



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

Diana Catarina Silva Costa

**EXPERIÊNCIAS DOS ENFERMEIROS
ESPECIALISTAS NA ASSISTÊNCIA À VÍTIMA
DE TRAUMA NA SALA DE EMERGÊNCIA**

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2024

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**EXPERIÊNCIAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS
NA ASSISTÊNCIA À VÍTIMA DE TRAUMA NA SALA
DE EMERGÊNCIA**

Relatório Final de Estágio

Diana Catarina Silva Costa

Relatório Final de Estágio apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação do Professor Especialista Filipe Vieira Franco

Oliveira de Azeméis | 2024

“Sem sonhos, a vida não tem brilho.
Sem metas, os sonhos não têm alicerces.
Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais.”
(Augusto Cury)

AGRADECIMENTOS

Neste percurso de crescimento e aprendizagem, foram muitos aqueles que caminharam ao meu lado, aos quais, não posso deixar de agradecer.

Ao orientador Professor Especialista Filipe Vieira Franco, pela sua orientação dedicação, disponibilidade paciência, compreensão e contributo para o desenvolvimento deste relatório.

Aos contextos de prática clínica, pelo acolhimento e, em especial, aos tutores, pela disponibilidade, confiança e vivências partilhada no decorrer do estágio.

Aos participantes do estudo de investigação que demonstraram, de forma atenciosa, o seu interesse e disponibilidade.

Aos meus pais, pelos valores transmitidos, pelo apoio incondicional, pelo incentivo e ânimo.

Um agradecimento especial ao meu marido Diogo Oliveira, pela compreensão de todas as ausências, pelo suporte e pelo amor inesgotável.

A todos, o meu sincero, obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ANSR – Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária
CHBV – Centro Hospitalar do Baixo Vouga
CODU – Centros de Orientação de Doentes Urgentes
CRM – Crisis Resource Management
CT – Centro de Trauma
DC – Diana Costa
DGS – Direção Geral da Saúde
ECG – Escala de Coma de Glasgow
EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
ESSNorteCVP – Escola superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
GHAF – Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia
GNR – Guarda Nacional Republicana
ITLS – Internacional Trauma Life Support
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
MCDT – Meio Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
mmHg – Milímetros de mercúrio
NAEMT – National Association of Emergency Medical Technicians
N.º - Número
OE – Ordem dos Enfermeiros
OM – Ordem dos Médicos
OMS – Organização Mundial de Saúde
PBCI – Precauções Básicas do Controlo da Infecção
Pré-H. – Pré-Hospitalar
PSP – Polícia de Segurança Pública
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RNT – Rede Nacional de Trauma
RT – Rede de Trauma
SAV – Suporte Avançado de Vida
SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV – Suporte Imediato de Vida
SNA – Serviço Nacional de Ambulâncias

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TNCC - Trauma Nursing Core Course

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VVT – Via Verde de Trauma

WHO – World Health Organization

> - Maior

< - Menor

% - Percentagem

RESUMO

O trauma em Portugal mantém-se como uma das causas mais importantes na origem da mortalidade e morbilidade em população jovem e, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerado um grave problema de saúde pública. Os enfermeiros especialistas são profissionais fulcrais para o atendimento à pessoa em situação crítica, nomeadamente de vítimas de trauma, assumindo um papel preponderante na prevenção de complicações e manutenção da estabilidade das mesmas. As competências específicas colocadas em prática pelos enfermeiros especialistas no cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e a resposta em situações de emergências no contexto da vítima de trauma refletem-se no prognóstico do mesmo.

O estágio de natureza profissional do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, foi realizado num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico de um hospital do centro do país e nos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica – Delegação Centro.

Os objetivos deste relatório de estágio visam descrever a experiência da formação prática vivenciada, analisar a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área pessoa em situação crítica, e ainda, o desenvolvimento de competências de investigação.

Na primeira parte expõem-se as experiências vivenciadas, atividades realizadas e competências adquiridas, tendo por base o pensamento crítico-reflexivo, e na segunda parte, apresenta-se a componente de investigação, onde é descrito o processo metodológico conduzido de forma a dar resposta ao estudo proposto.

