem como missão a promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de saúde diferenciados e especializados, de forma individualizada e integrada, com qualidade e igualdade; participar na formação de profissionais de saúde e atualizar os conhecimentos daqueles que se encontram em funções na instituição; desenvolver projetos de investigação na área clínica e científica (Nunes & Nunes, 2017).

Esta UH presta serviço a outras instituições na área da hemodiálise, gastroenterologia, litotricia, otorrinolaringologia, audiologia e dermatologia. A sua política tem ido ao encontro para a contribuição de uma melhoria de qualidade de cuidados (Nunes & Nunes, 2017).

2.1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

A UCIP, pertencente à UH supracitada, encontra-se localizada no 4º piso e funciona desde janeiro de 1984, inicialmente com 5 camas e, desde 1998, com 8 camas, tendo doentes de ambos os sexos, com o objetivo do atendimento ao doente crítico (Caetano et al., 2015).

A maioria dos doentes internados nesta unidade são provenientes do SU e do BO.

2.1.3. Caracterização da estrutura física e recursos materiais

No que diz respeito à estrutura física, a UCIP é constituída por uma sala de armazenamento de material consumível, zona de limpos, de sujos e despejos, vestiários masculino e feminino, WC para profissionais de saúde, copa, gabinete médico e de enfermagem.

A sala da UCIP propriamente dita, é composta por 8 unidades de doentes, dispostas de forma circular, com uma área central de monitores, sala de trabalho e preparação de medicação, envidraçada, para possibilitar uma visão geral e contínua de todos os doentes.

É na UCIP que se encontra a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar [EEMI], que existe para dar resposta a emergências intra-hospitalares e é composta por um médico e um enfermeiro, que se encontram a prestar cuidados na UCIP durante o turno, mas que são responsáveis pela equipa. Existe um local específico onde é armazenado todo o material necessário no caso de acionamento.

Relativamente aos recursos materiais, cada unidade da UCIP é composta por monitor cardíaco, ventilador, aspirador, um módulo composto por seringas e bombas infusoras de forma a dar resposta às necessidades individuais de cada doente. Existe ainda um computador, que possibilita o registo das intervenções de enfermagem com vigilância contínua e direta do doente.

No centro existe uma área de monitores centrais com os parâmetros de todos os doentes internados e um aparelho de gasometria, acessível a todos os profissionais, para uma rápida e eficiente análise de sangue arterial. Nesta zona encontram-se dois carros de emergência.

Na sala de trabalho, para além de todo o material necessário para a preparação e administração de medicação, existe o *PYXIS*®, onde se encontra armazenada toda a medicação e, que cada elemento tem a sua *password* para poder aceder.

2.1.4. Recursos Humanos

A equipa multidisciplinar é composta por 23 enfermeiros (incluindo o enfermeiro chefe), 5 médicos, 8 assistentes operacionais e 1 assistente administrativa. A distribuição de trabalho é realizada pelo enfermeiro chefe ou pelo enfermeiro responsável de turno no seu no início, assim como a definição do elemento da EEMI.

O método de trabalho é realizado por método do enfermeiro responsável, em que cada enfermeiro fica responsável pelos doentes que lhe são distribuídos no início do turno, até ao seu final, possibilitando uma prestação de cuidados individualizada.

A UCIP funciona 24h/dia, composta por 3 turnos de 8h com uma dotação de 1 enfermeiro para cada 1,6 doentes, sendo que, na manhã existe um 6º elemento, o enfermeiro chefe. Esta unidade tem extrema preocupação com as dotações seguras, para assegurar uma prestação de cuidados baseada na qualidade destes e na segurança dos doentes.

2.1.5. Análise Da Gestão E Produção De Cuidados

Como já foi referido, esta UH foi integrada numa ULS em 2010. A criação das ULS teve o intuito de melhorar a interligação entre os cuidados de saúde primários, cuidados diferenciados e outras unidades de saúde, tendo como princípio a satisfação das necessidades de saúde da população e a melhoria dos recursos que compõem as várias unidades que nela integram (ULSCB, 2021).

Numa perspetiva de gestão integrada nos cuidados de saúde é plausível atender ao todo bio-psico-social dos doentes, tornando-os o centro de atenção dos profissionais de saúde e protagonistas do sistema de saúde, respeitando e percebendo que o utente tem de ser visto como um ser holístico (ULSCB, 2021).

Segundo o relatório de contas de 2020, esta ULS serve à volta dos 110 000 habitantes, um decréscimo de 5,5% desde os censos de 2001 para 2011, o que demonstra a realidade demográfica que se vive no interior do país, em que a população se encontra a diminuir, com baixas taxas de natalidade e cada vez mais envelhecida, tendo ultrapassado a idade ativa, o que faz com que seja mais dependente e consumidora de recursos de saúde (ULSCB, 2021).

Esta UH apresenta valências de Internamento, Consultas Externas, Urgência Médico-cirúrgica, Hospital de Dia, Blocos Operatórios e UCIP, com 220 camas em 2020 (ULSCB, 2021).

Em 2020, de forma a fazer face à pandemia COVID-19, foi necessário reestruturar vários serviços de internamento, tendo sido aberto um serviço de infeciologia com 18 camas e a UCIP com 8 camas. Mas, devido às várias fases que a pandemia apresentou, com momentos distintos de necessidade de internamento, para dar resposta às necessidades da população, a gestão da lotação chegou a ter alocadas mais de 50 camas para internamentos COVID-19 (ULSCB, 2021).

A pandemia veio trazer grandes alterações aos hospitais, interferindo nos objetivos definidos, havendo a necessidade de alterar recursos dos profissionais de saúde, não tendo sido possível, em 2020, avaliar o verdadeiro cumprimento dos objetivos propostos (ULSCB, 2021).

Neste ano, não foi possível dar resposta adequada às consultas em tempo útil (só foi possível realizar 79,8% de consultas), o cumprimento das cirurgias também desceu para 92%, a referência de doentes para a RNCC foi extremamente afetada, diminuindo para 80,1% a referência e avaliação em tempo útil, os restantes elementos avaliados de internamentos rondaram os 96/100% ou mais, pelo que o desempenho foi positivo no ano de 2020, embora a intercorrência da pandemia (ULSCB, 2021).

No que diz respeito a gastos, esta UH, gastou mais 4,4% do capital esperado, em pessoal, fornecimento e serviços externos, muito devido à pandemia (ULSCB, 2021).

Tendo em conta a situação de exceção que se viveu, não foi possível a esta unidade tomar medidas extra de forma a cumprir os objetivos que se tinha proposto, de forma a não comprometer o combate à COVID-19 (ULSCB, 2021).

O internamento apresenta um total de 230 camas, tendo havido, em 2020, um decréscimo dos doentes com alta e da atividade de ambulatório, tendo sido a pandemia COVID-19 e a paragem de atividade programada do BO, para reforço de equipas COVID, fortes impulsionadores para estes valores (ULSCB, 2021).

Em 2020, apesar do COVID, esta ULS expandiu a atividade da hospitalização domiciliária, tendo aumentado as altas de internamento, pois os doentes tinham a possibilidade de ser acompanhados por equipas especializadas no seu domicílio. Mesmo assim, o tempo médio de internamento aumentou, apresentando-se em 7,94 dias (ULSCB, 2021).

As consultas externas, diminuíram a sua atividade em 13,2%, embora no segundo semestre de 2020 tenha sido possível a sua recuperação. O serviço de urgência teve menos 28,33 % da afluência, comparando com o ano anterior (ULSCB, 2021).

Durante o ano de 2020, a par com o aparecimento da pandemia COVID-19, esta ULS, sofreu uma reestruturação a nível dos cuidados de saúde primários e hospitalares, separando circuitos, de forma a conseguir separar doentes infetados dos doentes não infetados. Foi necessário adquirir novos equipamentos e recursos humanos, de forma a continuar a prestar cuidados numa perspetiva integrada, favorecendo a promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação da doença, garantindo a eficiência e qualidade dos serviços prestados, com excelência nas suas funções, de forma a manter a confiança e segurança da população que ali recorre e os profissionais de saúde (ULSCB, 2021).

2.2. ESTÁGIO FINAL

O EF decorreu numa UH do Alentejo, no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica [SUMC]. Teve início no dia 11 de setembro de 2023, com término a 26 de janeiro de 2024 num total de 336 horas de contato.

Durante o EF, foram prestados cuidados de enfermagem médico-cirúrgica à pessoa /família em situação crítica e/ou falência orgânica, desenvolvendo a prática clínica baseada em evidência científica, teorias e modelos conceituais em enfermagem, sabendo gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica, tendo sempre em conta os princípios éticos, valores e normas deontológicas, demonstrando uma aprendizagem contínua, de uma forma auto-orientada e autónoma.

O motivo pelo qual foi escolhido este local de estágio, visto que o estágio anterior tinha sido realizado numa UCIP, prende-se pela oportunidade de prestar cuidados de EMC num SU, acompanhando todo o percurso da PSC até ser encaminhado para serviços diferenciados, complementando e enriquecendo os cuidados à abordagem à PSC e indo de encontro às competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC.

De forma a complementar o EF foi realizado estágio de observação com a equipa GCL – PPCIRA da UH onde foi realizado o EF, onde foi possível compreender o serviço realizado por esta equipa e desenvolver competências no que diz respeito à intervenção na prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos.

2.2.1. Unidade Hospitalar

A UH onde foi realizado o EF foi inaugurada a 1 de janeiro de 1975, abrindo com as especialidades de Medicina, Cirurgia, Obstetrícia e Pediatria. Em outubro desse mesmo ano foi aberto o SU, a UCI em 1977, a Ortopedia em 1980, psiquiatria em 1992 e Oncologia em 1995.

Esta UH presta cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, foi integrado numa ULS em 2007 através do Decreto-Lei n.º 50-B/2007, tendo como missão a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos, de forma integrada e personalizada, garantindo uma resposta de forma adequada, com qualidade, em tempo útil e com todo o rigor técnico e científico, não esquecendo o respeito pela dignidade humana, a confiança, tanto dos colaboradores como dos utentes, reduzindo a morbilidade, obtendo ganhos em saúde (SNS, 2021).

Esta UH tem como objetivo principal a promoção da saúde, prevenção da doença e a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos, ao nível dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados.

Na sua missão e visão, pretende contribuir para a aquisição de ganhos em saúde, promovendo a vigilância da saúde, a prevenção da doença e o seu diagnóstico, assim como o seu tratamento e reabilitação, planeando e prestando cuidados; pretende promover a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes; promover o acesso e a oferta de serviços; garantir a eficácia técnica e económica; promover a qualidade dos cuidados prestados; valorizar o ser humano, garantindo a formação contínua aos seus profissionais (SNS, 2021).

Atualmente esta UH contempla os serviços de Emergência e Urgência Médico-Cirúrgica, UCI, Cirurgia Geral, Bloco Operatório, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina, Ortopedia, Psiquiatria, Obstetrícia e Oncologia/Quimioterapia; Consultas externas com as várias especialidades e vários Serviços de Meios Complementares de Diagnóstico.

Sendo o CA o órgão máximo de gestão, é composto pelo presidente da administração, um diretor clínico, sendo este médico, vários vogais e um diretor de enfermagem, composto por um enfermeiro (Decreto-Lei n.º 50-B/2007, 2007). Dentro de cada serviço existe também um diretor, médico, e um gestor de enfermagem, enfermeiro.

2.2.2. Serviço De Urgência Médico Cirúrgica

Os Serviços de Urgência são a porta de entrada do SNS e, grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, indo condicionar, em muitos hospitais, o funcionamento de outros

Serviços como os de Ação Médica, Ambulatório e também dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (OE, 2019b).

“O SU tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar” (OE, 2019b, p.7).

Segundo o despacho 10319/2014, de 11 de agosto, o SU deve incluir as seguintes áreas de admissão e registo, triagem de prioridades, de espera, de avaliação clínica, SE para doentes críticos com condições para suporte avançado de vida, área de ortotraumatologia, de curta permanência e observação e área de informação e comunicação com familiares.

Segundo o Artigo nº4 do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, o SUMC é considerado o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, localizadas para apoiar de forma diferenciada os SUB e encaminhando para os SUP situações que careçam de cuidados mais especializados ou, cuidados de especialidades que não existam nos SUMC.

O SUMC deve ser composto por Recursos humanos: Equipas de Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e outros profissionais necessários ao atendimento da população. Tem como valências médicas indispensáveis e equipamento mínimo: Medicina Interna; Pediatria; Cirurgia Geral; Ortopedia; Anestesiologia; Imuno -Hemoterapia; Bloco Operatório (de forma permanente); Imagiologia (devendo assegurar de forma permanente, radiologia convencional, ecografia simples e TAC); Patologia Clínica (que assegure os exames básicos, incluindo a realização de gasimetrias) (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

Os SUMC têm de possuir SE e acesso, dentro da mesma instituição, a UCI, assim como emergência pré-hospitalar diferenciada, a VMER, composta por médico e enfermeiro (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

O SU do Hospital onde foi realizado o EF é um SUMC, ou seja, caracteriza-se por possuir especialidades supracitadas na sua prestação de cuidados, pelo que cumpre os requisitos necessários para ser considerado um SUMC.

Seguidamente será realizada uma descrição do SU onde decorreu o EF, abordando recursos humanos, materiais e estrutura física.

2.2.3. Caracterização da estrutura física e material

No que diz respeito à estrutura física, o serviço possui a porta de entrada principal, onde entram todo o tipo de doentes e suas famílias. À sua direita existe um guichet, onde se encontram

os administrativos responsáveis por inscrever os doentes no SU, sendo aqui o primeiro contato da pessoa com o SU.

Seguidamente existe a Área de Triagem de Prioridades, um gabinete, onde o enfermeiro faz a triagem do utente, encaminhando-o para a sala de espera. Aqui é utilizado o sistema de triagem de Manchester, cumprindo o número 1 do artigo 12º do Despacho nº 10319/2014 (2014), que determina que “é obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades no SU” (p. 20675).

Existem três salas de espera dentro do SU. A primeira, destinada aos doentes triados, seja qual for a cor aplicada, e não triados. Depois da entrada para o serviço propriamente dito existe uma outra sala de espera, onde são alocados os doentes triados de verde e azul após serem observados pelo médico triador. Mais internamente, existe uma outra, com mais espaço físico, onde são colocados os doentes triados de amarelo e laranja, após serem observados pelo médico triador, onde esperam a administração de terapêutica, a realização de MCDT e a decisão clínica.

Assim, este SU cumpre o número 3 do artigo 12º do Despacho nº 10319/2014 (2014), que refere que, depois de ser realizada a classificação de risco do doente, este deverá ser encaminhado, de acordo com as normas do serviço, tendo em conta a prioridade, garantindo que o doente seja observado da forma mais adequada, no mínimo de espaço de tempo possível.

Existem 5 áreas de avaliação clínica. Duas destinadas à avaliação pelo médico triador, um para a especialidade de psiquiatria, o segundo para a especialidade de medicina interna e o terceiro para a especialidade de ortopedia. É certo que, estas observações não são estanques, por vezes os doentes são observados e avaliados nas suas macas, na sala de tratamento e SE.

A existência de SE é obrigatória em todos os SU, sendo utilizada na observação de doentes classificados como emergentes, inicialmente na admissão, ou dentro do SU, que descompense a nível das funções/parâmetros vitais. “Idealmente deverá ser autónoma e não ser utilizada para outros doentes, incluindo os classificados de muito urgentes que devem ter logística de apoio própria”. (OE, 2018b, p.1)

Este SUMC possui uma SE, com duas unidades, cada uma equipada com monitor com capnografia, desfibrilhação e cardioversão elétrica, seringas e bombas para perfusão endovenosa e oxigenoterapia. Por trás de cada unidade existe uma estante com todo o material necessário para entubação endotraqueal, material para aspiração de secreções, sondas nasogástricas, cateteres urinários e drenos torácicos. Numa das unidades existe material para emergência pediátrica idêntico ao adulto.

Esta SE é constituída por um aparelho para ventilação mecânica invasiva e outro de ventilação mecânica não invasiva, para as duas unidades, sendo que se torna complicado ter dois doentes ventilados, havendo a possibilidade de pedir o ventilador portátil à UCIP.

Existe uma bancada de trabalho, com a medicação mais utilizada em emergência, bem como material de consumo clínico destinado à circulação, uma área destinada à higienização e desinfecção das mãos dos profissionais de saúde e três computadores para registos, um em cada unidade e um outro numa bancada ao canto da SE, mais utilizado para registos médicos.

A SE está disposta de forma a facilitar a circulação dos profissionais à volta das macas dos doentes para uma prestação de cuidados holística, direta e simplificada.

Como já foi supracitado, existe um gabinete destinado à ortotraumatologia, onde os especialistas observam os doentes e realizam procedimentos deste foro.

Existem duas salas onde os doentes permanecem durante curtos períodos e onde podem ser observados, os balcões verde e amarelo. Sendo o balcão amarelo o mais utilizado, no balcão verde são colocados doentes que necessitam de oxigenoterapia, monitorização contínua e regra geral se encontram em macas ou cadeirões. No balcão amarelo são alocados doentes com as mesmas necessidades, mas é também aqui que é realizada a terapêutica, seja ela EV ou PO, ficando em vigilância, pois existe sempre um ou dois enfermeiros neste balcão.

Tanto o balcão verde como o amarelo, são compostos por várias rampas de oxigénio, monitores portáteis de avaliação de parâmetros vitais e monitorização contínua, pelo sistema dispensador de medicação, o *PYXIS®*, material consumível, cadeirões, suportes de soro e computadores para registos de intervenções de enfermagem.

Infelizmente não existe uma área destinada à informação e comunicação com os familiares dos doentes. Regra geral, a informação da parte médica é realizada dentro dos gabinetes e, a de enfermagem é realizada num local o mais reservado possível, que se encontre livre no momento.

Para além de todas as áreas anteriormente especificadas, existem ainda outras que se torna pertinente referir e de importância dentro do SU, sendo elas, a sala de pequena cirurgia, onde são observados os doentes dessa especialidade, realizados pensos, suturas e outros procedimentos, a sala de pausa dos enfermeiros, onde são realizados os registos das intervenções de enfermagem, o gabinete do enfermeiro gestor, casas de banho, arrecadações, zonas de despejos para armazenamento e de eliminação de resíduos e copa. Dentro do SU existem dois SO, compostos com o que é necessário para controle e vigilância dos doentes aí internados.

2.2.4. Recursos Humanos

No que diz respeito aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar deste SUMC é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, administrativos, assistente social, técnicos de diagnóstico e terapêutica, seguranças, funcionárias do serviço de limpeza e do serviço de alimentação.

Na equipa médica existem médicos de clínica geral, os chamados de triadores, de medicina interna, de cirurgia geral, ortopedia, psiquiatria (apenas em horário diurno) e ginecologistas/obstetras. Os anestesistas e intensivistas também dão apoio no serviço de urgência quando solicitados.

Relativamente à equipa de Enfermagem, é composta por 63 Enfermeiros, sendo 12 destes, EEMC, 3 em Enfermagem de Reabilitação, 2 em Saúde Comunitária, 5 a realizar mestrado em enfermagem e os restantes Enfermeiros generalistas. Existem 5 equipas de enfermagem a realizar trabalho por turnos e uma equipa que só faz manhãs. Cada equipa é composta por cerca de 10 elementos. Ao primeiro elemento de cada equipa, regra geral especialista em EMC, é atribuído o cargo de chefe de equipa, sendo responsável pela gestão da equipa e do serviço durante o seu turno e, na ausência dos seus superiores hierárquicos.

No que diz respeito ao plano de trabalho por turno, realizado pelo responsável do serviço, é adquirido semanalmente com a divisão dos Enfermeiros e auxiliares pelos respetivos postos de trabalho: SO, Apoio (responsável pelos doentes internados em corredor sem vaga em SO ou no internamento), SE, Chefe de Equipa, Balcão e Triagem. Não existem critérios para a distribuição da equipa de enfermagem, salvo a triagem, a qual é obrigatório o profissional ter o curso e a SE, em que é obrigatório possuir o SAV.

O método de trabalho, nos doentes internados, é realizado através do método de enfermeiro responsável, que se inicia com a distribuição dos doentes no início do turno.

2.2.5. Análise Da Gestão E Produção De Cuidados

O EF decorreu numa UH do Alentejo que abrange uma população de mais de 100 000 habitantes, envelhecida, com dispersão demográfica. Esta UH, tenta oferecer à sua população o mais variado nível de prestação de cuidados possível, de acordo com a sua diferenciação técnica

e em consonância com a carteira de serviços, definida pela ARSA. As estratégias da instituição, passa por favorecer o aumento da sua eficiência e eficácia, encaminhando os utentes para níveis de cuidados adequados (ULSNA, 2023).

Os Cuidados de Saúde Hospitalares são um dos níveis de cuidados que a UH agrega, dos mais relevantes na sua assistência, quer pelos ganhos em saúde que produz, quer pela carga que representa na estrutura de custos da instituição (ULSNA, 2023).

O Hospital de Dia registou um aumento considerável na sua atividade, quer a nível de consulta externa assim como de sessões realizadas, tendo muito provavelmente a ver com o facto de se estarem a concentrarem os doentes oncológicos pós confinamento (ULSNA, 2023). Houve um aumento nos serviços domiciliários do departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e a hospitalização domiciliária, gerando níveis de satisfação elevados dos utentes (ULSNA, 2023).

Em 2020, ano em que se iniciou a pandemia, no SU houve uma diminuição no número de episódios de urgência, desde essa altura, tem-se observado uma tendência crescente anual desse número, que culminou em 2022 com um total de 83.000 episódios de urgência (ULSNA, 2023). Este valor encontra-se cerca de 7 200 episódios abaixo dos registados no ano de 2019, o que pode ser considerado positivo, já que se pretende que haja uma diminuição dos episódios de urgência, em detrimento da prestação de cuidados de forma programada (ULSNA, 2023). O grande desafio da instituição é conseguir que os doentes triados de verde, azul e branco, que representam 48% dos episódios de urgência, sejam observados pelos CSP (ULSNA, 2023).

A consulta externa foi a linha de produção hospitalar que apresentou a evolução mais positiva face ao ano de 2021, registando um aumento de cerca de 5% no nº de consultas, com mais de 98 000. As primeiras consultas aumentaram cerca de 10%. Este aumento, tendo recaído essencialmente nas consultas referenciadas pelos CSP, permitindo aumentar os níveis de acessibilidade dos utentes às especialidades e combater as listas de espera. (ULSNA, 2023).

Em 2022, verificou-se uma diminuição na percentagem de consultas realizadas dentro do tempo máximo de resposta garantido, consequência do facto de as listas de espera terem aumentado consideravelmente durante a pandemia, tornando difícil a resposta (ULSNA, 2023).

A linha de produção de internamento foi a que registou mais limitações durante o ano de 2022, resultante das obras realizadas nos serviços de internamento para remodelação e melhoramento. Esta situação foi minimizada, com a comunicação com outro hospital desta ULS, para onde foram transferidos doentes. Neste ano também se diminuiu o número de camas alocadas a tratamento de doentes Covid-19 (ULSNA, 2023).

Observou-se também que, a pressão que os SU normalmente exercem sobre os serviços de internamento, diminuiu em 2022, consequência da redução da percentagem de doentes internados com admissão através dos SU, que se apresentou abaixo dos valores registados em 2019 (ULSNA, 2023). No total, em 2022, registou-se uma diminuição no número de doentes saídos, com a exceção do SU e UCI, que registaram um aumento de doentes. O tempo médio de internamento rondou os 10 dias (ULSNA, 2023).

Esta entidade considera que a existência de médicos em formação, é contributo muito importante para a atualização técnico-científica dos cuidados de saúde que aqui são prestados, independentemente dos custos diretos e indiretos que lhe estão associados. Assim, esta ULS assegura o funcionamento do internato complementar e ano comum em diversas especialidades (ULSNA, 2023).

No triénio de 2023/2025, esta UH pretende voltar aos resultados pré pandemia, em que uma das grandes alterações tem a ver com o aumento das suas infraestruturas. Continuará também a estratégia da inclusão de novas especialidades e técnicas diferenciadoras para a prestação de cuidados aos doentes, evitando que tenham de sair para outras UH, assim como a aposta na telemedicina e na hospitalização domiciliária. Esta instituição procurará também abranger novos modelos de gestão, mais descentralizados, de forma a obter ganhos de eficácia e eficiência, tentando garantir a sustentabilidade financeira da instituição (ULSNA, 2023).

Uma condicionante à estratégia da instituição é a carência de médicos, amenizada através de contratos de prestação de serviços (ULSNA, 2023). Um dos grandes objetivos da UH, é que o referido triénio seja um “ponto de viragem” no supracitado, e não apenas no grupo médico, mas que ocorra um reforço do quadro de pessoal desta ULS, que iria permita à instituição melhorar a oferta assistencial aos seus utentes (ULSNA, 2023).

2.3. ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO NO GCL-PPCIRA

As infeções associadas a cuidados de saúde e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos relacionam-se, tornando-se uma preocupação crescente à escala mundial, e, nenhum país nem nenhuma unidade de saúde pode ignorar as implicações deste tipo de infeções e o impacto que podem ter nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade em geral,

provocando um aumento da morbilidade e da mortalidade, assim como o aumento de tempos de internamento e, consequentemente, de custos em saúde (DGS, 2019).

Em 2004, a OMS lança a *World Alliance for Patient Safety*, em que define como prioridade a segurança do doente e a necessidade de prestação de cuidados de saúde de qualidade. Foram definidos três *Global Patient Safety Challenges* orientados para as áreas de maior cuidado no que diz respeito à segurança do doente, sendo uma delas, a área das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde [IACS] (Despacho n.º 10901/2022, 2022).

Portugal, considera um problema de saúde pública cada vez mais alarmante. Assim, em 2013, cria o Despacho n.º 2902/2013 com o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA] e junta os anteriores programas nacionais de Controlo de Infecção e de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, com o objetivo de redução da taxa de IACS, o uso adequado de antimicrobianos e a diminuição da resistência dos microrganismos a antimicrobianos. Em 2016, o Despacho n.º 6401/2016, define este programa como sendo prioritário nos cuidados de saúde (Despacho n.º 10901/2022, 2022).

Foi ainda criado um grupo de trabalho, integrando a DGS, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., o INFARMED, I. P., e a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., com o objetivo de garantir os mecanismos para a obtenção de indicadores de Qualidade PPCIRA por instituição hospitalar, tendo-se verificado resultados positivos na melhoria da qualidade na área da infeção, para a segurança dos doentes (Despacho n.º 10901/2022, 2022).

Com o surgimento da pandemia COVID-19, e no contexto da implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026), havendo a necessidade de melhorar os indicadores de saúde do programa PPCIRA, tornou-se pertinente a atualização do programa, adaptando-o à realidade atual, cheia de desafios crescentes e emergentes que afetam os cuidados hospitalares, primários e continuados (Despacho n.º 10901/2022, 2022). Assim, a 8 de setembro de 2022 é publicado o Despacho n.º 10901/2022, atualizando o Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro (Despacho n.º 10901/2022, 2022).

Tendo em conta que é uma área muito importante da prestação de cuidados, e de forma a enriquecer os conhecimentos e adquirir competências na área, enquanto futura EEEMC na PSC, tornou-se pertinente realizar um estágio de observação no GCL-PPCIRA.

O GCL-PPCIRA encontra-se no 2º Piso do edifício anexo à UH, sendo composto por uma equipa multidisciplinar de assessoria técnica, contando a tempo inteiro com uma EEEMC, cumprindo o disposto no Despacho n.º 15423/2013, que refere que deve existir um enfermeiro dedicado a tempo inteiro a esta função. Este grupo é também constituído pelo Coordenador

(Médico Assistente Graduado de Cirurgia Geral), pelo Grupo Central (que integra médicos, enfermeiros e farmacêuticos), pela assistente técnica e pelos elos de ligação.

Nesta UH, o GCL-PPCIRA tem um papel fundamental no que diz respeito à orientação dos profissionais de saúde das medidas de prevenção e controlo das IACS, conduzindo a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao doente e à sua segurança.

Uma das grandes preocupações deste grupo são as Precauções Básicas de Controlo de Infecção [PBCI], que estão relacionadas com 10 itens, tal como foi referido pela enfermeira responsável e é mencionado pela DGS (2023, p. 3), que é a colocação dos doentes; a higiene das mãos; a etiqueta respiratória; a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI); o reprocessamento dos dispositivos médicos de uso múltiplo e outros equipamentos/materiais; o controlo ambiental; o manuseamento seguro da roupa; a recolha segura de resíduos; as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e a exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

São várias as atividades que a enfermeira desenvolve no seu dia de trabalho dentro do GCL-PPCIRA, as quais foram explicadas e demonstradas, o que permitiu um maior conhecimento e desenvolvimento de competências nesta área, tendo sido possível conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do GCL-PPCIRA, assim como desenvolver conhecimentos sobre medidas de prevenção e controlo da infeção hospitalar adotadas nesta UH e sobre situações clínicas concretas, técnicas de isolamento adotadas, fármacos e intervenções específicas, assim como conhecer os planos de formação, divulgação e de auditoria realizados nesta UH.

Segundo a enfermeira responsável, os serviços desta UH têm-se demonstrado muito disponíveis para colaborar com o GCL-PPCIRA, contribuindo para a prevenção e controlo das IACS, possibilitando assim que haja uma melhoria contínua dos cuidados de saúde. Assim, este grupo faz formações periódicas sobre feixes de intervenções e normas existentes, sobre as suas atualizações e dá *feedback* frequente das auditorias e relatórios realizados, para que, os profissionais de saúde tenham noção do impacto dos seus cuidados nos utentes.

Foi também possível ficar a conhecer as plataformas da DGS existentes para colocar dados recolhidos, tornando possível haver dados a nível nacional de todas as UH.

Durante o tempo com o GCL-PPCIRA, foi possível constatar que muito trabalho tem sido realizado nesta área, com esforço de muitos profissionais para que haja uma melhoria contínua e significativa na prestação de cuidados de saúde, minimizando danos e maximizando a segurança do doente.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O PIP, foi desenvolvido no decorrer do EF do mestrado em enfermagem, recaindo na abordagem à PSC vítima de trauma admitida no SU. O desenvolvimento deste projeto tem na sua base a MP e no final, o desenvolvimento e aquisição de competências de mestre em enfermagem tendo em conta a prestação de cuidados de qualidade à PSC.

A MP centra-se na resolução de problemas e obtenção de capacidades e competências pela preparação e realização de projetos reais. Esta metodologia é uma ligação entre a teoria e a

prática, já que quem a realiza se sustenta no conhecimento da teoria para o aplicar na prática. Sendo também fomentadora da PBE, através da pesquisa, análise e resolução de problemas existentes, assentando em 5 etapas: diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo et al, 2010).

Um projeto é um plano de trabalho estruturado para resolver ou estudar um problema que preocupa os seus realizadores. O objetivo principal do trabalho projeto centra-se na análise e resolução de problemas em grupo, utilizando técnicas que possibilitam a recolha de informação, obtenção e análise da mesma (Ruivo et al, 2010).

3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O Diagnóstico da Situação é a primeira etapa da metodologia de projeto e tem como objetivo a realização de um mapa cognitivo sobre o problema identificado (Ruivo et al., 2010).

Quando se desenvolve um projeto na área dos cuidados de saúde deve-se efetuar uma pesquisa das necessidades da população, desenvolvendo estratégias e ações, aproveitando recursos disponíveis, estimulando o trabalho em equipa e promovendo a capacidade, motivação e autonomia da população onde o projeto será realizado. Deve ser sustentável, com aptidão para proporcionar benefícios durante um período de tempo prolongado (Ruivo et al., 2010).

Este deve adequar-se às carências da população em causa, ser dinâmico, onde são realizadas atualizações a todo o momento. É caracterizado por um processo contínuo, devendo ser realizado num curto espaço de tempo, possibilitando ações em tempo útil e, de forma aprofundada, permitindo a implementação de medidas pertinentes (Ruivo et al., 2010).

Nesta etapa da MP, devem ser definidos os problemas e as suas causas, de forma a ser possível estabelecer prioridades, selecionando os recursos existentes, os grupos que irão participar e as necessidades da população. Portanto, é uma etapa que necessita de recolha de informação (Ruivo et al., 2010).

O diagnóstico de situação pode ser diretamente relacionado com a Etapa 1 do MMPBE descrito por Larrabee, em que se identificam os problemas da prática, recolhem dados e se comparam esses mesmos dados para verificar a necessidade de mudança, e em que se faz a ligação do problema, intervenções e resultados (Larrabee, 2011).

Só após a identificação de um problema real e plausível, se torna possível avançar para as restantes etapas da MP, tendo sempre em conta a melhoria contínua dos cuidados e a segurança

do doente. A escolha do tema do PIP surge através da identificação de uma situação problemática para o SU, em que houvesse necessidade de mudança. Nas primeiras semanas do EF, foi possível conhecer o serviço, os protocolos e normas implementados, que servem de orientação à prestação dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, foram realizadas entrevistas exploratórias não estruturadas com o enfermeiro gestor, enfermeira orientadora e enfermeiros chefes de equipa, no sentido de auscultar uma necessidade do serviço. Foi considerado, que seria pertinente abordar a temática da Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma, tendo em conta a elaboração de um documento sistematizador da atuação do enfermeiro, integrando uma folha de registos.

A problemática do trauma, para além de ser um tema de interesse pessoal, é também uma problemática bastante abordada no dia a dia do SUMC onde decorreu o EF, onde não existe um documento orientador de abordagem sistematizada à PSC vítima de trauma, e também não se encontra implementada a Via Verde Trauma [VVT], como o disposto na norma 012/2022 de 18 de novembro.

Foi neste sentido que, como estudante do mestrado em enfermagem, com especialização em EMC em PSC nos propusemos a abordar o tema, com o objetivo de contribuir para uma melhoria contínua de cuidados, tendo sempre em conta a evidência científica existente.

Todos demonstraram interesse sobre a temática apresentada, referindo a importância da existência de uma norma de procedimento que seja orientadora da prática das intervenções de enfermagem ao doente vítima de trauma, assim como o instrumento de registo, visto potenciar a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente.

A uniformização, orientação e registo da prática dos cuidados ao doente vítima de trauma, visa aumentar sua acessibilidade ao tratamento adequado, diminuindo a mortalidade e morbilidade, numa visão de cuidados integrados, eficientes e de qualidade (DGS, 2022).

De forma a reforçar a importância da temática desenvolvida e com vista a salientar os pontos onde este estudo se deverá centrar, foi utilizada uma ferramenta de gestão, a análise SWOT (*Strenghts, Weaknesses, Oportunities, Threats*). Segundo Ruivo et al., (2010), “a análise SWOT é uma das técnicas mais utilizada na investigação social, quer na elaboração de diagnósticos, quer em análise organizacional” (p.14). Este instrumento de avaliação permite identificar as forças (*Strenghts*), oportunidades (*Oportunities*), fraquezas (*Weaknesses*) e ameaças (*Threats*), onde se confrontam fatores positivos com fatores negativos reconhecidos da temática (Ruivo et al., 2010).

A análise SWOT (quadro 1) tem em consideração aspetos do tema escolhido, para ter noção onde se deve aprofundar a pesquisa. Com a sua realização, constatou-se que, os fatores positivos superaram os negativos, traduzindo segurança para avançar o PIP com a temática do trauma.

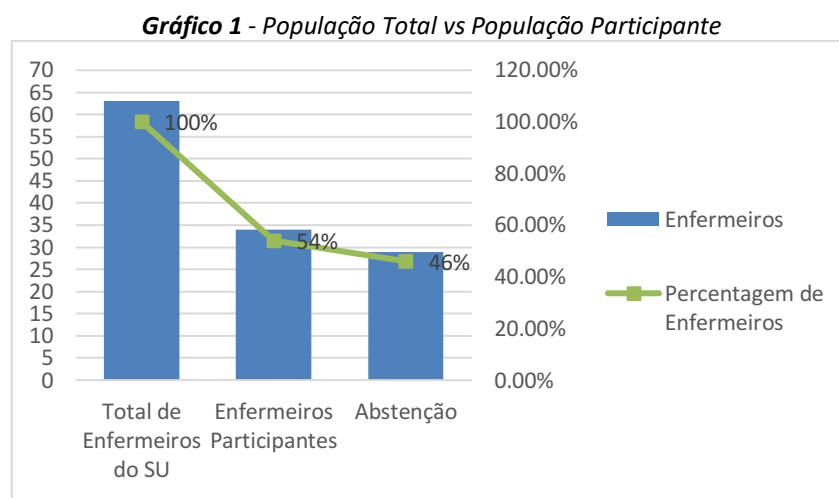
Quadro 1 - Análise SWOT

FATORES POSITIVOS	STRENGTHS/FORÇA (Internos)	WEAKNESS/FRAQUEZAS (Internos)	FATORES NEGATIVOS
	• Aprovação e apoio do Enfermeiro Gestor, da Enfermeira orientadora e da professora orientadora; • Condições físicas, estruturais e de equipamentos; • Equipa de enfermagem jovem, dinâmica, com interesses na aquisição e consolidação contínua de conhecimentos; • Área de interesse pessoal; • Inexistência de normas de atuação; • Inexistência de sistematização de registos e <i>Cheklis</i> de avaliação da vítima de trauma; • Ausência de custos associados; • Temática pertinente para o SU tendo em conta a segurança do doente e qualidade dos que lhe são prestados, prevenindo morbilidade e mortalidade.	• Elevada rotatividade dos elementos da equipa de enfermagem; • Elevadas taxas de ocupação de doentes; • Recursos humanos insuficientes, com sobrecarga de trabalho; • Risco de desmotivação da equipa de enfermagem pela fadiga devido a sobrecarga; • Estrutura física do SU; • Risco de resistência à mudança por parte de alguns elementos da equipa; • Registos específicos para trauma inexistentes no SClínico.	
	OPORTUNITIES/OPORTUNIDADES (Externos)	THREATS/AMEAÇAS (Externos)	
	• Aquisição, atualização e/ou consolidação de conhecimentos sobre a temática; • Desenvolver uma uniformização sistematizada de procedimentos e registos de enfermagem; • Interesse em melhoria contínua de cuidados; • Promover a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC; • Temática que inclui as competências de avaliação da PSC, pelo EEEMC; • Colaborar na contribuição da diminuição de morbilidade e mortalidade da PSC; • Existência de recomendações da OM e norma da DGS.	• Recursos humanos insuficientes; • Fadiga por excesso de carga horária; • Baixa adesão da equipa de enfermagem; • Tempo reduzido para realização e implementação do projeto.	

Fonte: Elaboração própria.

No decurso do EF foi aplicado à equipa um questionário para caracterização sociodemográfica, profissional e académica dos profissionais que compõem a equipa do SU, e

para validação da pertinência do tema do projeto a realizar junto dos mesmos (apêndice IV). O questionário foi aplicado durante o mês de dezembro, disponibilizado em formato de papel numa pasta na sala de pausa dos enfermeiros, juntamente com o esclarecimento e consentimento informado, livre e esclarecido. Num total de 63 enfermeiros (100%), foram obtidas o total de 34 respostas (54%), tendo havido 29 enfermeiros (46%) que se abstiveram de responder, tal como demonstra o gráfico 1.

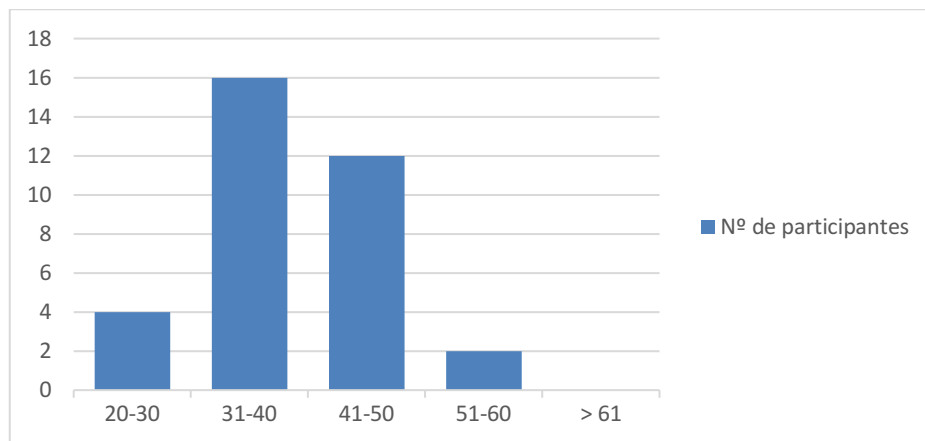


Fonte: Elaboração Própria

Já com a constituição da amostra, num total de 34 enfermeiros, procedeu-se à caracterização sociodemográfica, profissional e académica dos profissionais.

No que diz respeito à faixa etária, 4 participantes apresentam idades entre 20 a 30 anos, representando 11,76%, 16 encontram-se entre os 31 a 40 anos, sendo a faixa etária com maior percentagem, com 47,06%, 12 entre 41 a 50 anos, com 35,30%, com menor percentagem apresenta-se a faixa etária entre os 51 a 60 anos, com 5,88%, não existindo participantes com mais de 61 anos de idade. A média de idades apresentada foi de 39,12 anos. O gráfico 2, representa as faixas etárias dos participantes.

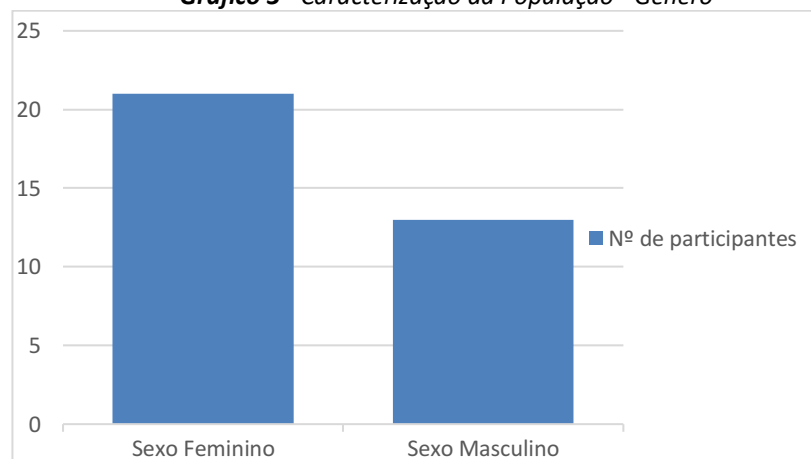
Gráfico 2 - Caracterização da População - Faixa Etária



Fonte: Elaboração Própria

Relativamente ao género, temos uma percentagem maior de participantes do sexo feminino, com 61,76% (n=21) e 38,24% (n=13) do sexo masculino.

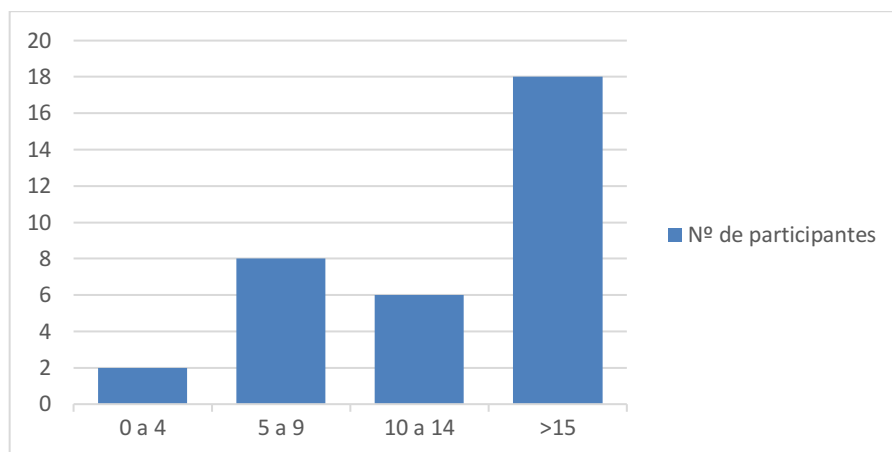
Gráfico 3 - Caracterização da População - Género



Fonte: Elaboração Própria

No que diz respeito aos anos de experiência em enfermagem, a percentagem maior corresponde a mais de 15 anos de serviço, com 52,94% (n=18), seguida dos 5 a 9 anos de serviço com 23,54% (n=8), seguido de 10 a 14 anos com 17,65% (n=6) e, com menor percentagem apresenta-se a experiência entre 0 a 4 anos, com 5,88% (n=2). A representação gráfica sobre os anos de experiência dos participantes encontra-se representada no gráfico 3.

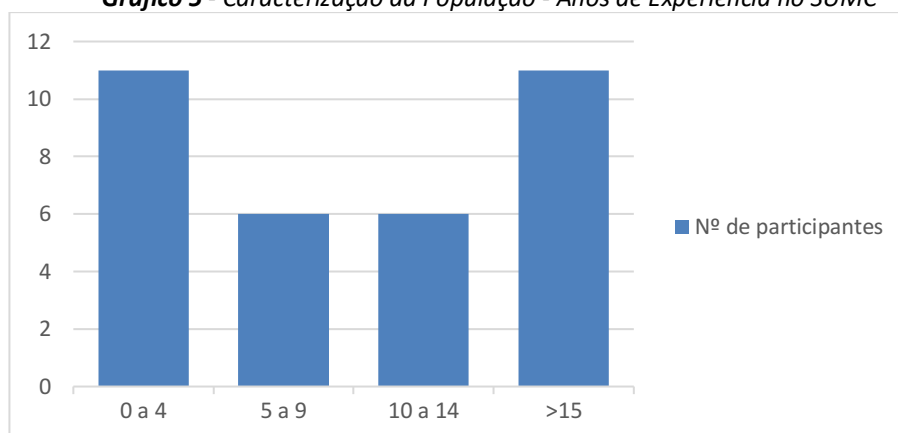
Gráfico 4 - Caracterização da População - Anos de Experiência



Fonte: Elaboração Própria

No que diz respeito aos anos de experiência no SUMC dos participantes (gráfico 4), existe uma percentagem igual no que diz respeito aos 0 a 4 anos e com mais de 15 anos de experiência, com 32,35% (n=11) e igual percentagem também nos 5 a 9 e com 10 a 14 anos de experiência no SUMC, com 17,65% (n= 6).

Gráfico 5 - Caracterização da População - Anos de Experiência no SUMC



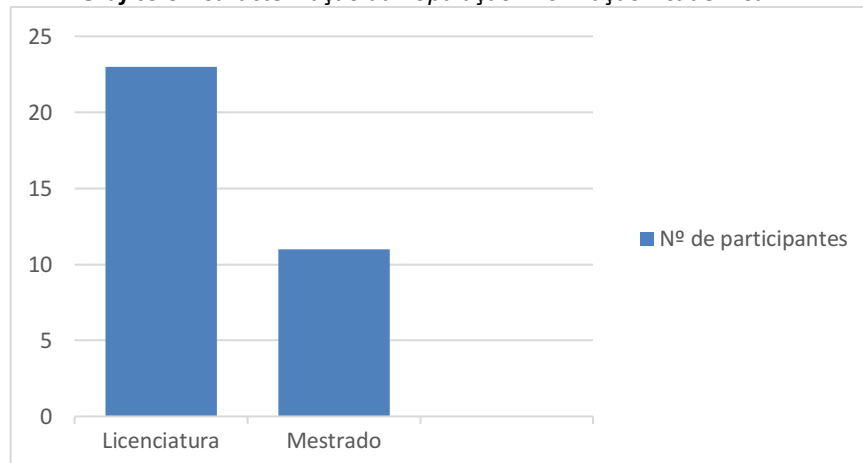
Fonte: Elaboração Própria

Analisando o gráfico anterior e, tendo em conta as informações obtidas, pode-se concluir que, no grupo de participantes existem tantos enfermeiros considerados iniciados, como os considerados peritos.

No que concerne à formação académica (Gráfico 6), todos os participantes responderam ter a licenciatura, ou seja, os 100% (n= 34), 32 % (n=11) possuem mestrado. Dos 11 elementos, 8 têm

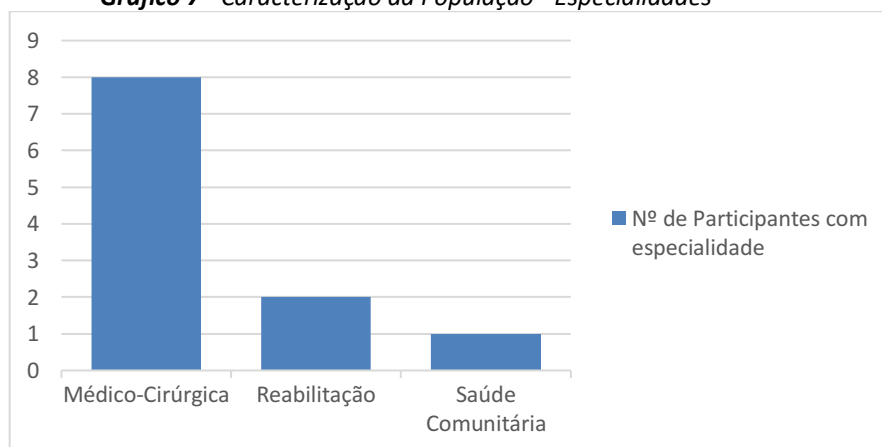
especialidade em EMC (23,53%), 2 em reabilitação (5,88%) e 1 em Saúde Comunitária (2,94%) (gráfico 7).

Gráfico 6 - Caracterização da População - Formação Académica



Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 7 - Caracterização da População - Especialidades



Fonte: Elaboração Própria

Analisando os gráficos anteriores, observa-se que o número de enfermeiros especialistas é muito inferior aos que possuem apenas a licenciatura.

No quadro 2 são apresentadas as questões efetuadas no questionário relativamente à pertinência do tema do PIP, à exceção da primeira, que era uma questão de carácter pessoal, todas as outras houve uma unanimidade nas respostas dos participantes, considerando a importância do desenvolvimento do tema sobre o trauma.

Quadro 2 - Pertinência do tema do PIP

Questão Realizada	Sim	Não
Possui algum curso de trauma?	26,47% (n=9)	73,53% (n=25)
Considera importante a abordagem do trauma através do Projeto de Intervenção Profissional realizado por uma enfermeira a integrar o estágio em EMC na PSC neste SUMC?	100% (n=34)	0% (n=0)
Considera importante a uniformização sistematizada de procedimentos no atendimento à pessoa em situação crítica vítima de trauma?	100% (n=34)	0% (n=0)
Considera importante a uniformização de registos no atendimento à pessoa em situação crítica vítima de trauma?	100% (n=34)	0% (n=0)
Considera importante a realização de uma formação a abordar os assuntos supracitados?	100% (n=34)	0% (n=0)

Fonte: Elaboração Própria

Os participantes, na sua maioria, não apresentam formação específica em trauma, mas, mesmo quem possui, tendo em conta a obtenção de 100% de respostas positivas à importância da temática, consideram pertinente a sua abordagem.

Assim, com os dados recolhidos nesta primeira fase, de diagnóstico da situação, considera-se pertinente a abordagem do trauma e a sistematização de cuidados e registos de enfermagem.

3.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A definição de objetivos é a segunda etapa da MP e indica quais são os resultados que se pretende obter, desde os resultados mais amplos, os objetivos gerais, aos mais particulares, os objetivos específicos. “No processo de definição de objetivos é necessário que os problemas identificados sejam descritos de forma sucinta de modo a delimitar o problema que o projecto visa resolver para que possa ser clara a formulação de objetivos” (Ruivo et al., 2010, p.18).