Na segunda parte expõem-se um estudo de investigação, tendo por base o estudo qualitativo realizado a dez enfermeiros especialistas em EMC a exercer funções em contexto de sala de emergência, nomeadamente no atendimento à vítima de trauma.

O cuidado especializado à vítima de trauma tem impacto na prestação de cuidados, sendo que os contributos do estágio e da investigação foram múltiplos, nomeadamente no desenvolvimento profissional e na qualidade dos cuidados e enfermagem, a prestar futuramente à vítima de trauma.

ABSTRACT

Trauma in Portugal remains one of the most important causes of mortality and morbidity in the young population, and according to the World Health Organization (WHO) it is considered a serious health problem. Specialist nurses are key professionals in the care of critically ill patients, particularly trauma victims, assuming a determinant role in preventing complications and maintaining their stability. The specific skills put into practice by specialist nurses in caring for people experiencing complex critical illness processes and their response in emergency situations in the context of trauma victims are reflected in the victim's prognosis.

As part of the professional internship for the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the Area of Specialization for People in Critical Situations, which took place at the Medical-Surgical Emergency Service and the means of the National Institute of Medical Emergency - Central Delegation (Immediate Life Support Ambulance and Medical Emergency and Resuscitation Vehicle), there is an urgent need to carry out research into the experience of nurses in assisting trauma victims in the emergency room.

The objectives of this internship report are to describe the practical training experience, to analyze the acquisition and development of common and specific competencies for nurses specializing in medical-surgical nursing in the area of people in critical situations, and also to develop research competencies.

The first part sets out the experiences, activities carried out and skills acquired, based on critical-reflective thinking, and the second part presents the research component, which describes the methodological process carried out in order to respond to the proposed study. The research carried out was based on a qualitative study of ten specialist nurses working in the emergency room, specifically in the care of trauma victims.

Specialized care for trauma victims has an impact on the provision of care, and the contributions of the internship and research were multiple, particularly in terms of professional development and the quality of care.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Experiências dos enfermeiros especialista na assistência à vítima de trauma na sala de emergência	64
--	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	13
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	15
1. Enquadramento dos Contextos de Estágio	17
1.1. Estágio em Contexto de Urgência	17
1.2. Estágio em Contexto Extra-Hospitalar	18
2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	21
2.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	21
2.2. Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	23
2.3. Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados	25
2.4. Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais ...	26
3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	29
3.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica	30
3.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação	32
3.3. Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo de Infecção 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 .	33
4. Considerações finais	37
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	39
1. Resumo	41
2. Abstract	43
3. Fundamentação/Enquadramento Teórico	45
3.1. O trauma em Portugal	45
3.2. Rede de Trauma	48

3.3.	Centro de Trauma.....	49
3.4.	Sala de Emergência	50
3.5.	Equipa de Trauma.....	52
3.6.	Formação.....	54
4.	Finalidade e Objetivos	57
5.	Metodologia	59
5.5.	Desenho do estudo	59
5.6.	Considerações éticas	62
6.	Resultados	63
7.	Discussão	75
8.	Conclusão	85
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
	ANEXOS	99
	ANEXO I: Projeto melhoria contínua - Gestão de altas no SU: Checklist	101
	ANEXO II: WEBINAR INEM - Fratura dos membros: intervenção especializada do enfermeiro no extra-hospitalar	109
	ANEXO III: Guião de entrevista semiestruturada	133
	ANEXO IV: Autorização utilização questionário	137
	ANEXO V: Consentimento informado, livre e esclarecido	141
	ANEXO VI: Parecer da comissão de ética da ESSNorteCVP	145
	ANEXO VII: Grelha de Análise de Conteúdo	149

INTRODUÇÃO

Desde o começo da história e da humanidade, os seres humanos estão expostos a diversos eventos traumáticos. O trauma é considerado das causas de morte, incapacidade e diminuição da qualidade de vida em todo o mundo. Nos países em desenvolvimento, os eventos traumáticos são a terceira principal causa de morte, registrando mais de 4,4 milhões de mortes por ano, e tendo uma taxa de incapacidade muito elevada (World Health Organization [WHO], 2022; Norma nº 012/2022, 2022).