Na formulação dos objetivos gerais, há que ter em conta os conhecimentos e capacidades que se pretende adquirir, devendo estes ser amplos. Os objetivos específicos, devem ser formulados tendo em conta os conhecimentos e aptidões que se pretende adquirir ao longo do decorrer do processo, devendo ser mais afunilados que o geral. A fim de orientar os esforços e meios necessários para alcançar os objetivos e, evitar problemas no final do processo, na

avaliação, é necessário que a definição dos objetivos seja realizada de uma forma rigorosa e exata (Ruivo et al., 2010).

Assim, tendo em conta o diagnóstico da situação e o supracitado no que diz respeito à formulação dos objetivos, foi formulado o geral e os específicos.

- Como objetivo geral foi definido:
 - Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma, admitida no SUMC.
- Como objetivos específicos foram delineados:
 - Recolher evidência científica sobre a temática;
 - Construir uma proposta de norma de procedimentos de intervenções de enfermagem à pessoa vítima de trauma;
 - Criar uma proposta de instrumento de registo de intervenções de enfermagem à PSC vítima de trauma;
 - Elaborar um póster relacionado com a norma de intervenções de enfermagem à pessoa vítima de trauma;
 - Realizar uma sessão de formação à equipa de enfermagem sobre a temática e divulgar os instrumentos construídos no âmbito do projeto.

Espera-se, ao final dar resposta a todos os objetivos proposto, para isso há que fazer um planeamento e executar de forma eficaz e eficiente o que foi planeado.

3.3. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

O planeamento trata-se da terceira etapa da MP. É a fase em que se faz o esboço do projeto, percebendo qual a necessidade de recursos a utilizar, as limitações do projeto, são definidas atividades a desenvolver, as metodologias e técnicas de pesquisa e desenvolve-se o cronograma (Ruivo et al., 2010). Dentro do cronograma (Apêndice I), devem ser encaixadas as ações planeadas, num período de tempo estabelecido, analisando e readaptando cada objetivo proposto (Silva & Silva, 2018).

Já na execução, coloca-se em prática tudo o que foi realizado anteriormente, sendo de extrema importância para o projeto, já que é nesta fase que há a possibilidade de colocar em prática o que foi planeado (Ruivo et al., 2010).

A fase da execução é considerada a fase mais trabalhosa de todo o processo, mas que se torna também a mais proveitosa e, nesta fase, deve-se ter especial atenção à motivação dos participantes, envolvendo-os no processo de forma ativa, pois só assim se consegue mantê-los motivados e empenhados (Ruivo et al., 2010). É fulcral também perceber se o projeto está de acordo com os objetivos traçados inicialmente (Silva & Silva, 2018).

Tal como o diagnóstico de situação pode ser diretamente relacionado com a Etapa 1 do MMPBE descrito por Larrabee, as fases supracitadas podem ser relacionadas com as etapas 2, 3 e 4 apresentadas por Larrabee no seu MMPBE, visto que é aqui, tal como descrito na etapa 2, que se localizam as melhores evidências através da identificação do tipo e das fontes de onde esta é retirada, são revistos os conceitos, planeada e dirigida a pesquisa, assim como incluídos instrumentos para avaliação dos estudos, orientações da prática e revisões. Também é aqui que, como Larrabee refere na sua etapa 3, são utilizadas ferramentas de análise e a avaliação das evidências, avaliando a sua viabilidade, benefícios e riscos decorrentes para a nova prática. Concomitantemente, na etapa 4 é proposta a mudança da prática clínica, com a identificação de recursos e a criação de estratégias de implementação e avaliação (Larrabee, 2011).

Tendo em conta o supracitado e, para alcançar os objetivos propostos, tanto do projeto, como do EF foi, primeiramente, realizado um Projeto de Estágio onde foram delineados objetivos e atividades a desenvolver, com vista à aquisição, desenvolvimento e consolidação, tanto das competências de mestre, como das comuns e específicas do EE na área de especialização em EMC – PSC. Após o Projeto de Estágio foi elaborada a proposta do PIP a desenvolver no SUMC onde decorreu o EF.

Foi pedido parecer sobre a realização desta PIP ao Concelho de Administração da UH onde o EF foi realizado (Apêndice II), havendo resposta positiva do mesmo (Anexo I).

Tendo em conta os objetivos delineados para a realização do PIP, foram traçadas estratégias e atividades para cada um, de forma a atingi-los, que se encontram seguidamente descritas.

Objetivo 1: Recolher evidência científica sobre a temática:

- Atividades e estratégias: Pesquisa bibliográfica sobre a temática, em bases de dados científicas; Realização de uma Revisão *Scoping*.
- Recursos humanos: Enfermeira orientadora e Professora orientadora.
- Recursos materiais: Computador, internet e bases de dados científicas.
- Avaliação: Realização de toda a pesquisa bibliográfica necessária, sobre a temática de forma a fundamentar a evolução do PIP e elaboração da Revisão *Scoping*.

A utilização de pesquisas com o intuito de melhorar a prática clínica, juntamente com processos específicos possibilitam a transformação do conhecimento em prática, contribuindo para a mudança da prática (Larrabee, 2011). A revisão *scoping* [SR] é um instrumento essencial da Enfermagem baseada em evidência, que, em conjunto com a experiência profissional e o valor conferido à centralidade da pessoa no que diz respeito às suas preferências e valores, permite sustentar uma PBE (Amendoeira, 2022).

Assim, foi elaborada uma SR com o objetivo de identificar os fatores que influenciam os cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma no SU (Resumo SR - Apêndice III).

De forma a operacionalizar a pesquisa da temática em estudo foi formulada a questão de investigação: Em pessoas vítimas de trauma admitidas no Serviço de Urgência/Emergência, quais os fatores que influenciam os cuidados de enfermagem?

De acordo com os descritores em Ciências da Saúde DeCS e MeSH com as palavras-chave: *Trauma, Nursing Care e Emergency Service*, tendo sido estabelecidos critérios de inclusão (Artigos com texto integral; Artigos analisados por pares; Artigos publicados nos últimos 5 anos; Assunto: Trauma) e de exclusão (Artigos que no título não dessem resposta ao objetivo; Artigos que no título sejam específicos a abordagem: idosos, crianças, grávidas) dos artigos com vista a selecionar os mais pertinentes para o estudo em causa.

O levantamento bibliográfico decorreu entre novembro de 2023 e janeiro de 2024 nos motores de busca EBSCO e PUBMED, com os descritores inglês, acompanhados com o caracter boleano “and”.

Da estratégia de pesquisa adotada, foram eliminados 43 artigos pelo título, 9 por se encontrarem repetidos em ambas as pesquisas e 11 pelo tipo de estudo presente.

Depois de realizar a pesquisa, aplicando os critérios de exclusão, foram então identificados 11 artigos considerados pertinentes para a problemática em estudo.

Percebe-se que um bom trabalho em equipa, em que haja uma boa comunicação, em que exista uma liderança capaz de delinear funções de cada elemento, é de extrema importância para que seja possível prestar cuidados de emergência ao trauma de uma forma eficaz e com excelência.

Através da análise e interpretação dos estudos, podemos referir que a experiência dos enfermeiros, a sua formação, seja de forma contínua, ou específica, como é o caso de mestrados e especialidades, também se torna fulcral para que haja uma prestação de cuidados eficaz e correta a vítimas de trauma. No que diz respeito à experiência, é notório que, quanto mais contato

os profissionais de saúde tiverem com situações de trauma, maior a sua capacidade de lidar com elas e, conseqüentemente melhores serão os resultados, influenciando na mortalidade e morbidade, diminuindo-a, deixando a equipa e o doente satisfeitos.

A avaliação adequada da vítima é sem dúvida de extrema importância, não se devendo negligenciar nenhum ponto, visto que ajuda na priorização de cuidados, como foi evidenciado e, o seu descuido pode levar à deterioração do doente, podendo aumentar o tempo de cura do doente ou mesmo a sua morte. É importante também que a vítima que está a ser tratada não deve ser descurada enquanto pessoa, tendo sempre em conta o seu bem-estar, atendendo à sua dor e conforto, o que fará com que o doente colabore de forma eficaz na prestação de cuidados.

A rotatividade e falta de enfermeiros também foi considerado como um dos problemas que se levantam à prestação dos cuidados, fazendo com que certos hospitais optassem pela integração na equipa de um enfermeiro de resposta ao trauma, com mais experiência na área, que pudesse ajudar os colegas e que, favorecesse uma boa prestação de cuidados com eficiência e qualidade, tendo sido, segundo a evidência, uma escolha positiva.

A existência de feedback é outro item em que a sua existência pode influenciar os cuidados ao trauma, pois, através deste, a equipa pode melhorar o seu desempenho.

As carências económicas também podem ser percebidas como dificultadores da prestação de cuidados, visto haver hospitais que não têm os meios adequados, e outros que, só cuidam dos doentes, quando estes possuem seguros, colocando em risco a vida o doente de trauma, que, regra geral é bastante dispendioso.

Através do que foi evidenciado, e como já foi referido, uma das coisas mais importantes que influencia a prestação de cuidados ao trauma é a formação, pois, a falta desta pode levar aos maus cuidados, com conseqüências futuras negativas para a vítima de trauma. A formação deverá ser direccionada para as lacunas existentes e apercebidas ao longo do tempo, tanto pela equipa como pelos elementos externos e, através desta, os profissionais de saúde podem aprender, treinar, tornando-se mais experientes, de forma a não descurarem absolutamente nada na observação, avaliação, tratamento e encaminhamento da vítima de trauma, prestando assim cuidados o mais eficientes e adequados possível, tendo sempre em conta a vítima e a sua recuperação.

Objetivo 2: Construir uma proposta de norma de procedimentos de intervenções de enfermagem à pessoa vítima de trauma;

Objetivo 3: Criar uma proposta de instrumento de registo de intervenções de enfermagem à PSC vítima de trauma;

Objetivo 4: Elaborar um póster relacionado com a norma de procedimentos de intervenções de enfermagem à pessoa vítima de trauma.

- Atividades e estratégias: Reuniões com a enfermeira orientadora, enfermeiro gestor do SU e professora orientadora.
- Recursos humanos: Enfermeira orientadora, enfermeiro gestor do SU e Professora orientadora.
- Recursos materiais: Computador, internet e bibliografia diversa.
- Avaliação: Apresentação final da proposta da norma de procedimentos de intervenções de enfermagem e do instrumento de registo; Fixação do Póster na SE do SUMC

Os objetivos específicos 2, 3 e 4 encontram-se apresentados em conjunto visto as atividades e estratégias planeadas terem sido realizadas em paralelo.

Foi então construída uma norma de procedimentos de intervenções de enfermagem (Apêndice VII), baseada em evidência científica recolhida através de fontes bibliográficas, onde se encontram sistematizada avaliação da PSC vítima de trauma, para uma orientação da equipa de enfermagem e, possibilitando uma uniformização da prestação de cuidados. Foi também integrado nesta norma, um instrumento de registo em trauma, em forma de *Checklist* (Apêndice VIII), de forma a evitar a perda de informação, facilitando a transmissão de informação. A sua criação pretende contribuir para a melhoria dos cuidados e segurança da PSC vítima de trauma e colmatando a necessidade sentida no serviço no âmbito desta temática.

A realização e fixação de um póster na SE (Apêndice VI) permite que haja uma visualização rápida dos elementos básicos de avaliação da PSC vítima de trauma, sendo uma mais-valia no momento da avaliação do doente em SE.

Objetivo 5: Realizar uma sessão de formação à equipa de enfermagem sobre a temática e divulgar os instrumentos construídos no âmbito do projeto:

- Atividades e estratégias: Reuniões com a enfermeira orientadora, enfermeiro gestor do SU e professora orientadora; Planeamento da ação de formação; Elaboração da apresentação da sessão através de *Powerpoint®*; Agendamento da sessão; Divulgação da calendarização da sessão; Apresentação da sessão à equipa de

enfermagem, de forma presencial e via *Teams*®; Elaboração de um questionário de avaliação da sessão formativa.

- Recursos humanos: Enfermeira orientadora, enfermeiro gestor do SU, Professora orientadora e enfermeiros do SU.
- Recursos materiais: Computador, projetor, internet, bibliografia diversa e sala de conferência.
- Avaliação: Realização da ação de formação e aplicação do questionário de avaliação da sessão de formação.

O objetivo 5, que se prendeu com a ação de formação a realizar (Apêndice IX e X), no âmbito do EF, em que, a pedido e concordância da enfermeira orientadora, gestor e professora orientadora, foi realizada uma abordagem ao trauma, visto que existem na equipa enfermeiros recém-chegados e que, segundo eles, era de extrema importância esta abordagem de forma a sensibilizar os recém-integrados na equipa sobre esta temática. Foi também apresentada a proposta de registo para vítima de trauma em situação crítica, tendo sido referido que, se este instrumento fosse aprovado pela equipa, faria parte da norma de procedimentos de intervenções de enfermagem perante a PSC vítima de trauma, sendo este instrumento de registo também uma ajuda para que nada falhasse na avaliação do doente, pois possui os itens de abordagem inicial e secundária da vítima.

Esta ação de formação decorreu na sala de conferências da UH onde decorreu o EF, tendo sido realizada de forma presencial e transmitida online através da plataforma *Teams*®, tendo de suporte o *Microsoft PowerPoint*® para a sua divulgação.

Esta elaboração, teve como objetivo o ir ao encontro da excelência dos cuidados, tendo sido baseada em evidência científica, servindo para que os enfermeiros adquiram e consolidem conhecimentos, favorecendo a melhoria contínua dos cuidados e do trabalho em equipa (Larrabee, 2011).

3.4. AVALIAÇÃO

A avaliação de um projeto é uma etapa de extrema importância, é um momento onde se questiona o trabalho desenvolvido, em que se percebe que pode haver necessidade de intervenção de forma a melhorar a coerência, eficiência e eficácia dos resultados. Percebe-se nesta fase também se os objetivos propostos inicialmente formam atingidos (Ruivo et al., 2010). A avaliação pode ser permanente e contínua, dando a possibilidade de redefinir objetivos, bem como estratégias (Ruivo et al., 2010).

Esta fase da metodologia vai de encontro à quinta etapa da MMPBE de Larrabee, onde se avalia todo o processo, observa resultados, custos e onde se desenvolve conclusões e recomendações (Larrabee, 2011).

Devem ser utilizados vários instrumentos de avaliação no desenvolver dos projetos, sendo, a escolha destes influenciada por vários fatores, como é o caso dos objetivos propostos, do tipo de informação que se pretende recolher, o momento em que a própria avaliação é realizada, as competências dos participantes, o tempo para essa avaliação, os custos e a forma como irão ser tratados os dados recolhidos (Ruivo et al., 2010).

No que diz respeito ao objetivo 1 (recolher evidência científica sobre a temática), foi realizada uma pesquisa bibliográfica, baseada em evidência científica sobre a temática do PIP e que auxiliou a realização da SR.

Para a realização da revisão, foram feitas pesquisas nos motores de busca, EBSCO e PUBMED, com o objetivo de obter a evidência científica mais atual, sustentando então a sua realização. A SR é um tipo de revisão de literatura para a realização de mapeamento dos conceitos fundamentais e das limitações de uma área de pesquisa (Salvador, 2020).

Para a realização desta SR seguiu-se o modelo do *Joanna Briggs Institute* (JBI). De forma a operacionalizar a pesquisa da temática em estudo foi realizada a identificação do problema, de seguida formulada uma pergunta de investigação, de acordo com a metodologia PCC, a identificação da estratégia de pesquisa, definidos os critérios de inclusão e exclusão, a seleção dos estudos pesquisados, apresentados os resultados, realizada a discussão e por fim a conclusão.

Considera-se então que o primeiro objetivo foi atingido com sucesso.

Relativamente ao objetivo 2 (construir uma proposta de norma de procedimentos de intervenções de enfermagem à pessoa vítima de trauma) e objetivo 3 (criar uma proposta de instrumento de registo de enfermagem à PSC vítima de trauma), foi então elaborada uma norma de procedimentos de intervenções de enfermagem, baseada em evidência científica, onde integra

o documento de registo para PSC vítimas de trauma, tendo sido apresentada ao gestor do SU e, de forma informal, antes da sessão de formação, ao enfermeiro diretor da UH. Neste momento, este documento encontra-se em utilização na sala de emergência do SUMC onde decorreu o EF, com o objetivo de ser testado e validado pelos enfermeiros, verificar se existe alguma lacuna. Até ao momento, segundo a enfermeira orientadora, a qual ficou responsável pela colocação da ferramenta de registo à experiência, ainda não houve necessidade de alterações, e tem havido aprovação positiva dos restantes enfermeiros no que respeita à operacionalidade e utilidade desta ferramenta de registo.

Em relação ao objetivo 4 (elaborar um póster relacionado com a norma de procedimentos de intervenções de enfermagem à pessoa vítima de trauma), foi elaborado, através da pesquisa em evidência científica, um póster de visualização rápida, imprimido em tamanho A2 (420x594 mm) e colocado na SE do SUMC que, juntamente com a ferramenta de registo, ajuda a não haver falhas na abordagem à PSC vítima de trauma. Dito isto, considera-se este objetivo alcançado com sucesso.

Ao longo de toda a pesquisa bibliográfica, foi notório que a formação e o treino dos profissionais apresentam grandes benefícios para a prática de cuidados e para a sua melhoria contínua. As formações devem ser sempre baseadas em evidência científica, o que vai de encontro ao MMPBE de Larrabee.

Assim, no que diz respeito ao objetivo 5 (realizar uma sessão de formação à equipa de enfermagem sobre a temática e divulgar os instrumentos construídos no âmbito do projeto), a ação de formação decorreu perto do término do EF, na sala de conferências da UH. A sua divulgação foi feita com a colocação de um folheto informativo na sala de pausa dos enfermeiros do SUMC onde o EF decorreu e via *WhatsApp* através do grupo do serviço e, mais perto da data da formação, disponibilizado *link* via email para participação via *online*, o que possibilita o aumento de adesão dos participantes.

Durante o decorrer da ação, presencialmente encontravam-se 7 enfermeiros e *online*, 24 enfermeiros, o que totalizou 31 enfermeiros a assistir à formação, sendo um total de 49% dos profissionais, sendo, segundo informação obtida, a média dos formandos neste tipo de ação, o que significa que, o facto de esta ser realizado por uma enfermeira em contexto de estágio de EEMC não influenciou a adesão, sendo esta positiva.

No final da sessão, foi solicitado aos formandos o preenchimento de um questionário, através da plataforma Google Forms® para avaliar a sua satisfação (Apêndice XI). Dos 31 formandos, apenas 14 responderam ao questionário, verificando-se uma satisfação geral, como é possível observar no quadro seguinte.

Quadro 3 - Avaliação da sessão de formação

Níveis de Avaliação	Insatisfeito	Satisfeito	Bom	Muito Bom	Excelente
I. Conteúdos programáticos					
1. Conteúdos da ação				40%	60%
2. Estrutura dos conteúdos				40%	60%
3. Interesse/utilidade dos conteúdos					100%
4. Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados					100%
5. Equilíbrio entre a exposição teórica e a prática					100%
6. Duração da ação de formação					100%
II. Avaliação da formadora					
1. Domínio dos conteúdos				40%	60%
2. Clareza da linguagem				40%	60%
3. Esclarecimento de dúvidas					100%
4. Capacidade de motivação					100%
5. Relacionamento com os formandos					100%
6. Adequação do método pedagógico					100%
7. Cumprimento de horário					100%
III. Avaliação global da ação de formação					
1. Concretização dos objetivos propostos					100%
2. Permitiu-lhe a aquisição de novos conhecimentos?				100%	
3. As matérias foram adequadas ao seu nível de conhecimento?					100%
4. Recomendaria esta ação de formação aos seus colegas?					100%
5. A ação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho profissional?					100%

Tendo em conta a reação geral dos formandos durante a ação formativa no que diz respeito à sua pertinência e, as respostas obtidas nos questionários, pode considerar-se que este objetivo foi alcançado com sucesso.

3.6. DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

A divulgação dos resultados trata-se da última etapa da MP, sendo esta também de elevada importância, visto que, se dá a conhecer a pertinência do projeto, o caminho percorrido durante a sua realização e resolução do problema identificado e os resultados que foram obtidos (Ruivo et al., 2010). Na área da saúde, a implementação desta metodologia para a resolução de problemas e necessidades, adota um papel elementar, para que haja aumento dos conhecimentos científicos dos profissionais, melhorando a sua capacidade de prestação de cuidados de saúde, baseada em evidência (Ruivo et al., 2010).

A divulgação dos resultados deve ser indispensavelmente planeada, de forma a informar a população que integra, devendo ser adaptada às particularidades da população a que se destina (Ruivo et al., 2010). Uma das formas de divulgação de resultados é através da realização de um relatório do projeto, sendo este, um trabalho escrito onde se explica todo o processo decorrido para a sua realização (Ruivo et al., 2010).

A realização do PIP, a sua divulgação junto da equipa do SUMC e a elaboração deste relatório, assim como a sua futura discussão pública, possibilitará apresentar o que foi realizado, e os seus resultados. Através deste relatório consegue-se a divulgação de conhecimentos e dos resultados obtidos.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A enfermagem tem registado, ao longo dos anos uma evolução, quer no que diz respeito à formação de base, como à complexidade e dignidade do seu exercício profissional, que faz com que seja impreterível reconhecer o elevado valor do papel do enfermeiro no campo de ação da comunidade científica de saúde e, também, no que diz respeito à qualidade e eficácia na prestação de cuidados de saúde (MS, 1996).

O exercício da profissão de Enfermagem presume uma relação interpessoal entre o enfermeiro e outra pessoa ou um grupo de pessoas, possuindo ambos valores, crenças e vontades individuais. A enfermagem experimenta uma mudança interativa e contínua entre a pessoa e o meio, sendo esta influenciada pelos saberes do enfermeiro e a sua utilização no processo de cuidar (OE, 2015c).

“A enfermagem relaciona competência, exercício profissional e contexto” (Serrano et al., 2011, p.15). Os enfermeiros são promotores do processo de mudança e os contextos em que trabalham, são um imperativo ao desenvolvimento das suas competências (Serrano et al., 2011).

A Ordem dos Enfermeiros, através do referido regulamento, define competências comuns dos enfermeiros especialistas, como sendo as que são partilhadas por todos, “independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019a, p.4745).

A formação e a experiência aparecem como uma ajuda no processo de aquisição e desenvolvimento de competências. A formação surge, também como resposta às mudanças existentes. Para que se adquira aprendizagem através da experiência, torna-se fulcral que esta interação faça sentido e que haja intenção por parte dos intervenientes em aprender através da experiência, aumentando assim as suas competências. É essencial utilizar a intuição e a inteligência prática, sempre baseada em conhecimentos científicos consistentes, com competência profissional (Serrano et al., 2011).

Nos dias de hoje, os cuidados de saúde e, concludentemente, os cuidados de enfermagem, assumem, de uma forma cada vez mais acentuada, uma relevância e exigência técnica e científica, havendo a necessidade de uma maior diferenciação e especialização no seio dos profissionais de saúde (OE, 2019).

Assim, e com o intuito de dar resposta ao supracitado, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovou a atribuição de título de enfermeiro especialista a várias especialidades, sendo uma delas, a de EMC, referindo que, 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” (OE, 2019a, p. 4744), e, estes profissionais devem partilhar um conjunto de competências comuns, “aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (OE, 2019a, p. 4744).

A atribuição do título de enfermeiro especialista prevê que, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, apresentem também um conjunto de competências comuns, extensíveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (OE, 2019a).

A OE (2019a) descreve então competência, como sendo um conjunto de “conhecimentos, habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho” (p.4745).

Benner (2001) refere que, na aquisição e desenvolvimento de competências, o indivíduo se depara com níveis distintos:

- Iniciado: sem experiência nas situações que lhes são apresentadas, corresponde ao profissional recém-formado ou a um profissional que mudou de serviço;
- Iniciado avançado: o profissional já passou por determinado número de experiências que lhe permitem perceber que existem aspetos que se reproduzem em situações concretas;
- Competente: um profissional que trabalha há 2 ou 3 anos no mesmo local, o que lhe permite realizar observações conscientes, abstratas e analíticas das situações;
- Proficiente: o profissional toma consciência das situações como um todo, tendo mais facilidade na tomada de decisão, pois torna-se capaz de identificar aspetos realmente significativos;
- Perito: o profissional já não se apoia em regras, indicações ou máximas. Atua com convicção em cada situação, baseado na sua experiência, com compreensão da situação de uma forma global.

Como futuros Mestres e EE, encontramos-nos na fase de iniciados na aquisição e desenvolvimento de competências, visto que, os locais onde foram realizados os estágios foram serviços novos, onde não havia experiência.

No que diz respeito ao grau de mestre, este deve “assegurar conhecimentos altamente especializados, alguns dos quais se devem encontrar na vanguarda do conhecimento na área de enfermagem, que sustentam a capacidade de reflexão, resolução de problemas em matéria de investigação e ou inovação” (Regulamento n.º 705/2021, p.124).

O titular do mestrado deve ter a capacidade de gerir e modificar contextos de estudo ou de trabalho complexos, inesperados e que carecem de novas abordagens estratégicas, devendo também colaborar na aquisição de conhecimentos e nas práticas profissionais, podendo rever o desempenho estratégico de equipas (Regulamento n.º 705/2021).

O atual Mestrado em Enfermagem, com especialização em EMC – PSC, para além das competências de Mestre, pressupõe também a aquisição das competências comuns e específicas do EE. Estas competências encontram-se regulamentadas no Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro (OE, 2019a), Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho (OE, 2018) e no disposto no Art.º 15 do Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto.

Este capítulo será composto por uma análise reflexiva da prática e do processo de aquisição e desenvolvimento de competências durante os estágios realizados no percurso do Mestrado em Enfermagem com EEMC – PSC no que diz respeito às competências comuns do enfermeiro especialista, do mestre em enfermagem e competências específicas do EEEMC.

Segundo Netto et al. (2018), a “prática reflexiva pode ser vista como um método específico de trabalho, cujo objetivo é permitir que o profissional possa produzir conhecimentos com base na sua prática profissional” (p.2).

Já Peixoto & Peixoto (2016), referem que a prática reflexiva tem potenciado a análise e discussão de questões que dizem respeito à prática e educação profissional dos enfermeiros, assumindo-se como imprescindível na formação de estudantes e profissionais de enfermagem. Diz respeito às atividades, intelectuais e afetivas, em que os profissionais se envolvem para analisar as suas experiências, de forma a concretizar uma nova compreensão.

Através do processo de reflexão, o profissional pode compreender e criticar os conhecimentos tácitos que foram adquiridos através das experiências da prática especializada, podendo conferir novos significados a certas situações que esta permitiu vivenciar (Netto et al, 2018; Peixoto & Peixoto, 2016).

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista encontram-se regulamentadas no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, (OE, 2019a).

Como já foi referido, o enfermeiro especialista apresenta competência científica, técnica e humana na sua prestação de cuidados de forma especializada, na sua área de intervenção (OE, 2019a). O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE], refere que o enfermeiro especialista é aquele que possui um curso de especialista em enfermagem ou estudos superiores especializados em enfermagem, “a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 1996, p.2960).

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, descritas no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, incluem as dimensões da “educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE, 2019a, p.4744), devendo ser comuns a todos os EE.

No Artigo 4.º do Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a), estão dispostos os Domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista, sendo eles:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
- b) Melhoria contínua da qualidade (B);
- c) Gestão dos cuidados (C);
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

A – Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

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

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

Competências de Mestre em Enfermagem:

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;

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Os Cuidados de enfermagem são definidos no REPE como sendo “intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (OE, 1996, p.2960).

O exercício da profissão de enfermagem é regulamentado pela OE através do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril, constituindo o já referido REPE. Este, refere, no seu artigo 8.º, descreve que, “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 1996, p.2961).

Os enfermeiros devem reger a sua profissão tendo em conta também o Código Deontológico, que se encontra inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Neste é referido que, o enfermeiro deve exercer a sua “profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015a, p. 8078), tendo sempre em conta a legislação do exercício da profissão, contribuindo para a dignificação desta (OE, 2015a).

Através dos cuidados de enfermagem, existe uma interação entre enfermeiro e o utente, a família, grupos e comunidade, estabelecendo com uma relação de ajuda, tendo sempre por base uma metodologia científica (OE, 1996).

Ao longo dos dois estágios realizados, a prestação de cuidados de enfermagem foi desenvolvida com base no respeito pela dignidade e direitos da pessoa cuidada, tendo em conta os princípios gerais da Deontologia Profissional, definidos no artigo n.º 99 que referem que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015a, p. 8078), assim, foi sempre respeitado o princípio da igualdade, da liberdade responsável, da verdade e justiça, do altruísmo e solidariedade, exercendo os cuidados com competência e aperfeiçoamento profissional.

Durante a realização dos estágios, nunca foi descurada a responsabilidade inerente ao papel de enfermeira assumido perante a sociedade, houve sempre, perante o doente, respeito por ele

e pelos seus, assim como a procura da excelência do exercício e na relação com os outros profissionais (OE, 2015a).

A ética no exercício da profissão de enfermagem diz respeito à capacidade de reflexão dos enfermeiros acerca da sua forma de agir. Assim, pode dizer-se que a ética resulta da reflexão da práxis de enfermagem, tendo em conta as situações que mais inquietam os enfermeiros e os fazem interrogar o porquê quando se encontram na sua prestação de cuidados (Nunes, 2016).

A unidade curricular Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, integrada no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem contribuiu, em primeira instância, para a aquisição das competências supracitadas, oferecendo conhecimentos sobre estas questões, abordando e relembrando a documentação existente em Portugal, fomentando a capacidade crítica, no que diz respeito a este tema, sendo possível depois, colocar em prática, nas tomadas de decisão, no decorrer dos estágios.

De forma a adquirir e desenvolver as competências supracitadas, tornou-se fundamental uma nova leitura dos documentos do foro ético e deontológico, que regulam a profissão de Enfermagem e de outros documentos relativos à proteção dos direitos humanos, assim como, consultar normas deontológicas específicas e protocolos institucionais, visto que, questões relacionadas com esta temática surgem de forma quotidiana.

No que diz respeito à UCIP, a gestão e a tomada de decisão eram realizadas num ambiente controlado, com tempo, possibilitando a discussão em equipa sobre as questões éticas, legais e deontológicas, conseguindo-se decidir de uma forma mais consciente e atempada. O facto da maioria dos doentes, nesta unidade, se encontrarem inconscientes e ventilados, não facilita as tomadas de decisões, sendo a família, a maioria das vezes, a intermediária, para que as estas fossem realizadas da forma mais consciente, correta e em prol do bem-estar e dos desejos do doente, família/cuidador. Uma das situações frequentemente abordada, foi a doação de órgãos, muito frequente naquele serviço, havendo a oportunidade de seguir os processos e dar opinião, através de reuniões com a equipa multidisciplinar sobre o melhor a decidir.

Em qualquer das tomadas de decisão, tendo sido em casos de doação de órgão, como em outras situações, houve sempre a preocupação do agir ético, tendo em conta a dignidade humana, promovendo o bem-estar e qualidade de vida do doente.

Já no SUMC, estas questões surgiram de uma forma menos controlada, com o tempo, ou melhor, a falta dele, como inimigo, em que a afluência de situações emergentes, fizeram com que as tomadas de decisão no que diz respeito a estes domínios necessitassem ser mais rápidas e

assertivas, com a ponderação do que implicam essas decisões, de forma a atingir uma prática de cuidados de excelência, sempre tendo em conta a vida humana a ser cuidada.

Os doentes que necessitam de cuidados no SUMC são muitos distintos, desde doentes em fase terminal, mas que agudizam, como aqueles que agudizam com ou sem patologia conhecida e, em todas as situações, os profissionais têm de tomar decisões sobre os seus cuidados e, foi notório que, toda a equipa se preocupava com as questões aqui abordadas. É importante salientar que, principalmente em SE, as intervenções de enfermagem se encontram muito direcionadas à estabilização do doente, e, a maioria das vezes, a inexistência de informação personalizada, torna difícil uma tomada de decisão tendo em vista a vontade da pessoa que ali se encontra.

Para além do descrito, na maior parte das vezes não é possível ter um consentimento livre e esclarecido por parte do doente, assim como também não se sabe se existe, por exemplo um testamento vital, podendo levantar questões éticas e legais no futuro. É importante, quando possível, integrar a família/cuidador neste processo, através da obtenção de informação junto destes sobre o doente, os seus desejos e crenças, o que foi frequentemente realizado.

“A condição humana é marcada pela fragilidade, finitude, vulnerabilidade que (nos) coloca em necessidade, reclamando solicitude e equidade. E se a dignidade humana requer reconhecimento, respeitá-la significa promover a capacidade para pensar, decidir e agir” (Nunes, 2016, p.12). O respeito pela privacidade, vulnerabilidade, direitos e dignidade do doente são constantemente colocados em causa, visto que os doentes se encontram no corredor, onde passa todo o tipo de pessoas, ou distribuídos por locais onde seja possível alocar macas, sem o mínimo de privacidade, pelo que, o enfermeiro tem de ser criativo em procurar estratégias para conseguir prestar cuidados da forma mais digna e privada possível, levando os doentes para salas que estejam livres e realizando uma supervisão constante.

Neste SUMC existem cortinas somente na sala de tratamento, SE e SO, mas, apenas no SO se consegue uma privacidade mais realista, pois nas outras duas, há um movimento muito grande de profissionais e doentes (no caso da sala de tratamento), em que a presença de cortinados se torna ineficiente para manter a privacidade e dignidade do doente aquando da prestação de cuidados, principalmente quando estes pressupõem a exposição do doente, o que faz que, aquando da exposição do doente, exista uma preocupação constante em manter os cortinados fechado e sem visibilidade para a restante sala.

O facto dos doentes que recorrem a este SU serem, na sua maioria idosos, na sua maioria confusos, não colaboradores, também faz com que os enfermeiros tenham uma preocupação persistente com a temática aqui abordada, visto que, em termos de privacidade e dignidade,

pressupõe uma maior disponibilidade de tempo junto da pessoa por parte do profissional e, nas tomadas de decisão há que recorrer, na maioria das vezes a familiares/responsáveis para obter informações fidedignas.

No que diz respeito ao sigilo profissional, o facto de não existir gabinetes adequados para realizar colheitas de dados e discussões das equipas multidisciplinares sobre o estado do doente e as tomadas de decisão perante este, faz com que se torne uma grande preocupação por parte das equipas, e que estas se tenham que reinventar, da forma mais adequada possível, para que o sigilo seja cumprido e, as pessoas externas não ouçam nem se apercebam do que se passa.

“O segredo profissional tem por finalidade respeitar e proteger o direito das pessoas à reserva da intimidade da vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais, bem como garantir a confiança dos cidadãos nos profissionais de saúde” (OE, 2017a, p.12770). Assim, “o enfermeiro encontra -se obrigado a guardar segredo profissional sobre toda a informação de que tenha tido conhecimento no exercício da profissão, em respeito pelo disposto no Código Deontológico” (OE, 2011, p. 11112), independentemente da fonte dessa informação.

Os familiares tornam-se outra preocupação dentro do seio dos enfermeiros deste SU, há uma procura constante da família sobre informação e resolução de problemas, à qual, é difícil dar resposta, tanto pela parte do sigilo profissional, em que há informações que têm de ser os profissionais da parte médica a fornecer, o que muitas vezes a família não entende, como pela falta de tempo devido à lotação excessiva de doentes.

É compreensível o descrito anteriormente, visto que, a doença e o internamento de um ente querido podem colocar em “risco o equilíbrio da unidade familiar, podendo mesmo constituir um momento de crise. Ao enfermeiro cabe diagnosticar as necessidades da família e minimizar o impacto da rutura desencadeada pelo internamento, quer no doente, quer na família” (OE, 2008, p.2). Assim, “o direito da família à informação sobre a situação de um doente justifica-se para que possa agir no interesse deste, sem prejuízo da confidencialidade. Salienta-se que enfermeiro só fornece informação respeitante aos cuidados de Enfermagem” (OE, 2008, p.2).

Outra situação prende-se com o acompanhamento dos doentes por parte da família que, após a pandemia COVID-19, é solicitado aos familiares que permaneçam na sala de espera exterior, para que não exista aglomerado de pessoas dentro do serviço, o que por vezes levanta questões pertinentes, visto que, segundo a Lei n.º 33/2009, de 14 de julho, que diz respeito ao direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do SNS, “todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada” (Lei n.º 33/2009, p.4467).

Sendo o SU um ambiente menos controlado, “o enfermeiro toma decisões, assentes em fundamentos (sejam eles de natureza clínica, científica, técnica, ética, deontológica, cultural, existencial) e assume responder pelos atos e pelas consequências” (Nunes, 2016, p. 14), já que, seja qual for a área em que o enfermeiro atua “a Deontologia Profissional, os Guias Orientadores de Boas Práticas, as Normas de Orientação Clínica, as *guidelines* e outros instrumentos, desenham os contornos dos limites, ao estabelecerem regras e normas do bem agir” (Nunes, 2016, p.14).

A prestação de cuidados de enfermagem, é baseada em evidências, de forma a melhorar a sua qualidade, o que também comporta aspetos éticos, pois a definição de qualidade agrega os “princípios éticos de valor, beneficência, prudência e justiça e, quando aplicada ao cuidado de saúde, pode inferir que a busca de uma assistência de alta qualidade ou excelente é uma obrigação ética tanto dos enfermeiros como de outros profissionais de saúde” (Larrabee, 2011, p. 15).

Tendo em conta o supracitado e, o desenvolvimento de ambos os estágios em si, consideramos ter atingido as competências aqui descritas.

B – Domínio da melhoria continua da qualidade

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

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

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Competências de Mestre em Enfermagem

2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

5 – Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade.

Continuando a análise e reflexão acerca das competências comuns do enfermeiro especialista, abordamos agora o domínio da melhoria contínua da qualidade.

Numa busca constante da excelência no exercício profissional, é imposto aos enfermeiros que tenham uma atuação coerente com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Ribeiro et al. 2017), sendo uma preocupação tanto a nível dos profissionais, como das instituições onde prestam cuidados.

Na sua prática, os enfermeiros realizam as atividades tendo sempre em consideração a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Qualidade em saúde, segundo WHO (2020), é definida como “a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais” (p.13). Ainda segundo WHO (2020), os cuidados de saúde devem ser seguros, eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no doente, oportunos e equitativos.

A DGS define qualidade de cuidados de saúde como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes” (DGS, 2010, p.1) e há que ter em conta o princípio da qualidade no SNS, o qual “visa a prestação de cuidados de saúde efetivos, seguros e eficientes com base na evidência científica, realizados de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa e à avaliação de impacto” (DGS, 2020, p. 125).

Nos últimos anos, a qualidade dos cuidados tem tido, por parte das entidades da saúde, uma preocupação constante, o que faz com que estas desenvolvam frequentemente políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados.

A OMS desenvolveu em 2020, o Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde, inspirando-se numa sequência de trabalhos já existentes da OMS e de outras entidades, que consiste numa estrutura de apoio à qualidade dos cuidados de saúde, salientando algumas das principais questões a considerar relativas ao tema, constituindo um ponto de partida para as ações que sejam necessárias (WHO, 2020).

Em Portugal, o Departamento da Qualidade na Saúde, apresenta atribuições e competências para promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, com normas e orientações, estando este em contato permanente com as instituições de saúde, promovendo assim a segurança do doente. Têm sido desenvolvidos, nos últimos anos, Planos Nacionais de Estratégias para a melhoria contínua dos cuidados de saúde, que têm sido implementados e avaliados.

A OE, no ano 2012, elaborou o documento Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, com o objetivo “de promover o exercício profissional da enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade” (OE, 2001, p.7). Mais recentemente, é criado o Despacho n.º 1250/2020, de 28 de janeiro de 2020, que define a Criação das Divisões de Planeamento e Melhoria da Qualidade e de Certificação e Avaliação da Qualidade, também ele no sentido da melhoria contínua de cuidados.

Consequentemente, e perante o referido, os enfermeiros, devem reger-se pelas políticas e estratégias em curso, tendo pleno conhecimento dos documentos que as descrevem e, da forma mais atualizada e, para além disso, basear a sua prática na evidência científica mais recente.

A utilização da pesquisa é uma das formas de melhorar a prática clínica, transformando o conhecimento em prática e em mudança da prática com o objetivo de atingir a excelência dos cuidados (Larrabee, 2011).

No decorrer do Mestrado em Enfermagem com EEMC – PSC, foi possível a pesquisa de evidência científica de temas pertinentes enquanto EE, promotores de melhoria da prática, através dos trabalhos realizados na parte teórica.

Durante esse período, foram também realizados os cursos de Suporte Básico de Vida (Anexo II), Suporte Avançado de Vida (Anexo III) e Curso de Trauma - *International Trauma Life Support: [ITLS]* (Anexo IV), os quais foram sem dúvida uma mais-valia para a prestação de cuidados em situações de emergência e trauma, nos dois estágios que se seguiram, no âmbito dos cuidados à PSC. Pode-se considerar que a realização periódica destes cursos, fazem parte integrante da formação contínua e aquisição/atualização de conhecimentos, o que favorece a prática clínica, indo ao encontro da excelência.

A OE, considera a “formação e o desenvolvimento profissional dos seus recursos humanos, dos seus membros efetivos e respetivos órgãos estatutários, um pilar fundamental e determinante para a melhoria contínua da qualidade do desempenho profissional e, consequentemente, dos serviços prestados” (OE, 2016, p. 1). A OE apresenta na sua página *on-line*, uma plataforma, designada por “EnForma”, a qual foi criada para membros da OE, para que estes possam ter acesso à formação profissional promovida por esta entidade, cumprindo a alínea f) e o) do 3.º artigo da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, em que são atribuições da ordem “acreditar e creditar ações de formação contínua” e “fomentar o desenvolvimento da formação e da investigação em enfermagem e pronunciar -se sobre os modelos de formação e a estrutura geral dos cursos de enfermagem” (Lei n.º 156/2015, 2015, p.8060).

No que diz respeito ao exercício de excelência, a Lei anterior refere ainda, no seu artigo 109.º, que o enfermeiro deve “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Lei n.º 156/2015, 2015, p.8103).

Durante a realização dos estágios, de forma a ir ao encontro das competências referidas, foi fulcral consultar documentos relativos às políticas de gestão e projetos de melhoria continua instituídos em ambos os hospitais, bem como normas e protocolos existentes na UCIP e SUMC. Foi possível desenvolver projetos tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados.

Na UCI foi desenvolvido um tema que foi considerado pertinente, Pressão Arterial Invasiva (PAI) e Variação de Pressão de Pulso (VPP): do Interesse Teórico à Prática Clínica Diferenciada, o qual foi apresentado em ação de formação para os profissionais do serviço através da plataforma *Teams*®. Através da pesquisa para a realização da mesma, foram adquiridos conhecimentos inexistentes e consolidados os existentes, facilitando e melhorando a prática aquando do contato com estes valores. E, segundo a opinião dos colegas que assistiram, foi bastante enriquecedor, visto ser um tema que não lhes despertava atenção e o qual tem uma importância extrema.

No que diz respeito ao EF, realizado no SUMC, foi desenvolvido o PIP, descrito neste relatório, com o objetivo de dar resposta a uma necessidade identificada no serviço, com vista à melhoria contínua da prestação de cuidados de enfermagem. Tendo sido realizada uma norma de procedimentos de intervenções de enfermagem, onde integra um instrumento de registo de intervenções ao doente vítima de trauma, em forma de *Checklist*, de forma a melhorar e promover a segurança dos cuidados, assim como a realização de uma ação de formação, baseada em evidência científica, abordando o tema do trauma, e apresentando dos instrumentos construídos.

Durante o decurso do EF, houve a possibilidade da realização de formação sobre o controle de infeção, direcionado ao SU, assim como as formações realizadas pelos colegas de especialidade, no âmbito dos seus PIP's.

Foi visível, ao longo do EF, a preocupação constante dos enfermeiros com a sua atualização de conhecimentos e com a necessidade de formação contínua. Uma das situações observada teve a ver com a rotatividade de elementos de enfermagem, com entrada constante de novos elementos e, a formação emergente que estes necessitam, para prestar cuidados de enfermagem com segurança, de excelência, informados e baseados na mais recente evidência científica.

O facto haver vários enfermeiros especialistas e outros a realizar o Mestrado em Enfermagem com Especialidade, evidencia também a preocupação dos elementos, no que diz respeito à sua

formação, atualização e aquisição de conhecimentos, acompanhando a evolução da profissão de enfermagem.

Como aluna de EEMC, foi possível aceder a alguns documentos existentes, de forma a poder consolidar conhecimentos e ficar mais familiarizada com normas e procedimentos realizados no serviço. Pois, para se obter sucesso na prática, os enfermeiros devem procurar obter conhecimentos e habilidades que previamente não detinham (Larrabee, 2011).

No que diz respeito à gestão de um ambiente terapêutico e seguro, ao longo da realização de ambos os estágios, e em toda a prática do ser enfermeira, torna-se uma competência de extrema importância, que jamais deve ser descurada.

Na UCIP, tendo todas as condições para prestar cuidados em segurança, tanto para mim como enfermeira, como para o doente, foi possível, a todo o momento ter sensibilidade, consciência e respeito pela identidade do doente, envolvendo, na hora das visitas, a família de forma a garantir a satisfação das necessidades. A administração de terapêutica, apresenta aqui uma segurança redobrada, com a prescrição em programa informático *B-SIMPLE*® e, aquando da sua retirada do *PYXIS*®, local onde se encontra a medicação, em que também é dispensada através de um programa informático. Esta dupla verificação minimiza erros, contribuindo para a segurança da administração de terapêutica. De salientar que, para além desta dupla verificação, a identificação rigorosa da terapêutica com data, hora, nome do medicamento e nome do doente também é de extrema importância para que, no momento da administração, possa haver novamente verificação e, uma administração correta e segura, havendo etiquetas próprias, imprimidas através do programa *B-SIMPLE*®, que facilita a identificação.

Com a evolução da tecnologia, as camas e a maioria do material com que trabalhamos junto do doente, tornam mais fácil a nossa prestação de cuidados, assim como o conforto do doente, minimizando riscos, tanto para o profissional como para o doente. De salientar que, na UCIP, os cuidados de higiene e posicionamentos, são prestados sempre com um enfermeiro e um assistente operacional, o que também favorece a minimização de acidentes e o conforto do doente.

Na UCIP, havendo um computador para cada unidade, os registos são realizados junto do doente, o que facilita a sua execução, diminuindo os erros e esquecimentos e aumentando a segurança dos cuidados, visto sem possível uma vigilância permanente perto do doente.

O SUMC torna-se um serviço muito imprevisível, e, para garantir um ambiente terapêutico e seguro, os enfermeiros têm de ser criativos, conscientes e humanos. É certo que, na prestação de

cuidados, se tenta garantir o referido ao máximo, falando com os doentes que ali recorrem, de forma a corresponder às suas necessidades, respeitando sempre a sua origem.

No que respeita à administração de terapêutica, tal como na UCIP, existe uma dupla verificação, através da prescrição informática no programa SClínico®, posteriormente através do dispensador de medicação, também ele com programa informático, o PIXYS®, culminando com uma última verificação, na altura da administração, da dose, nome do medicamento e do doente, devidamente identificado através de etiquetas. Esta administração de terapêutica é realizada num local próprio, onde os doentes permanecem em vigilância, para verificar se há reações medicamentosas, garantindo a segurança destes.

Ao longo dos anos, a DGS, tem divulgado normas e orientações de administração de medicação, assim como planos estratégicos que integram a segurança do doente na administração terapêutica. Atualmente em vigor, encontra-se o Plano Nacional para Segurança dos Doentes 2021-2026, apresentando o Objetivo Estratégico 4, que visa implementar estratégias de forma a aumentar a segurança na utilização da medicação e que refere que as instituições têm aumentado a implementação dessas estratégias, melhorando assim a segurança dos doentes (DGS, 2022a).

No SUMC, as condições de prestação de cuidados não são tão controladas quanto na UCIP, em que garantir um ambiente seguro torna-se por vezes difícil, mas, com a adoção de medidas, como colocar doentes em locais em que a vigilância é mais frequente, comunicar com estes e acalmá-los, facilita a sua segurança. Este SU é composto por duas salas de tratamento, em que a primeira, devido à escassez de capacidade de vigilância, é pouco utilizada, ou então, é permitido aos familiares permanecerem com os doentes nela, para que a sua segurança seja garantida.

Outra situação preocupante neste SU, é o facto de que, devido à sobrelotação, os doentes têm de permanecer para além das macas, em cadeirões e, foi observado o elevado número de doentes aqui internados, por não existir macas suficientes, a maioria das vezes debilitados e sem condições físicas para aí permanecerem. Esta situação põe em risco, tanto o doente, como o enfermeiro que lhe presta cuidados. A gestão de recursos nesta situação não é fácil, mas, tenta-se ao máximo que o internamento consiga dar resposta, com o objetivo dos doentes permanecerem o menor tempo possível nestas condições.

Tendo em conta que o EF foi realizado durante o inverno, em pico de gripe e afluência às urgências, foi visível, por vezes, que os recursos humanos eram insuficientes, o que fazia com que fosse necessário aumentar a equipa através de trabalho extraordinário, de forma a ampliar a capacidade de prestação de cuidados em segurança. O facto de existirem vários alunos da

especialidade a fazer estágio, foi uma mais-valia para ajudar a equipa numa altura tão complicada de gestão recursos.

Outra situação que coloca em risco a segurança do doente, prende-se com a identificação, visto que alguns doentes não têm capacidade de comunicar ou encontram-se desorientados, sendo então uma preocupação que se inicia logo na triagem, com a colocação de pulseira, que, para além de demonstrar a prioridade do doente, também o identifica e, se for o caso, quando o doente fica internado há novamente a preocupação de trocar a pulseira, mantendo-o sempre devidamente identificado, para sua segurança.

A identificação incorreta ou não realizada dos doentes é considerada uma das principais causadoras de erros, aquando da prestação de cuidados de saúde, sendo frequentemente ligados a erros na administração de medicação e realização de procedimentos, podendo favorecer eventos graves nos doentes (INEM, 2021). Os profissionais de enfermagem têm a responsabilidade de realizar uma identificação segura dos doentes, especialmente quando estes apresentam défice de comunicação, alterações no seu estado de consciência ou têm dificuldades na colaboração, ostentando um elevado grau de dependência, encontrando-se mais suscetíveis à má identificação, logo, mais expostos aos efeitos que daí podem surgir (INEM, 2021).

No SU onde foi realizado o EF, independentemente do grau de orientação, consciência ou dependência, todos os doentes são devidamente identificados, já que também é uma incógnita o que pode acontecer, visto que uma pessoa num momento encontra-se estável, consciente e orientado, a comunicar e, no momento seguinte pode encontra-se inconsciente ou sem capacidade de comunicação.

Tendo em conta o supracitado sobre o desenvolvimento de ambos os estágios em si, e as atividades realizadas, consideramos ter atingido as competências aqui descritas.

C – Domínio da gestão de cuidados

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

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

Competências de Mestre em Enfermagem

1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

A Gestão em Enfermagem trata-se de uma área com uma importância primordial para a qualidade dos cuidados prestados, visto que estes se encontram diretamente relacionados com a qualidade da prática dos enfermeiros da área da gestão. Através de uma boa gestão, o enfermeiro consegue que a sua equipa atinja a excelência na promoção da equidade, eficiência e efetividade, favorecendo eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (Associapro, 2013).

A Gestão Serviços de Saúde tem como objetivo colaborar na implementação de modelos de gerência que permitam planear, decidir, organizar e controlar a prestação de cuidados, possibilitando maior eficácia e eficiência na utilização e aplicação de recursos, facilitando uma abrangência de conhecimentos teóricos, práticos e científicos (Rodrigues et al., 2019). Uma gestão de adequada dos cuidados, vai possibilitar uma adequada tomada de decisão perante as situações que surgem.