Na atualidade estamos perante uma sociedade moderna, que preza cada vez mais pela atualização do conhecimento científico, com vista à qualidade de cuidados de excelência. O avanço do conhecimento requer que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) desenvolva uma prática baseada na mais recente evidência científica (Almeida et al., 2020).

A enfermagem como profissão tem registado nos últimos anos uma evolução, tanto ao nível da formação, mas também, no que se refere à complexidade e dignidade do exercício profissional, valorizando as competências dos enfermeiros e a qualidade e eficácia das intervenções. A pessoa em situação crítica carece de cuidados técnicos diferenciados pelo risco de falência orgânica, cabe ao EEEMC enfrentar o desafio de mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Este relatório surge no âmbito do 3º semestre do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, que decorreu na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

De modo a refletir-se sobre a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica, realizou-se uma descrição e reflexão crítica das atividades desenvolvidas no âmbito do estágio e a forma como este percurso contribui para o desenvolvimento das mesmas.

De modo a assegurar o desenvolvimento de conhecimentos e competências, assim como conhecer melhor, na prática, o contexto de assistência à vítima de trauma, realizou-se o Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) de um centro hospitalar do centro do país e nos meios do Instituto Nacional

de Emergência Médica (INEM) – Delegação Regional do Centro (Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) da região centro do país e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do centro do país).

A questão da assistência a vítimas de trauma, tem constituído um motivo de debate e discussão por parte dos profissionais de saúde ao nível nacional. Esta problemática constitui o ponto de partida para o trabalho de investigação, evidenciando a preocupação da experiência dos enfermeiros na assistência a vítimas de trauma em contexto de sala de emergência. Como contributo para a resposta a esta questão de investigação e considerando a importância do assunto explanado, é fundamental perceber como experienciam os enfermeiros os cuidados durante a assistência a vítima de trauma na sala de emergência.

Este documento está dividido em duas partes: componente de estágio e componente de investigação. Na primeira parte com recurso a uma metodologia crítico reflexiva, realizou-se um enquadramento dos contextos de estágio, nomeadamente, estágio em contexto hospitalar e estágio em contexto extra-hospitalar. Refletindo sobre a experiência na prática clínica, é realizada uma análise dos momentos mais significativos de desenvolvimento, tendo em consideração as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Na segunda parte, é explanada a componente de investigação, onde se apresenta o estudo intitulado “Experiência dos enfermeiros na assistência à vítima de trauma na sala de emergência”. Inicia-se com uma breve fundamentação/enquadramento teórico do trauma, de forma a conhecer o estado da arte. Posteriormente é apresentado a finalidade e os objetivos traçados para o desenvolvimento deste trabalho de investigação. Na metodologia é apresentado o desenho do estudo e considerações éticas. Finalmente são apresentados os resultados dos dados recolhidos sob a forma de entrevista semiestruturada realizada a dez EEEMC a desempenhar funções em contexto de sala de emergência, no período de janeiro a fevereiro de 2024, através da análise de conteúdo segundo o referencial de Bardin. Na discussão são confrontados os resultados obtidos com a evidência científica.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos Contextos de Estágio

No decorrer deste mestrado surgiu a oportunidade de conhecer diferentes contextos de estágios e vivenciar diversas experiências que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Os estágios constituem-se como espaços de oportunidade, são momentos de elevado potencial formativo, tendo como objetivo proporcionar o contacto com a realidade prática de enfermagem (Cunha et al., 2018).

O estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II, decorreu de 20 de setembro de 2022 a 14 de abril de 2023, sendo composto por um total 810 horas, das quais, 440 horas correspondentes a horas de contacto em tipologia de estágio, divididas em dois momentos, estágio em contexto de urgência e em ambiente extra-hospitalar.

Neste capítulo é feita uma breve caracterização dos contextos de estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II, dado que, o conhecimento dos locais escolhidos adquire uma especial importância para a compreensão das competências adquiridas e componente de investigação desenvolvida relativamente à temática da experiência dos enfermeiros na assistência à vítima de trauma na sala de emergência.