“A tomada de decisão é uma habilidade fundamental à prática do exercício da profissão de enfermagem e a complexidade deste processo exige a capacidade para atendermos às necessidades dos utentes por meio de decisões rápidas e eficazes” (Lourenço et al., 2022, p.558). Porém, na tomada de decisão, não pode ser descartada a prática baseada na evidência, que auxilia na decisão dos cuidados a realizar, tendo em conta as necessidades da pessoa (Lourenço et al., 2022).

É certo que, as decisões a tomar têm também em conta a experiência dos profissionais de enfermagem, assim, podemos referir Benner (2001), que identifica cinco fases pelas quais o enfermeiro passa (iniciado, avançado, competente, proficiente e perito), em que a capacidade para a tomada de decisão vai depender da fase em que o profissional se encontra. “O iniciado não tem experiência para se basear, o que pressupõe que as decisões são tomadas com base em procedimentos e protocolos instituídos” (Lourenço et al., 2022). Daí a importância, de quando se integra num serviço novo, sendo considerado como iniciado, haja leitura e consulta dos procedimentos e protocolos instituídos, tal como foi realizado no decorrer de ambos os estágios integrantes da EEMC – PSC, onde era considerada iniciada.

“O perito, tem uma vasta experiência profissional e as decisões são tomadas de forma intuitiva, quase que inconscientemente, pois consegue rapidamente fazer uma interpretação da

situação atual baseada em factos anteriores e, para além disso, identificar semelhanças e retirar aprendizagem do problema” (Lourenço et al., 2022), aqui, pode-se considerar os enfermeiros que trabalham há vários anos nos serviços referidos, incluindo os enfermeiros orientadores, que tomam decisões de forma quase imediata e assertivas.

No âmbito deste domínio e, de forma a adquirir as competências por ele preconizadas, foi realizada pesquisa bibliográfica, no que diz respeito à gestão de cuidados e tipos de liderança e uma revisão dos conteúdos programáticos abordados na UC Gestão em Saúde e Governação Clínica incluída no Mestrado.

Durante a realização de ambos os estágios, permitido a tomada de decisão relativamente à prestação de cuidados ao doente, sempre com parecer positivo do orientador, mas que, fazia com que houvesse um à-vontade, visto que, tomadas de decisão incidiam sempre no bem-estar e segurança do doente.

Ao nível do SU, as tomadas de decisão foram sempre mais frequentes, pois, sendo um serviço dinâmico, com uma grande afluência, havia a necessidade contínua de gerir recursos, equipamentos e doentes, para que fosse possível prestar os melhores cuidados a todos de uma forma equitativa. Foi também aqui que, na gestão de cuidados, se tornava importante a delegação de tarefas, principalmente aos assistentes operacionais, embora houvesse a necessidade da sua supervisão. As tarefas mais delegadas eram as de realização de MCDT, sendo posteriormente verificada a sua execução.

O anteriormente descrito, pode ser justificado pelo Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, em que refere que o EE deve realizar a gestão dos cuidados, “otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegada”, assim como nessa gestão deve adequar “os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019a, p. 4748).

Durante o EF, foi também permitido acompanhar o gestor do serviço, de forma a perceber como este fazia a gestão dos recursos humanos e materiais, no que concede à realização de horários, gestão de elementos por turno e, nos pedidos de materiais, que realiza duas vezes por semana e, por vezes tem de fazer pedidos extraordinários, visto que, sendo um serviço muito imprevisível, existem também gastos imprevisíveis.

A gestão do SU não se prende apenas no enfermeiro gestor, existe, em cada turno, o enfermeiro responsável pela equipa, considerado chefe de equipa, que, estando mais diretamente na prestação de cuidados, gere os restantes elementos de enfermagem e assistentes

operacionais, assim como a alocação de doentes em determinados locais. O facto da minha orientadora ser chefe de equipa na maioria das vezes, fez com que fosse possível participar nesta gestão e, dar a opinião sobre o que faria em determinadas situações, sendo na maioria das vezes aprovada e quando não, justificada e explicada o porquê da tomada de decisão distinta da apresentada.

Com a realização deste PIP também foi possível melhorar a gestão e continuidade dos cuidados à PSC vítima de trauma.

Tendo em conta o explicitado considero ter atingido as competências descritas neste domínio.

D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade;

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

Competências de Mestre em Enfermagem

2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade.

Para o domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, não podemos só ter em conta o percurso percorrido nos últimos três semestres, mas também, todo o percurso como profissional de enfermagem, em que, as aprendizagens e aquisição de conhecimentos são constantes e, foram, inevitavelmente, transpostas para a realização de ambos os estágios.

Nestes últimos vinte anos, quatro como estudante de enfermagem e dezasseis como enfermeira, quase dois dos quais também como mestranda em enfermagem, foram adquiridos conhecimentos que irão nortear a prática para o resto da vida profissional. “A formação contínua

do enfermeiro constitui não só uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, mas também um dever para com a profissão” (Rodrigues et al., 2012, p.71).

De referir que, o enfermeiro, após o término da sua Licenciatura em Enfermagem, é autónomo na gestão do seu percurso de formação, através do investimento em formação contínua, numa perspetiva de continuidade de aprendizagem, melhorando conhecimentos, aptidões e competências (Rodrigues et al., 2012).

“Sendo a Enfermagem uma profissão, cuja área de intervenção está sujeita a uma evolução tecnológica e científica constante, o investimento na aprendizagem ao longo da vida torna -se imperativo” (Rodrigues et al., 2012, p.72).

Assim, a realização deste Mestrado em enfermagem com EEMC – PSC, tornava-se essencial, de forma a ampliar os conhecimentos, aptidões e competências, na área da PSC.

No que diz respeito à parte teórica do Mestrado, esta também teve uma importância marcada para aquisição de conhecimento e competências, posteriormente aplicadas nos estágios e na prática profissional do dia a dia, baseada na evidência científica, pesquisada no percurso do mesmo, de forma a dar resposta ao pressuposto no Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que refere que o EE deve basear “os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (OE, 2019a, p. 4749), participando na sua mudança e na mudança dos seus pares. “Participar da mudança para a prática baseada em evidências requer novas aprendizagens, (...), é dada a oportunidade de ter controlo sobre a sua prática” (Larrabee, 2011, p. X).

A UC Investigação, as cinco UC de Médico-Cirúrgica e Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada favoreceram bastante o processo de aquisição de conhecimentos, desde o saber fazer pesquisa de evidência, como aplicá-la.

Durante a realização dos estágios, foi sendo possível perceber, junto com os enfermeiros orientadores, as lacunas existentes na prestação de cuidados e, nos conhecimentos em geral, para que fosse possível prestar cuidados de excelência à PSC, podendo à priori, investir no estudo e investigação dessas lacunas, no sentido de as colmatar.

“O ritmo acelerado da produção de conhecimentos em saúde exige constantes esforços para que os profissionais se mantenham atualizados e apliquem no dia a dia, soluções adequadas aos problemas vivenciados, recorrendo à evidência científica” (Ornellas & Monteiro, 2023, p.3).

O enfermeiro, na sua prática, mobiliza não só conhecimentos teóricos, mas também se utiliza a ele próprio como ferramenta terapêutica, o que faz com que mobilize diferentes domínios enquanto pessoa, que se interrelacionam com os domínios enquanto enfermeiro. Portanto, podemos identificar o domínio técnico, onde se inclui o conhecimento adquirido e habilidade e o domínio de ordem pessoal, o qual abrange as características de cada um como pessoa, dado que a ligação interpessoal presume que o enfermeiro se implique com aquilo que é como tal (Pereira & Botelho, 2022).

Durante os estágios, e sendo já enfermeira há alguns anos, o ser enquanto pessoa influenciou na prestação de cuidados. Observando alguns colegas a trabalhar, surge a questão da frieza. Embora tenha noção que, ao longo dos anos, foi possível gerar mecanismos de defesa para não ficar emocionalmente atingida com certas situações, o meu ser não me permite ter frieza, não deixo de atuar perante situações mais delicadas, faço-o da forma mais eficiente e correta, mas o meu humanismo, carinho, respeito e compaixão pelo outro encontram-se sempre presentes.

Na UCIP, os momentos de pressão propriamente dita, não existiram, é um ambiente extremamente controlado, em que se consegue prever e antecipar certos eventos, o que os torna mais fácil de controlar e, mesmo as entradas de novos doentes, que era o momento mais stressante dentro da unidade, a articulação entre os elementos era de tal forma bem conseguida que, se tornava um momento calmo, sem pressão.

Já no SU, principalmente na SE, os momentos de pressão foram inúmeros, o facto de se ter ali uma PSC, em risco iminente de vida, faz com que tenhamos que atuar de uma forma rápida e eficiente em prol da pessoa que se encontra a necessitar dos cuidados. Considera-se que, embora fosse em contexto de estágio, foi possível superar as dificuldades expostas.

Como elemento facilitador de aprendizagem em contexto de trabalho, foram realizadas formações em serviço, uma em cada um dos locais de estágio, como já foi referido, as quais o tema incidia em necessidades formativas diagnosticadas. Foram na íntegra construídas por mim, o que, através da pesquisa realizada, favoreceu também a minha aquisição de conhecimentos relativos aos temas.

Uma ação de formação é uma “atividade concreta de formação que visa atingir objetivos de formação previamente definidos” (OE, 2021a, p.174). A formação adota uma especial importância no fortalecimento da capacidade de resposta da Enfermagem aos desafios emergentes que vão surgindo, para que haja uma prática profissional de excelência (OE, 2021a, p.174).

Perante o exposto, considero que as competências descritas foram atingidas com sucesso.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica têm como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa que os recebe, exigindo a conceção, implementação e avaliação dos planos de intervenção que visam dar resposta às necessidades das pessoas e famílias que deles necessitam, com o objetivo de detetar precocemente problemas, realizar estabilização, manutenção e a recuperação em situações que necessitam de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, de forma a prevenir complicações e eventos adversos (OE, 2018a).

Os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica apresentam uma “vasta abrangência, bem como, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção” (OE, 2018a, p. 19359). Esta área de especialidade encontra-se subdividida em várias áreas de intervenção, sendo uma delas a de EMC – PSC, que tem como alvo a pessoa que se encontra em situação crítica.

“Entende -se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018a, p. 19362).

Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados considerados altamente qualificados, prestados à pessoa, que apresenta uma ou mais funções vitais comprometidas, ostentando risco imediato, respondendo às necessidades, mantendo as funções básicas de vida, prevenindo complicações e incapacidades, tendo sempre como objetivo a recuperação total da pessoa (OE, 2018a, p. 19362).

Competência Específica do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC

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

Competências de Mestre em Enfermagem

1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Os cuidados de enfermagem que são realizados à pessoa, família/cuidador que se encontram numa situação crítica, carecem de observação, colheita e busca de forma contínua, sistémica e organizada de dados, “com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2018a, p. 19363).

No estágio na UCIP, a capacitação de cuidar do doente neste contexto, foi um processo de trabalho e estudo árduo para a aquisição de competências para prestar cuidados à PSC, bem como, para ter a capacidade de perceber e prevenir possíveis complicações, pois, embora estivesse desperta para muitas complicações que podiam surgir, neste contexto foi necessário estar mais preparada e, de forma direcionada para o doente crítico, o que tornou necessário tanto a pesquisa como a revisão de conteúdos abordados nas UC, principalmente nas UC de Médico-cirúrgica, que inclui também o SBV, SAV e o ITLS.

De forma a perceber quais as complicações mais frequentes nos doentes que se encontravam internados, houve sempre diálogo e questionamento para com os enfermeiros do serviço.

Através de toda a pesquisa e estudo realizado, foi possível, melhorar de forma satisfatória a capacidade de prestar cuidados à PSC, baseada na evidência científica mais recente, antecipando complicações através da observação de focos de instabilidade, como era o caso da monitorização, o qual os doentes se apresentam a realizar de forma contínua, gasometrias, que são realizadas de forma esquematizada, ou em SOS, em situações de instabilidade ou alterações de parâmetros, alterações de estado de consciência, entre outras.

O facto de ser um serviço de internamento, num ambiente controlado, permite que haja tempo e condições para uma abordagem holística ao doente, facilitando a antecipação de instabilidades, percebendo a presença de dor, havendo possibilidade de alívio, favorecendo assim o seu bem-estar físico, psíquico, social e espiritual.

O doente internado em contexto de UCI tem “o direito fundamental de qualquer cidadão em estado de doença crítica, ser assistido e tratado por profissionais qualificados e recursos adequados” (OE, 2018b, p.1).

O Parecer N.º 15 / 2018 da OE (2018b), refere que os enfermeiros que trabalham em contexto de UCI devem possuir qualificação e treino para conseguirem superar as situações que

lhes são apresentadas, “com a tecnologia de que dispõem, 24 horas por dia, (...), vaticinando, portanto, a importância da formação complementar e a necessidade destes profissionais serem dotados de uma experiência singular no domínio de actuação desta área científica” (p. 1).

Na UCIP, foi também possível conhecer os protocolos terapêuticos complexos e executá-los, sabendo de antemão as complicações de daí podem advir, de forma a saber dar resposta a estas, participar nos cuidados a doentes em morte cerebral, com potencial para dador de órgãos, fazendo a sua manutenção hemodinâmica, enquanto eram realizados os protocolos, exames e trâmites necessários para essa aprovação.

Nenhum dos doentes dos quais tive contato, na situação supracitada, tinha inscrição no Registo Nacional de Não Dadores [RENDA], pelo que, em termos legais, todos eles eram possíveis dadores, pois, conforme o descrito no capítulo III, Artigo 10.º da Lei 12/93 de 22 de abril, “são considerados como potenciais dadores *post mortem* todos os cidadãos nacionais e os apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores” (p.1962). Apenas um não teve condições para tal, pois os resultados dos exames não o permitiram.

Relativamente à relação terapêutica, esta deve ser concretizada no âmbito do exercício profissional de enfermagem, e caracteriza-se pela ligação realizada com o doente, envolvendo a família/cuidador, respeitando as suas capacidades e valorizando o seu papel. Este tipo de relação, é desenvolvida e fortificada ao longo do processo de prestação de cuidados, tendo em vista a melhoria e recuperação da saúde do doente (OE, 2001). Este tipo de relação, no doente internado em cuidados intensivos, muitas das vezes não se demonstra fácil, visto que a maioria dos doentes se encontram sedados, analgésicos e ventilados. A comunicação torna-se complicada e, temos que perceber, através da monitorização, a presença por exemplo de dor. É certo que, mesmo que o doente não possa comunicar connosco, a nossa prestação de cuidados vai sempre ao encontro da sua recuperação e bem-estar. A presença da família, na maioria dos casos, apresenta-se como fulcral, devendo o enfermeiro integrá-la nos cuidados e informá-la da evolução do doente, de forma a minimizar estados de ansiedade e stress que, o aparato do ambiente de UCI provoca.

Num doente que se encontre consciente, estando ou não orientado, é mais fácil conseguir uma boa relação terapêutica, adquirir o respeito e confiança deste, integrando-o também na sua prestação de cuidados, incentivando a sua colaboração e, explicar tudo o que se realiza e para que serve o material à sua volta, no sentido de, tal como na família/cuidador, diminuir o estado de ansiedade e stress, favorecendo assim a sua evolução e recuperação.

No que diz respeito ao processo de morte e luto, nos turnos realizados na UCIP, não houve contato com óbitos.

Ao longo do decorrer do EF, também foi necessário haver estudo e consulta dos conteúdos abordados nas UC, principalmente nas UC de Médico-cirúrgica, que incluiu também o SAV e o ITLS, sendo uma mais-valia para uma boa prestação no SU, visto que a prestação de cuidados ao doente crítico em contexto de urgência/emergência, era uma lacuna claramente visível, visto que, neste contexto me apresento, como refere (Benner, 2001), como iniciada. A revisão bibliografia e dos conteúdos abordados na parte teórica do mestrado, foi uma estratégia facilitadora para conseguir identificar situações de instabilidade e falência dos doentes.

O EF não se prendeu apenas por permanência em SE, até porque nem sempre havia doentes nesta. Durante o decorrer o estágio, foi dada a oportunidade de passar por todos os postos de trabalho do SU, de forma a adquirir competências e experiência em todos eles.

Por várias vezes, foi necessário encaminhar doentes da sala de tratamento ou de outro local do SU para a SE, pois, apesar de estáveis à admissão, se apresentaram instáveis ao longo do tratamento ou durante a vigilância, aconteceu principalmente doentes do foro neurológico e cardíaco, tornando-se doentes críticos e, necessitando de cuidados voltados para tal.

Assim, identificação dos problemas potenciais do doente, tão rápida quanto possível, no âmbito que o “enfermeiro apresenta competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis” (OE, 2001, p.15).

No que diz respeito aos doentes em SE, por inúmeras vezes, foi necessário colocar em prática os conhecimentos em SAV e trauma, e sobre patologias, principalmente neurológicas e cardíacas, em que, apenas uma vez houve insucesso num doente ao meu cuidado e acabou por ser declarado óbito. Outra situação, cada vez mais comum, como necessidade de alocação à SE, são as tentativas de suicídio, as quais necessita de intervenção e vigilância emergentes.

É na SE que se colocam frequentemente em prática protocolos terapêuticos complexos, o que faz com seja fulcral o conhecimento da vigilância necessária após a realização destes e, diagnosticar de forma precoce as complicações que podem advir após a sua realização e saber dar resposta a essas complicações.

Durante a prestação de cuidados à PSC, torna-se essencial que o enfermeiro se encontre atento, não só à patologia em si, mas ao doente de forma holística e, perceber como o doente se

encontra a nível físico, psicossocial e espiritual, de forma a conseguir dar resposta neste âmbito de uma forma positiva, estabelecendo uma relação terapêutica.

A PSC necessita de acompanhamento especializado à realização de MCDT, tendo sido possível, por várias vezes, acompanhar doentes à realização de RX e TAC. Estes, necessitam de uma vigilância apertada e cuidados específicos de mobilização, principalmente as vítimas de trauma, tendo adquirido experiência nesta vertente.

Para além do acompanhamento à realização de MCDT, também foi possível fazer transferência de PSC para a UCI e BO, tendo a oportunidade de encaminhar o doente e passar toda a informação deste, utilizando a técnica ISBAR (*Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações)), de acordo com a Norma nº 001/2017, da DGS (2017a).

A referida norma refere que a transição de cuidados deve cumprir uma comunicação eficiente ao nível da transferência de informação entre as equipas que prestaram os cuidados e as que vão continuar a prestar, indo ao encontro da segurança do doente, devendo esta ser normalizada utilizando a técnica ISBAR. Esta técnica é apropriada para todo o tipo de transferência de cuidados (DGS, 2017a).

Portanto, não foi só na transferência intra-hospitalar que a ISBAR foi utilizada. Em cada passagem de turno, na SE, foi utilizada esta técnica, para passar informação aos colegas de iriam fazer a continuação dos cuidados, de forma a não haver perda de informação, colocando a segurança dos cuidados e do doente em causa.

Não foi realizada nenhuma transferência inter-hospitalar, apenas houve a oportunidade de preparar um doente para este tipo de transferência, uma vítima de trauma, queimada, com compromisso de via aérea, com necessidade de ventilação mecânica invasiva, com queimaduras de 3º grau. Foi uma experiência muito benéfica, onde foram adquiridos conhecimentos de várias ordens. Depois do doente preparado, foi feita a passagem de informações ao colega e médico que acompanhariam o doente, através também da mnemónica ISBAR e, houve a preocupação de prever possíveis complicações, fornecendo ao colega todo o tipo de material e terapêutica que pudesse vir a ser necessário.

No SU/SE a gestão da dor torna-se um elemento fulcral para uma colaboração e recuperação do doente. No caso deste demonstrar dor, seja por meios verbais ou não verbais, é responsabilidade do enfermeiro adotar medidas farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio, visto que, um doente com dor se apresenta menos colaborante, menos confiante, o que

pode interferir de forma negativa na sua recuperação e na própria relação terapêutica enfermeiro/doente.

A comunicação aqui também desempenha um papel de extrema importância e deve fazer parte do exercício profissional dos enfermeiros, de forma que seja possível o sucesso dos procedimentos e da convivência favorecendo para uma melhor qualidade de vida da PSC que necessita dos cuidados de enfermagem (Coelho & Sequeira, 2014).

De acordo com Meleis (2010), a comunicação humana é considerada um processo de comportamento fundamentado numa troca de símbolos em que o significado é transmitido e compreendido entre os indivíduos que interagem.

Sem uma comunicação adequada e eficaz, a prestação de cuidados torna-se mais difícil de conseguir de uma forma excelente, não sendo possível ter consciência total das necessidades da pessoa, visto que, “a comunicação terapêutica tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde de cada pessoa, e contribuir para melhorar a prática de enfermagem” (Coelho & Sequeira, 2014, p. 32).

Esta, para além de ser importante perante o doente, também se torna essencial perante a família/cuidador, já que, a capacidade de comunicar com a família em contexto hospitalar é crucial para o desenvolvimento da relação terapêutica enfermeiro-família. Incluir a família na prestação de cuidados à PSC pressupõe benefícios para o doente, visto permitir uma tomada de decisão de forma consciente por parte da família, apresentando ganhos em saúde. (Russo et al., 2022).

Os enfermeiros devem encontrar estratégias que facilitem a comunicação com a família, a qual vivencia um processo de transição saúde-doença com um de seus membros, o que os pode transtornar (Russo et al., 2022).

Para além do doente, também com a família, o enfermeiro deve ter o cuidado de respeitar as suas crenças e valores, tendo a capacidade de adequar a comunicação à pessoa que a está a receber, e ter a certeza de que a informação está a ser captada, tendo em conta se existem barreiras de comunicação e, em caso afirmativo, encontrar estratégias facilitadoras desta, não obstante que, em situações em que não é possível fazer uma colheita de dados junto do doente, é a família/cuidador a nossa fonte de informações.

Através da comunicação é possível estabelecer uma relação terapêutica e, conseqüentemente uma relação de ajuda enfermeiro/doente/família, apoiando estes no processo de doença que decorre e, desenvolver estratégias para diminuir o stress e ansiedade.

No SU, o um estabelecimento de relação terapêutica e de ajuda perante o doente/família/cuidador, por vezes não se torna tarefa fácil. Foram inúmeras as vezes que se tornou necessário a gestão de situações de ansiedade, stress, por vezes revolta, perante a situação de doença, tanto provenientes do próprio doente, como da família deste. Através de uma comunicação realizada de forma calma, clara e segura, explicando o que se passava, e de um acompanhamento constante, consegue-se, na maioria das vezes ter sucesso, favorecendo a colaboração e melhoria do doente.

Durante todo o processo de comunicação, há que ter em conta a literacia do doente/família/cuidador, tentando perceber, ao longo do contato, o seu nível de literacia e, se as informações fornecidas, estão a ser captadas de forma correta e o interveniente está a ficar esclarecido e a compreender a situação.

Durante o EF, num SU em que afluência de idosos é enorme e, consequentemente o número de óbitos também, o contato com a morte não foi frequente, houve apenas um óbito de doentes sob a minha responsabilidade.

O SU apresenta-se como uma área de complexidade de cuidados, multiplicidade de casos, fluxo e grande volume de trabalho, tornando-o um serviço diferenciado. É assim necessário que, o enfermeiro possua conhecimento, experiência, domínio e habilidade profissional de forma a lidar com o risco iminente de morte (Ventura et al., 2019).

O óbito que foi vivenciado, não foi uma situação fácil de gerir, visto ter sido o familiar de uma colega, ainda relativamente jovem, em que as competências já adquiridas anteriormente e o esforço da equipa multidisciplinar não foi suficiente para a manutenção da vida deste. Dada a informação à filha com a maior privacidade possível, e foi proporcionado, através da sua vontade expressa, um momento de “despedida” do seu ente querido, com a devida privacidade e disponibilizado apoio emocional, de forma a facilitar o seu processo de luto.

Embora muito experiente no contato com a morte e com familiares nessa situação, é sempre complicado gerir, porque antes de sermos enfermeiros somos humanos e, aquele doente que não conseguimos garantir a continuidade do seu ciclo vital é pai, marido, irmão, filho de alguém e, embora consiga manter uma postura assertiva, com palavras de conforto e coragem, as sensações de tristeza, misturadas às frustrações e impotência existem.

Aquando da prestação dos cuidados *post mortem*, a postura mantém-se igual como se estivesse vivo, mantendo o respeito e dignidade pela pessoa, preservando a privacidade e segurança nos cuidados.

Foi percebido também que, nestas situações, o lidar com a morte e com os familiares/cuidadores se torna mais complexo, visto que, regra geral, são situações de emergência que, deixam a família/cuidador em choque. Ao nível dos profissionais de enfermagem também não é mais fácil, visto que a frustração e a revolta se apoderam da equipa, devido ao facto de não ter conseguido salvar a pessoa.

Perante o exposto, considera-se que esta competência específica de EEEMC – PSC foi atingida com sucesso.

Competência Específica do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC

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

Competências de Mestre em Enfermagem

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Segundo o regulamento de competências do EEEMC – PSC, o enfermeiro especialista, numa situação de emergência, exceção ou catástrofe, “atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (OE, 2018a, p. 19363).

“Uma situação de exceção, no contexto de prestação de cuidados de emergência médica consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis” (INEM, 2012, p.12).

A nível das UC do mestrado, a de Enfermagem Médico-Cirúrgica 3, foi a que possibilitou a aquisição de competências do enfermeiro especialista neste domínio, estando o seu plano de estudos centrado neste domínio de abordagem do doente crítico em contexto de exceção e catástrofe com multivítimas e dos meios e entidades da prestação de socorro em situações deste género. Esta UC foi bastante vantajosa, por dar a conhecer os protocolos de atuação em situações de exceção e catástrofe, mas também porque aborda a existência de enquadramento legal em Portugal para dar resposta a este tipo de situações, que, regra geral, excedem as capacidades dos meios e equipamentos disponíveis para a prestação de socorro no dia-a-dia.

Esta foi sem dúvida o domínio de competências menos trabalhadas no decorrer dos estágios.

Na UCIP, a única situação que pode ser considerada de exceção, embora já não nos encontrássemos em período pandémico, foi a prestação de cuidados a um doente positivo para a COVID-19, a qual foi realizada com todas as condições de segurança, tanto para os profissionais de saúde, como para o doente, salvaguardando o controlo de infeção através da colocação dos EPI's preconizados na altura pela DGS.

Para além disto, o possível de se realizar, foi perceber, junto do enfermeiro orientador, se existia protocolo de atuação em caso de exceção e catástrofe implementado no serviço e, havendo, o mesmo foi disponibilizado para consulta.

Ao nível do EF, a única forma possível de conseguir abordar este domínio, foi através da consulta do protocolo de atuação em caso de exceção e catástrofe e do hospital, percebendo como se deve atuar, que, sinceramente nunca tinha consultado, o que foi uma mais-valia, visto ser o hospital onde exerço funções.

Fazendo uma análise das atividades desenvolvidas para a aquisição desta competência, foi sem dúvida, a mais difícil de atingir, devido ao seu grau de especificidade, e que, felizmente não houve nenhum caso de exceção e catástrofe. Portanto, as competências adquiridas neste domínio, foram aquelas que foram possíveis.

Competência Específica do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC

3 – 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.

Competências de Mestre em Enfermagem

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

“Desde 2004, com o lançamento da World Alliance for Patient Safety, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a segurança do doente e a necessidade de cuidados de saúde de qualidade como uma prioridade global” (Despacho n.º 10901/2022, p.93).

“A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (OE, 2015b, p.17241).

As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas que se encontra interrelacionados e comportam uma preocupação crescente a nível mundial. Todos os países e instituições prestadoras de cuidados de saúde devem ter em conta as consequências destas infeções e o impacto nos seus utentes, nas próprias unidades de saúde e também na comunidade. O aparecimento cada vez maior de IACS, favorece o aumento da morbilidade e a mortalidade, prolongando os tempos de internamento, agravando, consequentemente, os custos em saúde (DGS, 2017b).

O Despacho n.º 10901/2022, de 8 de setembro de 2022, foi lançado com o intuito de atualizar o Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro, sobre o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), que tem como objetivos a redução da taxa de IACS, a promoção do uso correto de antimicrobianos, com consequente diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos, tendo sido determinado como programa de saúde prioritário, no campo de ação do Plano Nacional de Saúde, através do Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio.

Ainda no âmbito do PPCIRA, foi também fundado um grupo de trabalho interinstitucional, agregando a Direção-Geral da Saúde, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., o INFARMED, I. P. e a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.. Este grupo, apresenta como missão, a garantia dos instrumentos que permitem a obtenção de indicadores por instituição hospitalar, ou seja, o Índice de Qualidade PPCIRA, sendo os resultados obtido, positivos.

Um dos desafios dos últimos anos, foi o surgimento da pandemia COVID-19, que fez com que fosse necessário a reformulação da missão do PPCIRA.

As IACS, não sendo de todo uma problemática recente, assume especial importância nos cuidados à PSC. O facto de dispormos cada vez mais de tecnologias avançadas e invasivas, que, influenciam o aumento da esperança média de vida, o aumento do número de doentes que são submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, também vai influenciar no aumento do risco de infeção (OE, 2015b).

A nível das UC, pode ser referida a UC Médico-cirúrgica 5, a qual abordou o tema da prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos e, através da qual, com a realização de Plano de Intervenção e Controlo de IACS, foi possível alargar horizontes nos conhecimentos, baseados em evidência científica, ao nível deste domínio, que foi possível transportar para a prática nos estágios e mesmo na vida profissional.

Larrabee (2011), refere que, localizar as melhores evidências, vai influenciar na prática, variando em qualidade e credibilidade, e que estas podem ser procuradas em *guidelines* de prática clínica, revisões sistemáticas, relatórios de pesquisa e relatórios de comitês especialistas.

Assim, o facto de no antes e no durante, haver uma procura e consulta de documentos anteriormente mencionados, influenciou a prática de cuidados, indo ao encontro de uma melhoria contínua no que diz respeito às IACS.

A nível da UCIP, o tema das IACS era frequentemente abordado, havendo um cuidado extremo durante a prestação de cuidados, visto que, a UCI é um local onde, estas acontecem com muita frequência, mesmo adotando todas as medidas corretas para a sua prevenção, visto que, é um local onde os doentes se encontram com inúmeros procedimentos invasivos (EOT, CVP, CVC, LA, ALG, SNG, entre outros), o que favorece o aparecimento de IACS.

Dados da DGS (2017b) relativos aos doentes internados em UCI, referem que, em 2016, a pneumonia associada EOT em UCI de adultos foi de 7,1 por 1000 dias de intubação, na infeção associada ao CVC, a taxa de incidência por 1000 dias foi de 0,9.

No serviço onde realizei o Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, havia uma grande preocupação com este domínio, com frequentes formações alusivas ao tema, suportadas na mais recente evidência científica, nomeadamente nos feixes de intervenções que existem, normalizados pela DGS.

As condições da UCI, não são de todo as melhores para combater as IACS e as infeções cruzadas, dado que, todos os doentes se encontram concentrados na mesma sala, em que o que separa as suas unidades são cortinados. Nesta, particularmente, para além do descrito, que é inevitável, havia outra situação preocupante, a qual foi referida ao enfermeiro orientador, que era o facto de, aquando da higiene, o local onde se colocava água nas bacias das higienes era o mesmo onde se despejava a que já tinha sido utilizada nos doentes, o que poderia fazer com que houvesse infeções cruzadas, com consequente aumento das IACS para aquele serviço. O meu orientador referiu que, iria conversar com o elo de ligação com o PPCIRA de forma a perceber como se poderia colmatar essa situação.

Durante a prestação de cuidados que me foi possível observar, havia um cuidado extremo com a problemática da infeção, tanto ao nível da equipa de enfermagem, médica, e da dos assistentes operacionais.

Ao nível dos registos de enfermagem, havia itens descritos no programa *B-Simple*®, de forma a ser possível registar as medidas preventivas sobre o controle de infeção, programadas e

sistematizadas de forma a relembrar o enfermeiro dos procedimentos sobre a prevenção desta temática.

No que diz respeito ao SU, o controlo de infeção é um desafio permanente. A higienização num serviço de urgência/emergência torna-se fulcral para o controlo da disseminação de infeções, onde a exposição a agentes infecciosos é frequente.

A triagem e um isolamento adequados, são elementares para reduzir a propagação de agentes patogénicos, tal como a rápida identificação de pacientes com doenças infecciosas conhecidas ou suspeitas, com a implementação de medidas preventivas, como por exemplo, o isolamento de contato ou respiratório, que irão minimizar o risco de infeção cruzada entre doentes e equipa de saúde.

Neste serviço, devido à constante rotatividade de equipa, principalmente a nível dos assistentes operacionais, que, no início das suas funções, não têm noções básicas no que diz respeito ao controlo de infeção, há a necessidade de formação emergente, sendo então uma das grandes preocupações dos elos de ligação com o GCL – PPCIRA. Existem em vários locais do serviço orientações de higienização e, também uma vigilância apertada durante a sua prestação de cuidados, alertando quando, através das suas ações, podem favorecer a disseminação de infeções.

A equipa médica é outro ponto fraco, principalmente dos médicos triadores, externos ao hospital, pois é frequente observar que o mesmo estetoscópio é utilizado em vários doentes, sem ser devidamente higienizado entre eles, a lavagem das mãos, não é uma preocupação frequente também, pelo que é necessário, de forma discreta, lembrá-los dessa situação.

Sendo o SU, um serviço de “porta aberta”, em que afluência de pessoas é grande, entre doentes, família, bombeiros, o controle em certas áreas, nomeadamente salas de espera, corredores e casas de banho é difícil de realizar, havendo, como objetivo de colmatar, a permanência da equipa de limpeza durante os turnos da manhã e tarde, de forma a realizar limpeza frequente nas áreas mais problemáticas e onde vai sendo necessário ao longo do dia. Esta permanência é relativamente recente, visto que, anteriormente, a equipa de limpeza ia apenas fazer uma limpeza diária, o que, os elementos deste SU, juntamente com os elementos do PPCIRA, acharam que era insuficiente, tendo sido então colocada uma equipa permanente durante os períodos referidos, sendo estes os de maior afluência.

Outra situação que favorece o surgimento de IACS prende-se com a SE, em que os doentes que aí entram, necessitam, na sua maior parte, realização de técnicas invasivas, o que por sua vez,

já coloca o doente suscetível a infeções, e, o facto de necessitarem ser realizadas com alguma rapidez, poderá colocar em risco elementos de prevenção de controlo de infeção. Embora, nas minhas observações e prática em SE, todos os elementos da equipa realizavam as manobras invasivas com o maior cuidado e técnica assética correta.

Sendo a minha enfermeira orientadora, um dos elos de ligação com o GCL – PPCIRA, a aquisição de conhecimentos sobre as estratégias implementadas no SU, relativamente ao controlo de infeção foram mais fáceis e era um assunto frequente no nosso dia a dia, inclusive, foi possível assistir a formações dentro da área.

O facto de ser enfermeira há vários anos, a exercer funções no mesmo hospital onde foi realizado o EF, facilitou a prestação de cuidados tendo em conta sempre os cuidados de controlo de infeção, já que, o GCL – PPCIRA, tem uma atividade bastante presente em todos os serviços e, as equipa são frequentemente informadas sobre as alterações de normas e procedimentos.

Foi possível, no decorrer do EF, a permanência de um dia junto da enfermeira responsável pelo GCL – PPCIRA do mesmo hospital. Foi um dia extremamente produtivo, já que foi explicado tudo o que é o grupo, as suas missões e objetivos que, nos serviços não nos conseguimos aperceber. Sabemos que é importante, damos-lhe valor e colaboramos, mas não temos noção de todo o trabalho que envolve.

O GCL – PPCIRA, junto de todos os serviços do hospital difunde e monitoriza as práticas de prevenção e controlo de infeção e do uso de agentes antimicrobianos, fazendo periodicamente formações e auditorias e, encontra-se sempre disponível para esclarecimento de dúvidas por parte dos profissionais. Este grupo engloba os hospitais e centros de saúde pertencentes a esta UH.

A enfermeira responsável pelo GCL – PPCIRA divulga, em programas próprios da DGS, todos os resultados de infeções que existem a nível institucional, de cada doente e, os resultados das auditorias periódicas, o que permite saber, a nível nacional as percentagens de infeções e, se há resultados positivos perante a execução dos programas de controle de infeção, favorecendo a melhoria contínua dos cuidados.

Perante as atividades desenvolvidas consideramos que as competências deste domínio foram atingidas com sucesso.

CONCLUSÃO

A redação do presente Relatório reflete o processo de aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em EMC-PSC e de Mestre em Enfermagem, proporcionado pela assimilação dos diversos conteúdos abordados nas UC no decorrer do período teórico, com integração em contexto clínico, daí a atribuição de especial enfoque às UC Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Estágio Final.

Todo o trajeto realizado ao longo deste curso, tanto a nível teórico, como ao nível da prática clínica em contexto real, foi de extrema importância para mobilizar e alicerçar os conhecimentos aprendidos na teórica e também possibilitar aplicá-los na prática. A evolução no campo dos conhecimentos, aptidões e tomadas de decisão, proporcionaram um crescimento enquanto profissional, ser humano e também contribuíram para uma prestação de cuidados de elevada qualidade à PSC, baseados na evidência científica. Assim, podemos afirmar que, a realização deste curso, superou todas as expectativas, pois, favoreceu a aquisição de conhecimentos e novas capacitações no âmbito da EEMC – PSC e de Mestre de Enfermagem.

Os contextos de prática clínica que integram o plano de estudos deste mestrado, UCI e SU, são sem dúvida uma fonte de enriquecimento profissional, possibilitando a vivência, de situações reais, com doentes críticos e sua família/cuidador, o que possibilitou a aquisição das competências ao nível do EEMC – PSC e Mestre em Enfermagem.

Sendo fundamental alicerçar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências num referencial teórico e conceptual, enquadrámos o relatório no Modelo para Mudança da PBE em Enfermagem descrito por Larrabee (2011), o qual demonstrou adaptar-se na área de intervenção à PSC disponibilizando a PBE mais credível e atual, através da integração síncrona com a experiência, competência e juízo clínico do enfermeiro, assente nas necessidades e valores do foco do cuidar. O referencial teórico, onde foi explicitado o tema que abordámos (Trauma), foi possível fazer a consulta de toda a informação e conhecimento sobre o referido, o que alargou horizontes na aquisição de conhecimentos no que diz respeito ao referido modelo e ao doente crítico vítima de trauma.

Posteriormente, foi realizada uma apreciação dos contextos onde os estágios foram realizados, fazendo uma descrição dos mesmos, com posterior análise da gestão e produção de cuidados, e dos serviços, com a caracterização da sua estrutura física, recursos humanos e materiais, onde foi possível, expor neste relatório, o contexto real de ambos os serviços onde

foram realizados os estágios, dando a conhecer as realidades dos serviços e as competências que nos permitiu adquirir e desenvolver.

O desenrolar do PIP, aconteceu segundo a Metodologia de Projeto e permitiu identificar uma necessidade do serviço, na área dos cuidados à PSC vítima de trauma, assim e para um melhor diagnóstico, aplicamos um questionário, tendo como fim a recolha de dados para validar acerca da pertinência do tema a intervir. Desta forma traçamos objetivos que visavam a criação de uma norma de procedimento de intervenções de enfermagem, e de um instrumento de registo, com o intuito de uniformizar procedimentos entre a equipa, bem como a consolidação de conhecimentos sobre o tema e dos cuidados de enfermagem implícitos, para isso definimos estratégias, planeamos e executamos tendo como meta a concretização dos objetivos traçados.

Uma vez que procedemos à pesquisa de literatura atual e fidedigna à luz da mais recente evidência científica para o desenvolvimento do PIP, este permitiu também realizar uma *Scoping Review* e através desta a elaboração de artigos científicos.

A existência de normas de serviço que norteiam os cuidados, favorecem os mesmos, para que sejam prestados de forma uniforme e sempre em prol da segurança do doente, dando suporte ao nível da tomada de decisão, baseada em evidência científica, neste caso no SU, norteando a sua prestação de cuidados, com a definição de prioridades perante a PSC vítima de trauma, melhorando os resultados e, consequentemente os ganhos em saúde.

Ao longo da realização do PIP, foram notórias algumas limitações, como é o caso da escassez de estudos com abrangência geral sobre a temática. Salientamos também, como limitação, o tempo cronológico académico estipulado para a realização e implementação do PIP, não sendo possível, num período de tempo tão curto, implementar os instrumentos criados e testar a sua fiabilidade e aplicabilidade, estando isso, neste momento em curso. O instrumento de registo encontra-se neste momento a ser implementado com sucesso e, a norma onde ele integra, aguarda aprovação pelo CA da UH onde decorreu o EF. Tendo em conta o *feedback* positivo, esperamos que a implementação deste PIP seja uma mais-valia para a prestação de cuidados de enfermagem especializados e de excelência à PSC vítima de trauma no SU.

Ao longo deste curso de mestrado, os momentos de reflexão foram frequentes, realizados de forma escrita, ou só mesmo pela consciência, de forma a perceber se o que objetivava estava a ser cumprido. Este RE não é exceção, tendo um capítulo próprio para se poder refletir sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências ao nível das competências comuns e específicas do EEMC – PSC, assim como das de mestre em enfermagem. Estas últimas

possibilitaram a consolidação de conhecimentos e o incentivo para a sua procura. Já as competências dos EE, desde as comuns, às específicas, permitiram nortear o percurso realizado, a prestação de cuidados em todas as suas vertentes.

Consideramos ter respondido eficientemente, com foco na melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados à PSC e promovendo a excelência do exercício profissional, demonstrando sucesso no cumprimento dos objetivos propostos no presente Relatório, que brevemente após apresentação e discussão em provas públicas, culminará no término de um capítulo formativo crucial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aghaie, B., Heidari, S., Abbasinia, M., Abdoli, M., Norouzadeh, R., & Shamali, M. (2021). Teamwork competence and readiness of emergency nurses in the care of trauma patients: A multicenter cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 59, 101073. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101073>;

Alharbi, R. J., Shrestha, S., Lewis, V. & Monteiro, C. (2021). A efetividade dos sistemas de atendimento ao trauma em diferentes estágios de desenvolvimento na redução da mortalidade: uma revisão sistemática e metanálise. *Mundo J Emerg Surg* 16, 38. <https://doi.org/10.1186/s13017-021-00381-0>;

Amaral, J. (2023). A Segurança do Doente na Prestação de Cuidados de Saúde: uma Prioridade na Política de Saúde. II Curso de Pós-Graduação em Direito da Saúde e do Medicamento. RJLB, 3. https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2023/3/2023_03_1693_1778.pdf;

Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 55-66. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>;

Amendoeira, J. (2022). Revisão Sistemática De Literatura – A Scoping Review. Instituto Politécnico de Santarém UMIS-ESSS. https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3784/3/TUTORIAL_SCOPING%20REVIEW_mai_2022%20PT.pdf;

American College of Surgeons [ACS]. (2014). RECURSOS PARA O TRATAMENTO IDEAL DO DOENTE TRAUMATIZADO 2018. <https://comitetraumacolombia.com/r/1.pdf>;

Argenta, C., Adamy, E. K., Vargas, J. V. O. B. (2020). Processo de enfermagem: história e teoria. Chapecó: Editora UFFS. <https://doi.org/10.7476/9786586545234>;

Associapro. (2013). Contributo da Apegel para o Referencial de Competências dos Enfermeiros da Área da Gestão. <https://www.associapro.com/docdownload.aspx?file=doc468.pdf>;

Azevedo, R. (2022). Cuidados de Enfermagem ao Paciente Politraumatizado. Laboratório de Enfermagem. <https://laboro.edu.br/blog/cuidados-de-enfermagem-ao-paciente-politraumatizado/>;

Barros ACL, Menegaz JC, Santos JLG, Polaro SHI, Trindade LL, Meschial WC. Nursing care management concepts: scoping review. Rev Bras Enferm, 76(1), 1 – 13. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0020pt>;

Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora;

Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A Segurança e Qualidade dos Cuidados: Revisão de Literatura. Servir, 59 (4). <https://revistas.rcaap.pt/servir/issue/view/1271/246>;

Caetano, C., Cabaço, E., Micaelo, F. & Gabriel, J. (2015). Referencial Normativo do Serviço de Cuidados Intensivos Polivalente. Versão 1, revisado em 2015, Unidade Local de Saúde de Castelo Branco;

Camargo, F. C., Iwamoto, H.H., Galvão, C. M., Monteiro, D. A. T., Goulart, M. B. & Garcia, L. A. A. (2017). Modelos para a implementação da Prática Baseada em Evidências na enfermagem hospitalar: revisão narrativa. Texto Contexto Enfermagem. 26(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002070017>;

Cavalcantia, C. D. K., Ilhaa, P., & Bertoncello, K. C. G. (2013). O Cuidado de Enfermagem a Vítimas de Traumas Múltiplos: Uma Revisão Integrativa. UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde.15(1). Pp. 81-8. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-661309>;

Coelho, M. T. V., & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 11, 31-38. <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf>;

Conselho Internacional de Enfermeiros [ICN]. (2012). Combater a Desigualdade: da Evidência à Ação. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf;

Dalri, M. C. B., Barbosa, S. F. F., Chaves, L. D. P., Cyrillo, R. M. Z., & Baccin, C. R. A. (2013). Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Linha de Cuidado nas Urgências/Emergências Traumatológicas. Universidade Federal de Santa Catarina. https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/15687/mod_resource/content/2/Modulo8_UrgenciaEmergencia.pdf;

Decreto-Lei n.º 318/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República: 1.ª série, n.º 212, 2 de novembro. <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/decreto-lei/318-2009-483378>;

Decreto-Lei n.º 115/2013 do Ministério da Educação e Ciência. (2013). Diário da República: 1.ª série, n.º 151, 7 de agosto. <https://files.dre.pt/1s/2013/08/15100/0474904772.pdf>;

Decreto-Lei n.º 50-B/2007 (2007). Diário da República, I série - A, n.º 42, 28 de Fevereiro de 2007. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2007/02/04202/00290037.pdf>;

Despacho n.º 15423/2013 do Ministério da Saúde. (2013). Diário da república, II série, n.º 229, 26 de novembro. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2013/11/229000000/3456334565.pdf>;

Despacho 10319/2014, do Ministério da Saúde. (2014). Diário da república, II série, n.º 153, 11 de agosto. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>,

Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde (2015). Diário da república, II série, n.º 102, 27 de maio. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>;

Despacho n.º 6401/2016 do Ministério da Saúde. (2016). Diário da república, II série, n.º 94, 16 de maio. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2016/05/094000000/1523915239.pdf>;

Despacho n.º 2534/2021. (2021). Constitui a Comissão Nacional de Trauma e determina as suas competências. Diário da República, II série, n.º 45, 5 de março. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/03/045000000/0017800182.pdf>;

Despacho n.º 10901/2022 do Ministério da Saúde. (2022). Diário da República, II série, n.º 174, 8 de setembro. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/09/174000000/0009300099.pdf>;

Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf;

Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016. <https://pns.dgs.pt/files/2010/03/Qualidade.pdf>;

Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2010b). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO de 31 de março. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dgsdqco-de-31032010-pdf.aspx>;

Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2017a). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma 001/2017. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2017b). PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS 2017. Ministério da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf;

Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2019). Relatório do Inquérito de Prevalência de Ponto em Hospitais de Agudos em Portugal 2017. Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/relatorios/relatorio-do-inquerito-de-prevalencia-de-ponto-em-hospitais-de-agudos-em-portugal-2017-2022-pdf.aspx>;

Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2020). Despacho n.º 1250/2020. Diário da República, II série, n.º 19, 28 de janeiro. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2020/01/019000000/0012500127.pdf>;

Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2022a). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021/2026– Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para segurança dos

doentes. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>;

Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2022b). Via Verde do Trauma no Adulto. Norma 012/2022 de 12 de novembro. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf;

Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2023). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos - Precauções Básicas de Controlo de Infecção - Relatório 2009-2019|2020-2022. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/resistencia-antimicrobiana.aspx>;

ENA (2010). CLINICAL NURSE SPECIALIST CORE COMPETENCIES - EXECUTIVE SUMMARY 2006-2008. <https://enau.ena.org/Users/LearningActivity/LearningActivityDetail.aspx?LearningActivityID=oD AW%2FK0YnSINmtJYpJmv3w%3D%3D&tab=4>;

ENA (2019). Trauma Nursing Education. <https://enau.ena.org/Users/LearningActivity/LearningActivityDetail.aspx?LearningActivityID=fw6tc2rFk4CkJCT1vumtZg%3D%3D&tab=4>;

Fawcett, J. (2005). Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Ferreira, C. A. (2009). A avaliação na metodologia de trabalho de projecto: uma experiência na formação de professores. Revista portuguesa de pedagogia, 43 (1), 143 – 158. DOI: https://doi.org/10.14195/1647-8614_43-1_7;

Ferro, F. M. R. (2020). *Atuação dos Enfermeiros em situação de trauma, como determinante na segurança do doente crítico*. [Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus]. Repositório Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/27974>;

Granströma, A., Strommerc, L., Falka A., & Schandl, A. (2019). Patient Experiences of Initial Trauma Care. *International Emergency Nursing*, 42, 25–29. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.08.003>;

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. (2012). Situação de Exceção – Manual TAS. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>;

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. (2021, setembro 17). Identificação do Doente. Webinar. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/Identificacao-do-Doente_webinar.pdf;

Kostiuk, M., & Burns, B. (2023). Avaliação do Trauma. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555913/>;

Landim, F. L. P., Frota, M. A., Pagliuca, L. M. F. (2001). Teorias de Enfermagem: Reflexão como Instrumento de Construção da Crítica ao Conhecimento Elaborado. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, 6 (1), 50-56. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44905/27337>;

Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. Porto Alegre, Brasil: AMGH Editora Ltda.

Leal, R. C., Alexandre, A. C. S., Silva, D. C. A., Farias, D. N. O., Neto, N. M. G. & Oliveira, L. R. F. A. (2022). Competência profissional do enfermeiro na unidade de trauma. *Revista Eletrônica*. 45. DOI: 10.15517/enferm.actual.cr.v0i43.46049;

Lei n.º 12/93. (1993). Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. *Diário da República: Série I A*, n.º 94, 22 de abril. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1993-66365533-66365585>;

Lei n.º 156/2015. (2015). *Diário da República, I série*, n.º 181, 16 de setembro. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>;

Lei n.º 33/2009. (2009). Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Diário da República, I série, n.º 134, 14 de julho. <https://files.dre.pt/1s/2009/07/13400/0446704467.pdf>;

Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S. F. G., Sequeira, M. S., Melo, M. F. H., Gouveia, M. J. B. (2022). A Tomada de Decisão na Gestão de Cuidados em Enfermagem: Uma Revisão Narrativa da Literatura. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>;

Malekifar, E., Khalili, R., Moayed, M. S., Moradian, S. T., & Mahmoudi, H. (2022). Auditing the status of prioritization of nursing actions in the trauma emergency department International. Emergency Nursing, 64, 101215. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101215>;

Martins, E. M. T. (2022). *Protocolo Via Verde Sépsis: Práticas Promotoras da Qualidade e Segurança do Doente Crítico*. [Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus].

Meleis, A. (2010). Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. 1.ª Edição Nova Iorque: Springer: 2010.