1.1. Estágio em Contexto de Urgência

O primeiro momento de estágio em contexto de prática clínica decorreu de 03 de outubro de 2022 a 09 de dezembro de 2022 no Serviço de Urgência Médico Cirúrgico (SUMC), sob a orientação do Professor Especialista Filipe Vieira Franco.

Numa primeira instância importa contextualizar a instituição. A instituição foi criada pelo Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de março (2011) é constituído pela fusão de três unidades hospitalares: Hospital Infante D. Pedro (Aveiro); Hospital Distrital de Águeda; e Hospital Visconde de Salreu (Estarreja).

O objetivo da instituição onde se realizou o estágio é a prestação de cuidados de saúde de acordo com o seu grau de diferenciação e detém uma área de influência que abrange 284 987 habitantes de nove concelhos do distrito de Aveiro: Águeda, Albergaria-a-Velha, Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Murtosa, Oliveira do Bairro, Sever do Vouga e Vagos (Centro Hospitalar do Baixo Vouga [CHBV], 2021).

Relativamente ao serviço de urgência de valência médico-cirúrgica, tem apresentado um aumento crescente na sua procura, sendo que em 2021 apresentou uma afluência média diária de 249 pessoas. Este serviço tem a capacidade para receção, recuperação e estabilização de doentes críticos com subsequente internamento em unidade de agudos com maior ou menor diferenciação, assim como, identificação de situações clínicas particulares que carecem de transferência para outras unidades hospitalares (CHBV, 2021).

O serviço encontra-se em processo de reestruturação, no entanto, para melhor compreensão da dinâmica e da estrutura física, diferencia-se nas seguintes áreas: área de admissão de doentes (balcão de admissão, sala de espera e dois postos de triagem); área azuis, verdes e amarelos (quatro gabinetes médicos, um gabinete de enfermagem e sala de espera); área de emergência (sala com capacidade para atendimento em simultâneo de três doentes críticos); área de psiquiatria (um gabinete médico e sala de espera, a funcionar das 8h às 20h); área de ortopedia (um gabinete médico e uma sala de prestação de cuidados); área de cirurgia (sala de observação médica equipada com 6 unidades individuais e sala de espera); gabinete de enfermagem; área de medicina (sala ampla equipada com 33 unidades individuais, uma sala de doentes autónomos e uma sala para doentes em fase terminal) e área de coordenação e bem-estar.

A equipa de enfermagem está organizada em subequipas, constituídas de forma equitativa de acordo com a formação e experiência profissional, o método de trabalho utilizado no serviço é o método de trabalho em equipa, onde os enfermeiros são distribuídos por áreas e dirigidos por um enfermeiro coordenador em cada turno, permitindo a rentabilização das capacidades e o aproveitamento das habilidades profissionais de cada pessoa, de acordo com a sua experiência e formação. A equipa de enfermagem é composta por 105 enfermeiros, dos quais 1 enfermeiro em funções de chefia e 14 coordenadores. No que se refere a especialização, a equipa é composta por 15 enfermeiros especialistas, dos quais, 8 especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 1 especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica, 4 em Enfermagem de Reabilitação, 1 em Enfermagem Comunitária e 1 em Enfermagem de Saúde Familiar.

1.2. Estágio em Contexto Extra-Hospitalar

O segundo momento de estágio em contexto de prática clínica decorreu de 12 de dezembro de 2022 a 08 de março de 2023 nos meios do INEM da delegação regional do Centro, mais propriamente numa SIV e numa VMER da região centro do país, sob a orientação do Professor Especialista Filipe Franco.

A enfermagem extra-hospitalar tem tido uma importância inquestionável nas últimas décadas, permitindo a diminuição da mobilidade e mortalidade, é da sua competência a estabilização de vítimas de doença súbita/trauma, assim como do transporte assistido até à unidade de saúde indicada (Mota, 2020).

O INEM é um organismo do Ministério da Saúde, responsável pela coordenação do funcionamento do Sistema Integrado de Emergência, de modo a garantir às vítimas de doença súbita e a sinistrados a prestação de cuidados de saúde no local da ocorrência, bem como o transporte assistido (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2023).

As ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), apresentam a missão de garantir os cuidados de saúde diferenciados no local da ocorrência, assim como o transporte inter-hospitalar de doentes críticos. A tripulação deste meio é composta por um enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-hospitalar (TEPH) (INEM, 2023).

As Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), tem como objetivo o transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente, sendo a tripulação deste meio composta por um enfermeiro e um médico (INEM, 2023).

São diversos os motivos que me levaram a realizar este estágio em ambiente extra-hospitalar, nomeadamente o interesse pessoal e profissional, assim como compreender de que forma são desempenhadas as intervenções no extra-hospitalar à pessoa em situação crítica pelos olhos do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Os cuidados de saúde, especialmente os cuidados de enfermagem assumem hoje um papel fulcral e de exigência técnica e científica, sendo a especialização atualmente uma realidade que abrange a generalidades dos profissionais de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), apresentar competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados são características do enfermeiro especialista, que englobam as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, de aconselhamento, liderança, responsabilidade e na investigação relevante e pertinente, com o objetivo de avançar e melhorar a prática de enfermagem baseada na melhor e atual evidência científica.

A organização deste capítulo encontra-se dividido segundo os quatro domínios de competências definidas pelas Ordem dos Enfermeiros (OE), conforme o Regulamento n.º 140/2019 (2019): responsabilidade profissional, ética e legal; melhora contínua da qualidade; gestão de cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Neste capítulo é feita uma reflexão e análise das competências adquiridas, assim como, sobre os objetivos delineados em contexto de estágio.

2.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A enfermagem é uma profissão autorregulada, estando os seus princípios éticos e deontológicos definidos no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). O desenvolvimento da profissão tem-se realizado a vários níveis, com destaque para a compreensão da responsabilidade ética e deontológica dos enfermeiros (OE, 2015).

No âmbito do desenvolvimento desta competência, pressupõem-se o desenvolvimento da prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais e com princípios éticos e a deontológicos, de modo, a garantir cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Os enfermeiros especialistas, em particular, devem ser detentores de conhecimento no domínio ético e deontológico, de espírito crítico e capacidade reflexiva, de modo a tomarem

decisões seguras, profissionais e éticas, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A profissão de enfermagem tem na sua génese o cuidar, a prestação de cuidados ao outro mais frágil, ao mais vulnerável, os enfermeiros estão na linha da frente no que se refere a dignidade humana, ao respeito e à promoção do bem-estar, da qualidade de vida e dos direitos humanos (OE, 2020).

É parte integrante das intervenções de enfermagem a resposta às necessidades específicas da pessoa, à promoção da saúde/bem-estar/autocuidado, à prevenção de complicações e à gestão e reajuste após eventos de doença (OE, 2020).

A humanização dos cuidados é essencial para a excelência da prática de enfermagem, no entanto, existem fatores que são prejudiciais, tais como, a falta de recursos estruturais e organizacionais, a gestão das redes de saúde, o excesso de trabalho, a escassez de profissionais e a pouca resolubilidade dos cuidados de saúde primários, o que leva a sobrelotação de unidades hospitalares, sobretudo de serviços de urgência (Rolo et al., 2019; Sousa et al., 2019).

Tendo em conta o contexto de estágio no SUMC, destaca-se alguns princípios e deveres do enfermeiro, no âmbito profissional, ético e legal, que foram alvo de reflexão.

A passagem de turno é um momento de transmissão de informação entre profissionais de saúde, definida como um processo de partilha de informação verbal e não verbal, vital à continuidade, segurança do doente e qualidade dos cuidados (Frias & Santos, 2023).

Na saúde, a falha na comunicação é das principais causas dos eventos adversos, a evidência refere que até 70% dos eventos ocorrem durante a comunicação entre profissionais na transição de cuidados do doente. Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Direção Geral da Saúde [DGS], 2022), é objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, entre as quais, considerada como área prioritária a segurança da comunicação. A comunicação eficaz é um dos principais pilares para a promoção de cuidados seguros e fundamental para a prevenção de eventos adversos.