Mendes, A. S. M. (2022). *Abordagem à Pessoa em Situação Crítica pelo Enfermeiro no Serviço de Urgência em contexto Via Verde de Trauma*. [Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/81386/1/Andreia%20Sofia%20Mota%20Mendes.pdf>;

Ministério da Saúde [MS]. (1996). Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro. Diário da República: I Série A, n.º 205. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>;

Ministério da Saúde [MS]. (2002). Diário da República: I – B Série, n.º 55, 1865 – 1866. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2002/03/055b00/18651866.pdf>;

Neto, J. B. R., Reis, P. C. A., Carreiro, P. R. L., & Figueiredo, R. C. P. (2009). Registro de trauma: uma necessidade nos prontos-socorros do Brasil. Revista Médica de Minas Gerais, 19 (3), 248-252. <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/431>;

Netto, L., Silva, K. L., & Rua, M. S. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. Escola Anna Nery, 22 (1), 1-6. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309;

Nunes L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem: uma exploração da natureza e atributos e dos processos de conhecimento em enfermagem. Revista Percursos (17), 3–9. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf;

Nunes, L. (2016). Os Limites do Agir Ético no Dia-a-dia do Enfermeiro. Revista Servir, 59 (2), 7 – 17. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14209/1/Limites%20eticos%20agir%20enfermeiro%20Rev%20Servir_2016.pdf;

Nunes, A. M. & Nunes, M. L. (2017). Hospital Amato Lusitano: 40 anos ao serviço dos cidadãos. RVJ editores. https://www.researchgate.net/profile/Alexandre-Morais-Nunes/publication/317912897_Hospital_Amato_Lusitano_40_anos_ao_servico_dos_cidadaos/links/59517cee0f7e9b329234cefe/Hospital-Amato-Lusitano-40-anos-ao-servico-dos-cidadaos.pdf;

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96. Diário da República, 1.ª série, n.º 205, 4 de setembro. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>;

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>;

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2008). Informações telefónicas a familiares de utentes. Parecer do Concelho Jurisdicional – 8/2008.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer8_2008_%20informacoes_telefonicas.pdf;

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). Regulamento n.º 165/2011. Diário da República, II série, n.º 47, 8 de março. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2011/03/047000000/1111211113.pdf>;

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lei n.º 156/2015. Diário da República, I série, n.º 181, 16 de setembro. <https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/1s/2015/09/18100.pdf>;

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015b). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Regulamento n.º 361/2015. Diário da República, II série, n.º 123, 26 de junho. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf>;

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015c). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Regulamento n.º 190/2015. Diário da República, II série, n.º 79, 23 de abril. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/04/079000000/1008710090.pdf>;

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2016). Regulamento da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissionaloe.pdf>;

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017a). Regulamento n.º 338/2017. Diário da República, II série, n.º 12, 23 de junho. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2017/06/120000000/1277012772.pdf>;

Ordem dos Enfermeiros (2017b). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem médico-cirúrgica - na área de enfermagem à pessoa em situação crítica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa - na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória - na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf;

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018a). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, II série, n.º 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>;

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018b). Parecer N.º 15 / 2018. Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/2019. Diário da República, II série, n.º 26, 6 de fevereiro. 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>;

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019b). Caracterização dos Serviços de Urgência na Secção Regional do Centro – “Conhecer para Intervir”. Relatório do estudo levado a cabo pela Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17101/su.pdf>;

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2021a). Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 656/2021. Diário da República, II série, n.º 137, 173 – 191. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/07/137000000/0017300191.pdf>;

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2021b). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Médicos [OM]. (2009). Normas de Boa Prática em Trauma. https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Normas_de_Boa_Pratica_em_Trauma.pdf;

Ornellas, T. C. F. & Monteiro, M. I. (2023). *Lifelong learning* entre profissionais de enfermagem: Desafios contemporâneos. Revista de Enfermagem Referência, VI (2), 1 – 7. DOI: 10.12707/RVI22055;

Parreira, J. G., Rondini, G. Z., Below, C., Tanaka, G. O., Pelluchi, J. N., Arantes-Perlingeiro, J., Soldá, S. C. & Assef, J. C.. (2017). Relação entre o mecanismo de trauma e lesões diagnosticadas em vítimas de trauma fechado. Revista Do Colégio Brasileiro De Cirurgiões. 44(4). 340–347. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017004007>;

Peixoto, N. M. S. M., & Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência, IV (11), 121-132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>;

Perboni, J. S., Silva, R. C., Oliveira, S. G. (2019). A humanização do cuidado na emergência na perspectiva de enfermeiros: enfoque no paciente politraumatizado. INTERAÇÕES. 20 (3). Pp. 959-972. <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v0i0.1949>;

Pereira, P., & Botelho, M. A. R. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. Pensar Enfermagem, 18 (2), 61-73. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23806/1/Artigo4_61_73%20%281%29.pdf;

Regulamento n.º 705/2021 27 de julho de 2021 da Escola Superior De Saúde Da Cruz Vermelha Portuguesa — Lisboa. (2021). Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem. Diário da República, II série, n.º 144. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/07/144000000/0012200129.pdf>;

Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. S., & Tronchin, D. M. R. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. Referencia 2017, IV (14), 89 – 100. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV16086>

Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., & Forte, E. (2018). O Olhar dos Enfermeiros Portugueses sobre os Conceitos Metaparadigmáticos de Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 27 (2). <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>;

Rodrigues, S. V., Vieira, M., Charepe, Z., & Capelas, M. L. (2012). Aprendizagem dos Enfermeiros ao longo da vida – Adaptação e validação da Escala de Jeferson. *Cadernos de Saúde*, 5 (1 – 2), 71-77. [file:///C:/Users/joana/Downloads/2831-Artigo-5881-1-10-20191108%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/joana/Downloads/2831-Artigo-5881-1-10-20191108%20(1).pdf);

Rodrigues, W. P., Martins, F. L., Carvalho, F. L. C., Costa, D. M., Fraga, F. V., Paris, L. R. P., Junior, L. R. G., Bueno, D. M. P. & David, M. L. (2019). A Importância do Enfermeiro Gestor nas Instituições de Saúde. *Revista Saúde em Foco*, 11, 382 – 395. https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/031_A-IMPORT%C3%82NCIA-DO-ENFERMEIRO-GESTOR.pdf;

Ruivo, A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf;

Russo, J. R. S., Bico, I. M. T., & Vala, P. A. S. R. (2022). Influência da Comunicação na Relação Enfermeiro-Família em Contexto de Unidade de Cuidados Intensivos: Revisão Sistemática da Literatura. *RIASE – Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 8 (1), 96 – 116. DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(1\).547.96-116](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(1).547.96-116);

Salvador, P. T. C. D. O., Alves, K. Y. A., Rodrigues, C. C. F. M., & Oliveira, L. V. (2020). Estratégias de coleta de dados online nas pesquisas qualitativas da área da saúde: scoping review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, 1 – 13. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190297>;

Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III (3), 15 – 23. <https://www.index-f.com/referencia/2011pdf/33-015.pdf>;

Sheehy, S. (1998). *Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática*. 4ª Edição. Lusociência.

Silva, A. P. & Silva M. C. (2018). *Guia Pedagógico – Construção e Implementação de Projetos de Investigação na Educação Básica*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Acre.

https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/429404/2/25maio18_Produto_Educacional_Aires.pdf;

SNS. (2021). Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo, EPE. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-do-alto-alentejo/>;

SNS. (2022). Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde (2021) - Unidade local de saúde do norte alentejano, EPE (ULSNA, EPE). https://www.ulsna.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/7/2019/02/Relatorio-Acesso-ULSNA_2021.pdf;

SNS. (2024). Apresentação Hospitais ULSNA, EPE. <https://www.ulsna.min-saude.pt/category/servico-de-cuidados-continuados-integrados/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/hospitais/>;

Teixeira, C., Martins, G., Guiomar, J., Paraíso, M., & Guerra, M. (2023). Enfermagem e seus metaparadigmas. Servir, 2(1), 68. Obtido de <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/31613>;

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem (5.ª ed.). Lusociência.

Universidade de Évora. (2016). Aviso n.º 5622/2016 de 2 de maio – Publicação do Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora. Diário da República, II série, n.º 84, 13881 – 13888. https://www.ipbeja.pt/cursos/Mestrados/ess-m_enfermagem/Documents/Despacho_publicacao_Mestrado_Enfemagem.pdf;

ULSCB. (2021). Relatório de Contas 2020. <https://www.ulscb.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/9/2016/12/Relatorio-Contas-2020.pdf>;

ULSNA. (2023). Relatório de Contas 2022. https://www.ulsna.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/7/2019/02/Relat%C3%B3rio-e-Contas-2022_signed_signed_signed_signed_signed_signed.pdf;

Ventura, G., Silva, B., Heinzen, K. V., Bellaguarda, M. L. R., Canever, B. P., Pereira, V. P. (2019). Enfrentamiento de enfermeros a la muerte en el proceso de cuidado en la sala de emergencia. Revista Electrónica Enfermaria Actual Em Costa Rica, 37. DOI 10.15517/revenf.v0iNo. 37.35525;

Wehbe, G. & Galvão, C. M. (2001). O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. Rev Latino-am Enfermagem 2001. 9(2): 86-90. [https://www.scielo.br/j/rlae/a/SnLiyW8GYZHwG7bhSgjJBtj/?format=pdf&lang=pt](https://www.scielo.br/j/rlae/a/SnLiyW8GYZHwG7bhSgjJBtj/?format=pdf&lang=pt;);

Whitaker, I. Y. (2004). Atendimento ao Trauma: um vasto campo para a Enfermeira. ACTA Paulista de Enfermagem. 17 (2). <https://acta-ape.org/en/article/atendimento-ao-trauma-um-vasto-campo-para-a-enfermeira/>;

Will, R.C., Farias, R.G., Jesus, H.P., & Rosa, T. (2020). Cuidados de enfermagem aos pacientes politraumatizados atendidos na emergência. Revista Nursing. 23 (263). Pp. 3766-3777. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i263p3766-3777>;

World Health Organization [WHO]. (2009). Diretrizes para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma. Distribuna Editorial. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44061/9789241597746_por.pdf?isAllowed=y&sequence=3;

World Health Organization [WHO]. (2020). Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709_por.pdf;

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de Atividades do Projeto de Intervenção Profissional

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

De forma a atingir os objetivos propostos para o PIP, foi essencial planejar atividades a desenvolver, atividades essas que se encontram expostas no seguinte cronograma. É importante referir que estas poderão sofrer alguns ajustes temporais de acordo com evolução do projeto.

Cronograma de atividades do Projeto de Intervenção Profissional

ATIVIDADES	2023						2024					
	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Quinzenas						Março	Abril
	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
Reunião de tutoria com a professora orientadora;												
Entrevista exploratória não estruturada com enfermeiro chefe do SUMC;												
Entrevista exploratória não estruturada com a enfermeira orientadora do estágio;												
Definição da problemática e das necessidades do SUMC;												
Leitura de normas e protocolos do SUMC;												
Revisão bibliográfica de temáticas pertinentes ao estágio;												

[illegible]

Fonte: Elaboração própria.

;

Apêndice II - Pedido de autorização do PIP ao CA do CH

Exmº Srº Presidente do conselho de Administração

da ULS [REDACTED], EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização do Projeto de Intervenção com o tema “Abordagem sistematizada à pessoa vítima de trauma admitida no Serviço de Urgência”.

Exmº. Srº. Presidente do Conselho de Administração

Eu, Joana Margarida Maurício da Rosa Frutuoso, Enfermeira em funções no [REDACTED], a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico cirúrgica- A pessoa em situação crítica na Escola Superior de Saúde de Portalegre pretendo realizar um Projeto de Intervenção no Serviço de Urgência do [REDACTED], local onde me encontro a estagiar. O Projeto terá a Supervisão Clínica da Enfª [REDACTED] e orientado pela Professora Maria Antónia Costa.

O período de estágio iniciou-se em setembro de 2023 e termina no final de janeiro de 2024.

Venho por este meio, pedir a autorização para consultar os dados estatísticos relacionados com doentes com trauma que deram entrada no serviço de urgência.

Comprometo-me, a respeitar todos os princípios éticos, mantendo a confidencialidade e anonimato dos dados.

Alguma questão que mereça esclarecimento, considere-me ao dispor.

Atenciosamente

Cumprimentos

Portalegre, 13 de novembro de 2023

Apêndice III - Resumo da Revisão *Scoping*

7 MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



VII Mestrado em Enfermagem em Associação

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde de Portalegre

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Prof.ª Maria Antónia Costa

“Fatores que influenciam os cuidados de enfermagem à pessoa vítima
de trauma no serviço de Urgência / Emergência”

Scoping Review

Discente:

Joana Frutuoso Nº 9146

Fatores que influenciam os cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma no serviço de Urgência / Emergência: uma *Scoping Review*.

Joana Margarida Frutuoso ¹, Maria Antónia Costa ²

¹ Estudante do VII Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialidade em Enfermagem Médico – Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre.

² Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Beja do Instituto Politécnico de Beja.

RESUMO:

Introdução: A problemática do trauma é discutida a nível mundial, provoca muitas mortes e incapacidades. Não sendo fácil lidar com vítimas de trauma nos serviços de urgência e emergência, torna-se importante reconhecer os fatores que influenciam a sua prestação de cuidados, para que se possa melhorar cada um deles e, consequentemente, a capacidade de lidar com doentes vítimas de trauma, melhorando a qualidade de cuidados, diminuindo as mortes e a morbilidade associadas a esta temática. **Objetivos:** Identificar os fatores que influenciam os cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma admitida no serviço de Urgência / Emergência. **Metodologia:** Para esta revisão optou-se pelo método *Scoping Review*. Para o levantamento bibliográfico utilizaram-se os motores de busca, EBSCO e PUBMED, com limite de tempo entre 2019 e 2023. Foram aplicados critérios de inclusão e exclusão para os artigos selecionados, resultando num total de 11 artigos finais. **Resultados:** Os artigos selecionados para o estudo em causa demonstram que, são vários os fatores que influenciam a prestação de cuidados ao trauma. Entre eles podemos referir a capacidade de trabalhar em equipa, a existência de team leader, a comunicação, a capacidade de avaliação da vítima, o feedback, questões económicas e acima de tudo a formação. **Conclusão:** A prestação de cuidados ao trauma é muito específica e exige dos profissionais de saúde conhecimentos e capacidade de lidar com as vítimas de forma rápida e eficiente. São conhecidos imensos fatores que podem influenciar a prestação, mas, através de formação, quando realizada adequadamente e de forma contínua, pode-se corrigir a maioria das lacunas que existem nos cuidados ao trauma, fazendo com que estes sejam realizados de forma eficiente e com excelência.

Palavras-Chave: Trauma, Cuidados de Enfermagem, Serviço de Urgência.

SUMMARY:

Introduction: The problem of trauma is discussed worldwide, causes many deaths and disabilities. It is not easy to deal with trauma in emergency services, it is important to recognize the factors that influence their care, so that each one can improve each of them and, consequently, the ability to deal with patients victims of victims of Trauma, improving the quality of care, decreasing deaths and morbidities associated with this theme. **Objectives:** Identify the main factors that influence care to the critical patient trauma in emergency / emergency services. **METHODOLOGY:** For this review, the Scoping Review method was opted. For the bibliographic survey, search engines, EBSCO and PubMed, with a time limit between 2019 and 2023 were used. Inclusion and exclusion criteria were applied to the selected articles, resulting in a total of 11 final articles. **Results:** The articles selected for the study in question show that there are several factors that influence the provision of trauma care. Among them we can refer to the ability to work as a team, the existence of Team Leader, communication, the victim's assessment capacity, feedback, economic issues and above all training. **CONCLUSION:** Trauma care is very specific and requires health professionals knowledge and ability to deal with victims quickly and efficiently. Immense factors that may influence the performance are known, but through training, when performed properly and continuously, most of the gaps that exist in trauma care, so that they are performed efficiently and with excellence.

Keywords: trauma, nursing care, emergency service.

Apêndice IV - Questionário de Caracterização Sociodemográfica, Profissional, Acadêmica e
Validação da Pertinência do Projeto

QUESTIONÁRIO

Este questionário encontra-se dividido em duas secções e, tem como objetivo a caracterização sociodemográfica, profissional, académica e validação da pertinência do projeto a realizar o SUMC do [REDACTED].

Por favor, preencha os espaços em branco e assinale com uma cruz (X) a sua opção.

I. Caracterização sociodemográfica, profissional e académica

a. **Idade:** ____ anos de idade

b. **Género:**

Masculino: ____ / Feminino: ____

c. **Tempo de experiência:**

0-4 anos: ____ / 5-9 anos: ____ / 10-14 anos: ____ / > 15 anos: ____

d. **Tempo de experiência no SUMC:**

0-4 anos: ____ / 5-9 anos: ____ / 10-14 anos: ____ / > 15 anos: ____

e. **Habilitações académicas:**

Bacharelato: ____

Licenciatura: ____

Pós-Graduação: ____ Área? _____

Especialidade: ____ Área? _____

Mestrado: ____ Área? _____

Mestrado com Especialidade: ____ Área? _____

Doutoramento: ____ Área? _____

II. Validação da pertinência do tema em estudo

a. Possui algum curso de trauma?

SIM: _____ NÃO: _____

b. Considera importante a abordagem do trauma através do Projeto de Intervenção Profissional realizado por uma enfermeira a integrar o estágio em EMC na PSC neste SUMC?

SIM: _____ NÃO: _____

c. Considera importante a uniformização de procedimentos no atendimento à pessoa em situação crítica vítima de trauma?

SIM: _____ NÃO: _____

d. Considera importante a uniformização de registros no atendimento à pessoa em situação crítica vítima de trauma?

SIM: _____ NÃO: _____

e. Considera importante a realização de uma ação de formação a abordar os assuntos supracitados?

SIM: _____ NÃO: _____

Apêndice V - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção este documento.

Título do Projeto:

Abordagem sistematizada à pessoa vítima de trauma admitida no Serviço de Urgência

Identificação dos Investigadores:

Aluna: Joana Margarida Maurício da Rosa Frutuoso

Enfermeira Supervisora: Enfermeira Especialista em EMC [REDACTED]

Professora Orientadora: Professora Maria Antónia Costa

Joana Margarida Maurício da Rosa Frutuoso, enfermeira com a cédula profissional nº 60929, a exercer funções no Bloco Operatório do Hospital Doutor José Maria Grande, ULSNA e aluna do 7º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, encontra-se a realizar o Estágio Final no Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica [SUMC] da mesma instituição hospitalar.

No âmbito deste estágio encontra-se a desenvolver um Projeto de Intervenção Profissional denominado: **“Abordagem sistematizada à pessoa vítima de trauma admitida no Serviço de Urgência”** sob supervisão clínica da Enf.^a Especialista em EMC [REDACTED] e com a orientação pedagógica da Prof.^a M^a Antónia Costa, que decorrerá entre setembro de 2023 e janeiro de 2024. A realização e desenvolvimento deste projeto visa melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica vítima de trauma neste SUMC.

Com o objetivo de validar a pertinência do projeto apresentado, torna-se necessário a realização de um diagnóstico de situação credível, pelo que se solicita a colaboração de todos os enfermeiros do SUMC no preenchimento deste questionário.

Este documento encontra-se dividido em duas secções distintas, sendo o mesmo composto por questões fechadas de resposta individual. A primeira secção diz respeito à

caracterização Sociodemográfica, profissional e académica dos elementos da equipa de Enfermagem e a segunda abrange a apreciação da pertinência do tema em estudo.

A participação no estudo é voluntária, no entanto, salienta-se que o seu contributo é de extrema importância para o desenvolvimento e concretização do projeto. Garante-se o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

Para qualquer esclarecimento adicional não hesite em solicitar mais informações.

Contacto:

Correio eletrónico: joana.frutuoso@hotmail.com

Grata pela sua atenção.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Pede consentimento:

Joana Margarida Maurício da Rosa Frutuoso (Cédula Profissional nº 60929),

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Declaro ter lido e compreendido o presente documento.

Desta forma, aceito participar neste estudo e autorizo que os dados que forneço de forma voluntária sejam utilizados, confiando que os mesmos serão apenas utilizados para esta investigação e de acordo com as garantias de anonimato e confidencialidade que me são dadas pelo(a) investigador(a).

Nome do participante (completo e legível):

Assinatura

Portalegre, _____

O presente documento é feito em duplicado: uma via ficará para o investigador e outra via para a pessoa que consente.

Apêndice VI – Póster PSC Vítima De Trauma

PESSOA em SITUAÇÃO CRÍTICA [PSC] vítima de TRAUMA



Apêndice VII – NORMA – Atuação perante a PSC Vítima de Trauma

Norma para o SUMC [REDACTED]: Atuação de Enfermagem no SU perante a PSC vítima de Trauma

1. ÂMBITO E RESPONSABILIDADES

ÂMBITO	Trauma
RESPONSABILIDADE	Serviço de Urgências do [REDACTED]
OBJETIVOS	Uniformizar a atuação da equipa de Enfermagem perante PSC vítima de Trauma; Definir um instrumento de registo de Enfermagem perante a PSC vítima de Trauma.
DESTINATÁRIOS	Enfermeiros do SUMC

No âmbito dos cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica [PSC] vítima de trauma, realizados no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica [SUMC] do Hospital [REDACTED] é importante desenvolver procedimentos que maximizem e melhorem a prestação de cuidados, de forma que esta se torne mais uniforme, tendo em conta a segurança do doente e dos enfermeiros.

O **Trauma** é uma “uma doença que envolve a troca de energia entre o meio ambiente e o corpo, resultando em lesões que acometem os diferentes sistemas e órgãos” (Parreira et al, 2017).

É considerado como sendo um dos maiores problemas de saúde a nível mundial e um dos motivos do aumento da mortalidade e morbilidade da população (Almeida, 2020), constituindo “um desafio permanente, com múltiplas implicações para a sociedade, ao nível clínico, social e económico” (SNS, 2021).

“O trauma mantém-se como uma das causas mais importantes na origem da morbilidade e da mortalidade em Portugal, com maior incidência na população mais jovem. Reconhecendo que, em grande parte, a melhoria da resposta ao trauma se relaciona com a organização dos meios de socorro e assistência” (OM, 2009).

Segundo WHO (2009), de forma a reduzir o número de mortes e lesões permanentes por trauma, é necessário o fortalecimento do atendimento e assistência aos doentes traumatizados, melhorando a organização e a preparação dos serviços que os recebem.

A avaliação das vítimas que sofreram um trauma requer uma abordagem estruturada e sistematizada. “Ao cuidar de uma vítima de trauma, médicos, enfermeiros e equipe de apoio devem trabalhar juntos e se comunicar de forma eficaz. O objetivo da avaliação das vítimas de trauma é identificar ameaças imediatas à vida e estabilizar o paciente” (Kostiuk & Burns, 2023).

A supracitada avaliação deve ser realizada na sala de emergência [SE] do hospital que recebe o doente, sendo esta uma área imprescindível do SU, consiste na ligação entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, constituindo uma área basilar para uma correta avaliação e tratamento inicial do doente crítico (OM, 2009).

A abordagem ao doente que entra no SU inicia-se na **triagem**, na qual, o enfermeiro “garante uma priorização de atendimento baseado em evidência científica, permitindo ao mesmo tempo uma melhoria na gestão dos recursos e aumento do nível de qualidade dos cuidados” (Almeida et al., 2020). Na **SE**, o enfermeiro realiza uma abordagem diferenciada, sequencial e padronizada, promovendo o respeito da PSC vítima de trauma, tendo em conta a “privacidade, segurança, identidade cultural, dignidade, escolha, autodeterminação, valores, costumes e as suas crenças” (Almeida et al., 2020; Leal et al., 2022). É imprescindível que o enfermeiro seja detentor de conhecimentos técnico-científico para prestar cuidados de enfermagem de qualidade promovendo a segurança da pessoa vítima de trauma.

Uma vítima, é considerada **Crítica**, ou seja, que necessita de intervenções imediatas, devendo ser abordada de uma forma mais rápida e dinâmica, e, se necessário, ativando o transporte o mais rápido possível para o hospital de tratamento definitivo.

Deve ser realizado um contato prévio da equipa pré-hospitalar, para a equipa do SUMC, de preferência para o Enfermeiro chefe da equipa, para que haja uma preparação atempada para receber um doente vítima de trauma, havendo o alerta dos membros da equipa e a preparação de materiais necessários, assim como a comunicação com os restantes elementos multidisciplinares, para que estejam preparados para o caso de serem necessários (DGS, 2022).

A DGS (2022) refere os mecanismos/evidências podem incitar e/ou sugerir que a vítima seja **CRÍTICA**:

MECANISMOS/EVIDÊNCIAS – VÍTIMA CRÍTICA	
REPERCUSSÕES FISIOLÓGICAS DA LESÃO	• Frequência Respiratória < 10 ou > 29 Cpm; • SaO2 < 90% com O2 suplementar; • PAS < 90 mmHg; • Escala de Coma de Glasgow (ECG) < 14 ou queda superior ou igual a 2 pontos desde o acidente.
ANATOMIA DA LESÃO	• Fratura do crânio com afundamento; • Traumatismo vertebro-medular; • Retalho costal móvel; • Fratura de 2 ou + ossos longos (úmero, fémur, tíbia); • Fratura instável da bacia; • Amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo; • Amputação de membro ou parte deste, com potencial para reimplantação (viabilidade do segmento); • Queimaduras Major: 2º Grau > 20% ou 3º Grau > 5% (face, pescoço, tórax circunferenciais, mãos e pés); • Queimaduras com inalação.
MECANISMO DA LESÃO	• Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ao cotovelo e ou joelho; • Qualquer mecanismo com projeção da vítima; • Encarceramento físico ou mecânico (mais de 30 minutos); • Quedas superiores a 6 metros; • Evento Multi-Vítimas (com 5 ou mais vítimas); • Enforcamento, submersão ou afogamento.