Durante o estágio procurou-se a implementação de uma comunicação eficaz, ou seja, a transmissão de informação de conteúdo relevante, suficiente, adequado e preciso, de forma a melhorar os cuidados, preservar a segurança do doente, diminuir os eventos adversos e ainda, desenvolver o pensamento crítico da equipa através de momentos de reflexão, de formação e aprendizagem.

No âmbito da segurança da comunicação do doente, segundo a Norma n.º 001/2017 (2017), a transição de cuidados deve ser normalizada utilizando a técnica ISBAR. A

mnemónica ISBAR permite a transmissão de informação de forma simples e memorizar situações complexas. Esta ferramenta mostrou-se uma mais-valia, uma vez que, é de fácil preenchimento, onde consta informação recolhida pertinente, e se verifica a diminuição da omissão de informações relevantes, sendo de fácil consulta. No entanto, também se verificou uma elevada quantidade de informação em algumas situações a impossibilidade de recolha de informação dado a curta permanência de alguns doentes.

Em ambos os contextos onde foi desenvolvido o estágio e tendo em conta as suas características e complexidade das situações vivenciadas, procurou-se o respeito e a adoção de uma conduta proativa para a prestação de cuidados de qualidade. Procurou-se a prática assente nas normas legais, nos princípios éticos e deontologia profissional, assim como fomentar a reflexão crítica dos mesmos, de forma a garantir práticas seguras que respeitassem os direitos humanos e responsabilidades profissionais e com base na melhor evidência científica possível.

2.2. Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O enfermeiro especialista, independentemente da sua área de especialização e contexto onde exerce funções, desempenha um papel fulcral na promoção de um ambiente terapêutico e seguro na gestão do risco e prevenção.

No âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade são emanadas três competências no regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista: o papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, o desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e a promoção de um ambiente terapêutico seguro (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A qualidade dos cuidados de saúde é definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, tendo em conta os recursos existentes, a adesão e satisfação da pessoa e ainda a adequação às necessidades e expectativas da mesma (Despacho n.º 5613/2015, 2015).

O exercício profissional entende-se como um contributo fulcral para um sistema de melhoria contínua da qualidade, que apenas são viáveis se forem implementadas tendo em conta a orientação dos diversos padrões de qualidade que estão implícitos na satisfação do doente, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, no bem-estar e autocuidados dos doentes, na readaptação funcional e também na organização da dinâmica dos serviços de enfermagem (OE, 2017a).

O modelo de competências em enfermagem proposto por Benner (2001) está organizado em cinco níveis de proficiência que são o reflexo da mudança, todos os enfermeiros têm o

dever de contribuir com os seus conhecimentos para gerir soluções na melhoria da qualidade e na progressão de todos os elementos da equipa. Neste sentido e de acordo com os quadros de referência orientadores para o exercício da profissão, todo o enfermeiro detentor de conhecimentos mais atualizados e diferenciados tem o dever de partilhar com os seus pares.

O serviço de urgência é um ambiente vulnerável que coloca em causa a segurança dos doentes, os profissionais de saúde trabalham em condições de alta pressão, tendo um trabalho desafiador, devido a elevada afluência, alta rotatividade de doentes, sobrecarga de trabalho, dificuldades na comunicação, entre outras (Kallberg et al., 2017).

A alta hospitalar muitas vezes corresponde a momentos de stress para o doente e para a família/cuidador, a equipa de enfermagem tem um papel fundamental neste processo, sendo da sua responsabilidade a avaliação das necessidades dos mesmos, com vista à capacitação após doença e diminuição do número de readmissões no serviço de urgência (Modas et al., 2019).

A existência de normas, protocolos e projetos de melhoria contínua da qualidade refletem uma boa prática, neste sentido, a criação de novos documentos ou a atualização dos existentes mostram uma mais-valia para a prática de enfermagem. Durante este percurso, propôs-se a realizar algumas atividades e reflexões, procurando a melhoria da qualidade dos cuidados.