Fonte: DGS (2022)

AVALIAÇÃO INICIAL – PRINCÍPIOS DE TRATAMENTO	
O tempo em que a avaliação inicial é realizada deverá ser inferior a 20 minutos , contando o momento “zero”, como o momento em que é realizado o primeiro contacto físico da equipa com a vítima.	
A – Via Aérea e imobilização da coluna Cervical	Avaliar e controlar a via aérea, com estabilização e imobilização total da coluna, a par do fornecimento de suplemento de oxigénio
B – Ventilação e oxigenação	Avaliar e controlar a respiração, procedendo a entubação traqueal e ventilando, se necessário
C – Circulação	Avaliar e controlar a função cardiovascular, parando a hemorragia externa e iniciando fluidoterapia judiciosa e ativando protocolos de hemorragia maciça se necessário. Diagnóstico de outras causas de choque
D – Disfunção neurológica	Avaliar e controlar a disfunção do sistema nervoso central utilizando preferencialmente a Escala de Coma de Glasgow
E – Exposição	Avaliação do ambiente externo, evitando a hipotermia
Nota: contando o momento zero como o contacto físico com a Equipa	

Fonte: DGS (2022)

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA (<60 MINUTOS)
• Obtenção de história detalhada usando a mnemónica AMPLE; • Exame físico completo, incluindo todas as regiões corporais da cabeça aos pés; • Analgesia adequada; • Profilaxia antibiótica, se indicada; • Profilaxia antitetânica, se indicada; • Análises clínicas complementares dirigidas à situação específica; • Registos de dados que permitem a caracterização da situação (documentação); • Avaliação da evolução da resposta à terapêutica instituída; • Identificação de problemas e definição de diagnósticos provisórios; • Formulação de um plano de atuação incluindo o tratamento e encaminhamento da vítima de trauma;

Fonte: DGS (2022)

**UNIFORMIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PSC VÍTIMA DE TRAUMA NA
SE**

O Team leader da SE deve distribuir tarefas pelos restantes enfermeiros e contatar restante equipa multidisciplinar e informar da chegada do doente.

1. Realizar atendimento à PSC vítima de trauma;
2. Monitorizar o doente;
3. Coordenar e realizar os procedimentos invasivos (2 acessos venosos periféricos e, se necessário, algaliação, entubação nasogástrica);
4. Informar o doente de cada procedimento a realizar;
5. Preparar e administrar medicação;
6. Prevenir hipotermia e exposição do doente;
7. Alertar o médico de alterações relevantes no estado geral do doente, como alterações hemodinâmicas (oligúria, hipotensão arterial, taquicardia);
8. Realizar contato com os elementos dos ECD's para que sejam disponibilizados o mais rápido possível;
9. Acompanhar doentes instáveis à realização de ECD's, assegurando um transporte rápido e seguro;
10. Conhecer na integralidade a evolução e estado do doente, para passagem de informação correta;
11. Retirar toda a roupa e adereços pessoais do doente, fazendo espólio ou entregando a familiares;
12. Informar a família da situação do doente;
13. Registar a evolução do doente e todos os procedimentos realizados;
14. Promover uma passagem de dados adequada aquando da transferência do doente.

REGISTOS DE ENFERMAGEM

“Conjunto de informação sistemática, organizada e segundo uma ordem cronológica que permite conhecer o estado atual do utente” (DGS, 2022).

Os registos num doente traumatizado tornam-se essenciais para a continuidade dos cuidados, protegendo o doente, a instituição e os profissionais de saúde que prestam cuidados.

As folhas de registo devem estar formuladas de forma a ser possível realizar uma descrição abrangente e rápida dos cuidados.

Assim, foi elaborado um instrumento de registo de enfermagem, *Cheklis* de Trauma, para facilitar a abordagem ao doente de trauma, os registos de enfermagem e a passagem de informações de uma forma mais correta, sistemática, organizada e segundo a ordem da avaliação do doente. O profissional de enfermagem que a utiliza não corre assim o risco de esquecimento de passagem de informações que possam pôr em risco a continuidade dos cuidados e a segurança do doente.

No apêndice 1 é apresentada a *cheklist* complementar da presente NORMA.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 55-66. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>;

Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2022). Via Verde do Trauma no Adulto. Norma 012/2022 de 12 de novembro. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf;

Kostiuk, M., Burns, B. (2023). Avaliação do Trauma. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555913/>;

Leal, R. C., Alexandre, A. C. S., Silva, D. C. A., Farias, D. N. O., Neto, N. M. G. & Oliveira, L. R. F. A. (2022). Competência profissional do enfermeiro na unidade de trauma. *Revista Eletrónica*. 45. DOI: 10.15517/enferm.actual.cr.v0i43.46049;

Ordem dos Médicos [OM]. (2009). Normas de Boa Prática em Trauma. https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Normas_de_Boa_Pratica_em_Trauma.pdf;

Parreira, J. G., Rondini, G. Z., Below, C., Tanaka, G. O., Pelluchi, J. N., Arantes-Perlingeiro, J., Soldá, S. C. & Assef, J. C. (2017). Relação entre o mecanismo de trauma e lesões diagnosticadas em vítimas de trauma fechado. *Revista Do Colégio Brasileiro De Cirurgiões*, 44(4), 340–347. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017004007>;

SNS. (2021). Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo, EPE. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-do-alto-alentejo/>;

World Health Organization [WHO]. (2009). Diretrizes para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma. Distribuna Editorial. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44061/9789241597746_por.pdf?isAllowed=y&sequence=3;

Apêndice VIII – *Checklist* de Registo de Cuidados ao Trauma

2000

RAUMA

Etiqueta do Doente

ADMISSAO

Data: / /	Hora: h min
-----------------	-------------------

TIPO DE TRAUMA

PRE HOSPITALAR

Bombeiros		SIV		VMER	
Outros					

--	--

--	--

--	--

AVALIAÇÃO Sinais Vitais	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

[illegible][illegible]

Dispositivos	Nº	Local
--------------	----	-------

CVP		

O ₂		
----------------	--	--

CVC		

SNG		
-----	--	--

ALG		
-----	--	--

DIETOS		
TET		

Aquecimento	----	
-------------	------	--

Outros:	
---------	--

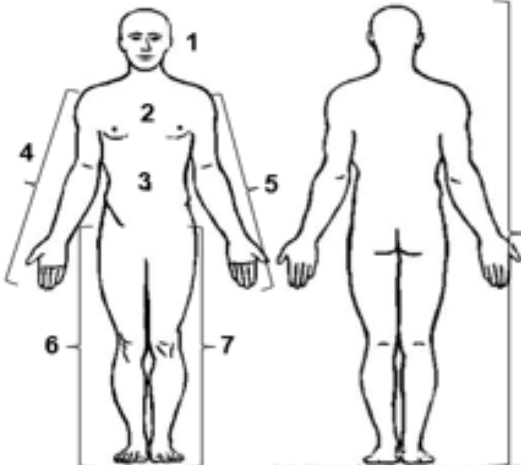
Transferência

Local	Hora
-------	------

Acompanhamento

Médico	Enfermagem
--------	------------

Outras Ocorrências/Informações:

Atuação	Identificação das Lesões
1.	 Diagrama de um corpo humano com 8 pontos numerados para identificação de lesões. 1: cabeça; 2: tórax; 3: abdômen; 4: braço direito; 5: braço esquerdo; 6: perna direita; 7: perna esquerda; 8: costas.
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	Outros

Enfermeiro Responsável

(/ /)

Apêndice IX – Plano De Sessão Da Formação

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Local: Sala de Conferências do [REDACTED]	Grupo: Equipa de Enfermagem do SUMC do [REDACTED]		
Título: Abordagem sistematizada à pessoa vítima de trauma admitida no Serviço de Urgência	Data: 25 de janeiro de 2024		
	Hora: 15 horas		
	Duração: 1 hora		
	Preletor: Joana Frutuoso		
OBJETIVOS			
OBJETIVO GERAL: Consolidar os conhecimentos dos enfermeiros na abordagem à PSC vítima de trauma ajudando a tomar decisões objetivas, rápidas e eficientes.			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Conhecer a problemática do trauma; Esclarecer os papéis dos intervenientes na abordagem à PSC vítima de trauma; Sistematizar os cuidados de enfermagem na abordagem à PSC vítima de trauma; Apresentar a folha de registo (<i>Checklist</i>) dos cuidados à PSC vítima de trauma; Implementar futuramente a <i>Checklist</i> .			
ESTRATÉGIAS/ CONTEÚDOS	MÉTODO/ TÉCNICAS DE ENSINO	MEIOS AUXILIARES DE ENSINO	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO Apresentação da preletora; Apresentação do tema.	✓ Expositivo Exposição oral	✓ Computador/ Multimédia ✓ Power Point® ✓ Microsoft Teams®	✓ 5 min.
DESENVOLVIMENTO A problemática do trauma; O trauma no SU;	✓ Expositivo Exposição oral	✓ Computador/ Multimédia ✓ Power Point® ✓ Microsoft Teams®	✓ 45 min.

Importância dos registos de enfermagem; Apresentação da <i>Checklist</i> trauma.				
CONCLUSÃO Resumo e elucidação do tema; Esclarecimento de dúvidas.		Interrogativo Expositivo Exposição oral	✓ Computador/ Multimédia ✓ Power Point® ✓ Microsoft Teams®	✓ 10 min.
AVALIAÇÃO		Questionário dirigido à plateia (presencial e online), elaborado através da plataforma Google Forms®, onde é avaliada a sessão de formação, em vários níveis (conteúdos programáticos, organização, qualidade do material e meios pedagógicos) e a formadora, quanto ao seu desempenho.		

Apêndice X –Sessão De Formação



1



2



3



4



5



6



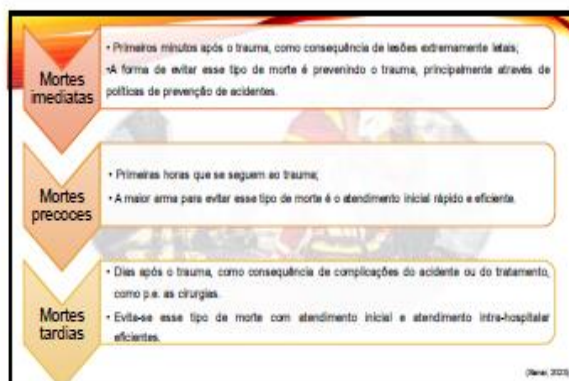
7



8



9



10



11



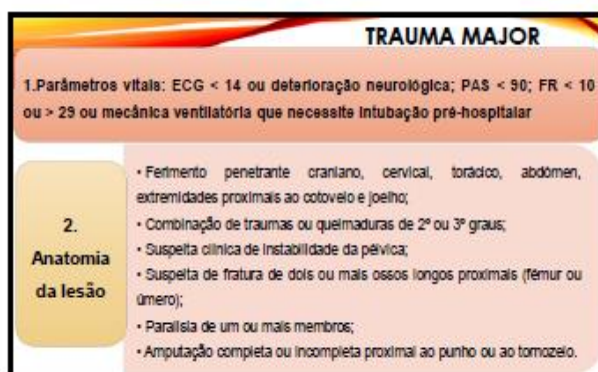
12



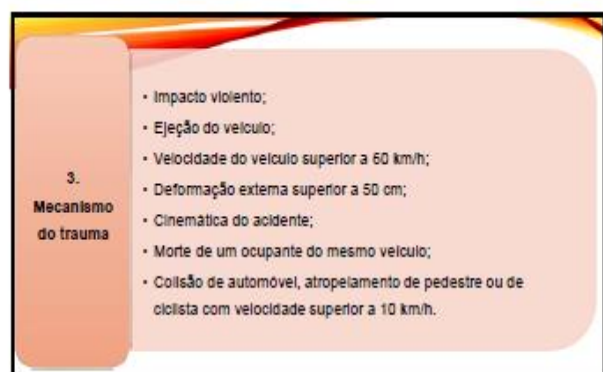
13



14



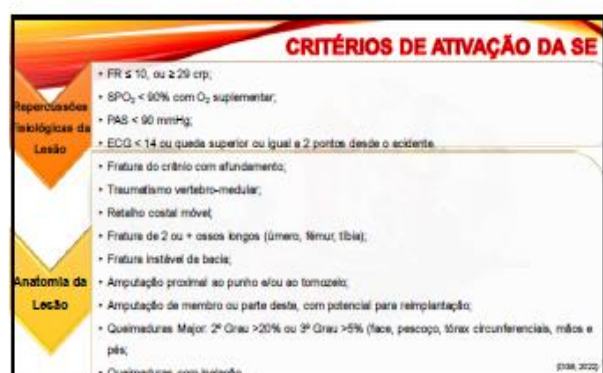
15



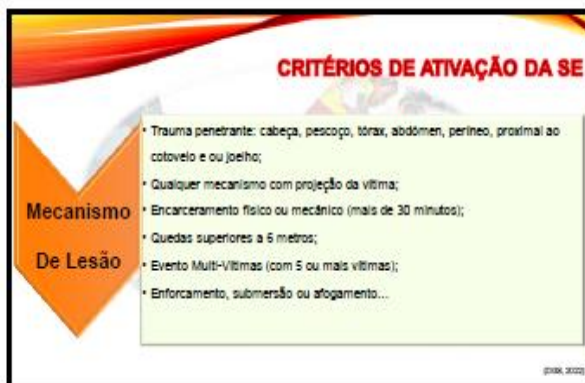
16



17



18



19



20



21



22

ÍNDICE DE GRAVIDADE EM TRAUMA

Abbreviated Injury Scale (AIS)

Revised Trauma Score (RTS)

Injury Severity Score (ISS)

Trauma Score and Injury Severity Score (TRISS)

Escola de Coma de Glasgow (GCS)	Pressão Arterial Sistólica (PAS)	Frequência Respiratória (FR)	Coded Value
13-15	>93	10-20	4
9-12	76-93	>20	3
6-8	50-75	6-9	2
4-5	1-49	1-5	1
3	0	0	0

23



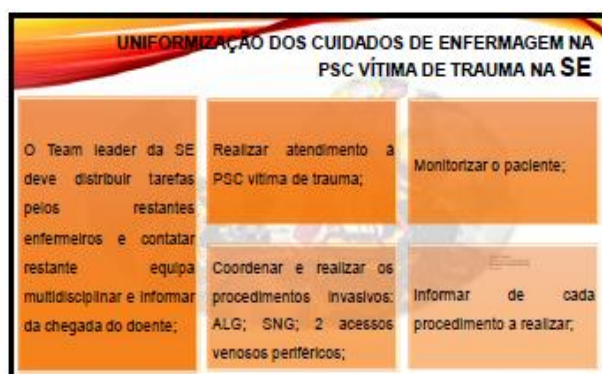
24



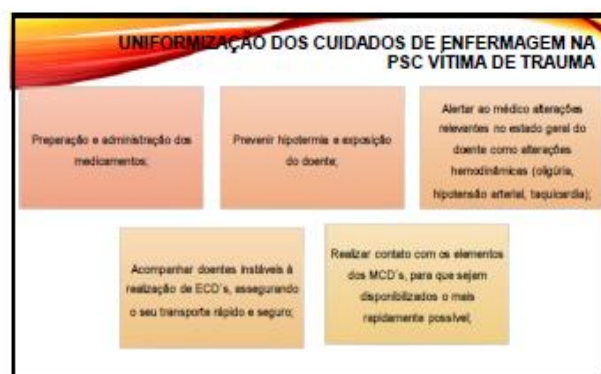
25



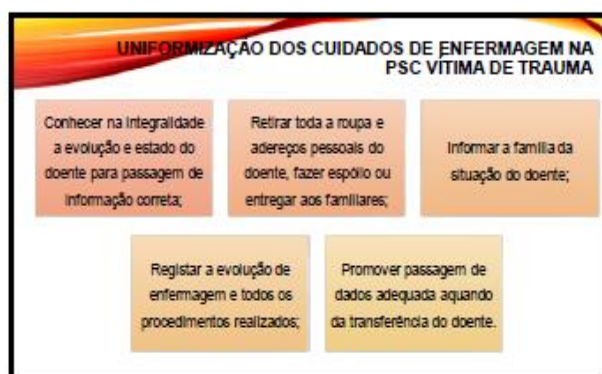
26



27



28



29



30

IMPORTÂNCIA DOS REGISTOS EM TRAUMA

Os registros num doente traumatizado tornam-se essenciais para a continuidade dos cuidados, protegendo o doente, a Instituição e os profissionais de saúde que prestam cuidados. (CONE, 2022)

As folhas de registo devem estar formuladas de forma a ser possível realizar uma descrição abrangente e rápida dos cuidados. (CONE, 2022)

Na folha de registo deve haver espaço para descrever:

- SV;
- Lesões identificadas;
- Tratamento prestado;
- Profissionais de saúde que prestam cuidados;
- Decisões quanto ao doente.

(CONE, 2022)

CHECKLIST TRAUMA

Sugestão de Checklist para Registro
De Cuidados realizados ao à PSC
Vítima de Trauma

[illegible]

Atuação	Identificação das Lesões	Outras Ocorrências/Informações:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		Outras

Declaro Responsável _____
 (____/____/____)

[illegible]

Dúvidas / Sugestões

Apêndice XI – Questionário De Avaliação Da Sessão De Formação

QUESTIONÁRIO

Sistematização e Registo dos cuidados prestados à Pessoa em situação crítica [PSC] vítima de TRAUMA

A sua opinião sobre esta ação de formação é importante para compreendermos se as necessidades inicialmente identificadas foram satisfeitas e, também, para que possamos melhorar o nosso desempenho.

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Selecione de 1 a 5, correspondendo 1 - Insatisfeito; 2 - Satisfeito; 3 - Bom; 4 - Muito Bom; 5 - Excelente ou sim/não, conforme a situação.

1. Conteúdos da ação de formação

1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

2. Estrutura dos conteúdos

1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

3. Interesse/utilidade dos conteúdos

1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

4. Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados

1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

5. Equilíbrio entre a exposição teórica/prática

1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

6. Duração da ação de formação (adequação do tempo ao programa)

1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

II. AVALIAÇÃO DO FORMADOR/A

1. Domínio dos conteúdos

1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

2. Clareza da linguagem

1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

3. Esclarecimentos de dúvidas

1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

4. Capacidade de motivação

1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

5. Relacionamento com os formandos

1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

6. Adequação do método pedagógico

1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

7. Cumprimento de horários

1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

III. AVALIAÇÃO GLOBAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

1. Concretização dos objetivos propostos

1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

2. Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos?

1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

3. O nível das matérias tratadas foi adequado ao seu nível de conhecimento

SIM		NÃO	
-----	--	-----	--

4. Recomendaria esta ação de formação aos seus amigos/colegas?

SIM		NÃO	
-----	--	-----	--

A Sessão de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho profissional?

SIM		NÃO	
-----	--	-----	--

Críticas e Sugestões

ANEXOS

Anexo I – Autorização do CA para a realização do projeto

08/RC

INFORMAÇÃO

N.16/2024, de 01 de março

Ao CA.
04/03/2024

P.7

*Ata 10/2024
Doc. 124*

De: Comissão de Ética

Para: Sr. Vogal Executivo do CA- Dr. [REDACTED]

C/C:

Assunto: Projeto de Intervenção: "Abordagem sistematizada à pessoa vítima de trauma admitida no Serviço de Urgência".

Parecer ____/____/____

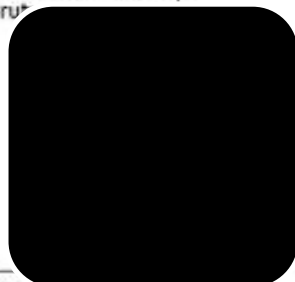
Despacho/Deliberação 07/MAR/2024

[Empty box for opinion]

Tomado conhecimento. O CA concorda com a presente informação e aprova a realização do estudo: "Abordagem sistematizada à pessoa vítima de trauma admitida no Serviço de Urgência".

Dê-se conhecimento:

- À requerente, Enf.ª Joana Frutuoso
- À Comissão de Ética.



A mestrand, Joana Margarida Mauricio da Rosa Frutuoso, a frequentar o mestrado de ~~Enfermagem em~~ *Enfermagem em* Cirurgica- A pessoa em Situação Crítica, solicitou autorização à [REDACTED] para realização do Projeto de Intervenção em serviço: "Abordagem sistematizada à pessoa vítima de trauma admitida no Serviço de Urgência".

Cumpre apreciar:

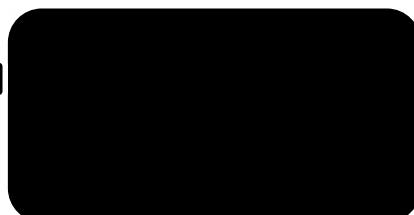
I- Enquadramento/ Fundamentação e Pertinência do Estudo

O estudo insere-se no âmbito do mestrado, tendo a temática sido considerada importante pela equipa onde a requerente se encontra a estagiar.

II- Objetivos

Como objetivo major, pretende contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma.

MOD.02. [REDACTED]



Página 1 de 2

INFORMAÇÃO

N.16/2024, de 01 de março

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

A mestranda propõe-se efetuar uma pesquisa bibliográfica, fazer uma revisão da literatura e leitura de protocolos de atuação e *guidelines*.

Aplicará também entrevista exploratória não estruturada com o enfermeiro responsável do serviço e enfermeira orientadora para aferir das necessidades do serviço.

Propõe-se elaborar uma norma de cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma. Para sua implementação realizará uma sessão de formação.

Não são tratados dados sensíveis, pelo que não tem aqui aplicabilidade os fundamentos de legitimidade e licitude, tal como se encontram explanados no RGPD.

O projeto de intervenção é desenvolvido pela requerente que, no exercício das suas funções, pretende contribuir para uma melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem relativamente às intervenções em pessoas vítimas de trauma.

IV- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do projeto de intervenção, concluímos pela importância do mesmo.

A metodologia proposta não viola questões ético legais, não sendo tratados dados sensíveis na conceção que o RGPD lhe atribui.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente projeto e por considerar a importância na sua realização, delibera dar parecer favorável à realização do projeto de intervenção:

"Abordagem sistematizada à pessoa vítima de trauma admitida no Serviço de Urgência"

A decisão que recair sobre esta informação deverá ser notificada:

- À requerente, Sr.ª Enf.ª Joana Margarida Frutuoso;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

P'la Comissão de Ética

Junta: Requerimento e anexos.

Anexo II – Certificado SBV



EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL
www.erc.edu

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

Joana Margarida Maurício Da Rosa FRUTUOSO

11/11/1986

Obteve a qualificação de ERC
Basic Life Support (BLS)
Operacional

No Portalegre, Portugal

Maria Do Céu Mendes Pinto MARQUES

Instrutor líder



Data do último curso: 14/04/2023

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.
Para verificar a validade deste certificado, acesse <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-422-722135

Anexo III – Certificado SAV



Certifica-se que Joana Margarida Maurício da Rosa Frutuoso, nascido(a) em 11/11/1986, com o número de identificação civil ****6442, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 20/05/2023 a 21/05/2023, com a duração de 16 horas e 5 anos de validade.

Porto Salvo, 21 de maio de 2023

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 23034507

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

Anexo IV – Certificado ITLS



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

Certificate of Participation

Joana Margarida Maurício da Rosa Frutuoso, RN

date

4/23/2023

course site

Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, INTL
(International)

course director

course coordinator

Luis Figueiredo RN



Improving Trauma Care Worldwide

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

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

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to:
<https://www.capce.org/CertificateTrouble/Index>

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
2001 Butterfield Road, Suite 320
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



369126-51505

Joana Margarida Mauricio da Rosa Frutuoso, 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 4/23/2023 **Expiration Date** 04/2026

Course Number 51505

Course Location

Instituto Politécnico de
Portalegre, Portalegre, INTL
(International)

Anexo V – Certificado GLC – PPCIRA – PQ.08 - UL - PPCIRA - Ratreio de MO na admissão e durante o internamento

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

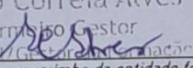


Certifica-se que **JOANA MARGARIDA MAURICIO ROSA FRUTUOSO**, natural de Portalegre, nascido(a) em 11-11-1986, com o N.º de Cartão de Cidadão 12976442-6ZX8, válido até 01-03-2031, esteve presente na Formação em Serviço, com o tema **Apresentação da PQ.08-UL-PPcira - Rastreio de MO na admissão e durante o internamento**, no(s) dia(s) 24 de Outubro de 2023, com a duração de 01h30.

Portalegre, 14 de novembro de 2023

O Responsável pela Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.

Alberto Correia Alves
Enfermeiro Gestor


(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora
certificada)

Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho n.º 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

Certificado n.º 731/2023

ULSNA - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE
Entidade Pública Empresarial criada pelo Decreto-Lei n.º 50-B/2007, DE 28 de Fevereiro

Sede | Avenida de Santo António | 7301-853 Portalegre, PORTUGAL
TEL + 351 245 301 000 | FAX + 351 245 330 359 | EMAIL email admin@ulsna.min-saude.pt | www.ulsna.min-saude.pt

Anexo VI – Certificado GLC – PPCIRA – Fundamentos de Prevenção e Controlo de Infecção em Cuidados de Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

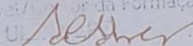


Certifica-se que **JOANA MARGARIDA MAURICIO ROSA FRUTUOSO**, natural de Portalegre, nascido(a) em 11-11-1986, com o N.º de Cartão de Cidadão 12976442-6ZX8, válido até 01-03-2031, esteve presente na Formação em Serviço, com o tema **FUNDAMENTOS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE I**, no(s) dia(s) 28 de Novembro de 2023, com a duração de 04h00.

Portalegre, 11 de janeiro de 2024

O Responsável pela Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.

Alberto Correia Alves
Enfermeiro Gestor
Responsável da Formação


(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora
certificada)

Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho n.º 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

Certificado n.º 2258/2023

ULSNA - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE
Entidade Pública Empresarial criada pelo Decreto-Lei n.º 50-B/2007, DE 28 de Fevereiro
Sede | Avenida de Santo António | 7301-853 Portalegre, PORTUGAL
TEL + 351 245 301 000 | FAX + 351 245 330 359 | EMAIL email_admin@ulsna.min-saude.pt | www.ulsna.min-saude.pt