Na procura contínua da melhoria e prestação de cuidados de excelência foi realizado um projeto (Anexo I) na área da gestão de alta no serviço de urgência, de forma a contribuir para a melhoria do contexto da prática clínica e ainda para contribuir para a satisfação do profissional e satisfação do doente.

Relativamente ao estágio do extra-hospitalar, os enfermeiros têm a função de prestar cuidados de emergência médica de acordo com protocolos instituídos pelo INEM, onde à chegada do local é feita uma primeira abordagem e identificada a situação de forma a enquadrá-la num dos diferentes protocolos. As ambulâncias SIV constituem um meio de socorro com a possibilidade de administração de fármacos, de recorrer a telemetria e de realizar procedimento invasivos sob supervisão dos médicos reguladores existentes no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).

Os protocolos são recomendações estruturadas de forma sistemática, baseado na melhor evidência científica, com o objetivo de auxiliarem os profissionais na tomada de decisão (Rosenfeld et al., 2012).

A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais das ambulâncias SIV é garantida através de um processo contínuo, entre os quais, a seleção criteriosa dos operacionais, a formação, a disponibilidade de recursos e a elaboração de protocolos e atuação.

A aplicação de protocolos requer conhecimento científico e técnico. A identificação de alterações nas funções vitais, a tomada de decisão e a implementação das intervenções assumem uma elevada complexidade, exigindo profissionais altamente qualificados (OE, 2008).

A elaboração e utilização de protocolos é descrita como sendo um fator facilitador e um apoio orientador nas intervenções de enfermagem, permite limitar a possibilidade de ocorrência do erro e orientar os profissionais para a melhoria da qualidade. Neste contexto, a prestação de cuidados de enfermagem exige um conjunto vasto de conhecimento e competências especializadas, na prática os protocolos constituem uma referência para a tomada de decisão e não como um documento normativo.

No extra-hospitalar realizou-se um breve estudo de caso sobre “Fraturas dos membros: intervenções especializadas no enfermeiro no extra-hospitalar” (Anexo II), uma vez que neste contexto em especial há uma exigência de conhecimentos para atuação em situação crítica com necessidade de intervenção diferenciada. Apesar de ser uma temática comum, a necessidade de rigor e especificidade leva a que muitas vezes, procedimentos considerados básicos sejam descurados em detrimento de outros. A escolha desta temática considerou-se de enorme relevância e pertinência, uma vez que existem poucos estudos de investigação e ainda porque as intervenções protocoladas não estão atualizadas tendo em conta a mais recente evidência científica.

Assim no âmbito da melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados, realizou-se a 8 de Fevereiro de 2023, um Webinar intitulado “Enfermagem especializada em médico-cirúrgica no contexto extra-hospitalar”, organizado pelo INEM, onde palestrei com o tema “Fraturas dos membros: intervenção especializada do enfermeiro no extra-hospitalar” (Anexo II).

2.3. Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados

No âmbito das competências do domínio da gestão de cuidado, o enfermeiro especialista deve ser capaz de gerir os cuidados de enfermagem, melhorando a resposta da sua equipa e a articulação da equipa de saúde, adequar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, proporcionando assim a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A gestão está implícita nos cuidados de várias formas, as competências de gestão passam pela gestão de recursos humanos (coordenação de enfermeiros e assistentes operacionais, distribuição de elementos e alocação de recursos), gestão de materiais e equipamentos (gestão de stocks materiais e stocks de fármacos), e a gestão dos próprios cuidados (gestão

e coordenação dos cuidados ao longo do turno, supervisão da prestação de cuidados e participação em reuniões multidisciplinares).

O enfermeiro especialista assume o papel de gestor dos seus cuidados de saúde e ainda de referência para os restantes enfermeiros, colaborando na tomada de decisão e negociação de soluções/intervenções, de forma a otimizar a resposta da equipa de enfermagem em plena articulação com a equipa multidisciplinar e garantir a segurança e qualidade dos cuidados.

No SUMC, onde decorreu o estágio, a gestão dos recursos materiais/medicação é realizada através de um sistema denominado de Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia (GHAF), baseada na metodologia de reposição por níveis, três vezes por semana, na qual tive oportunidade de observar e colaborar na manutenção dos níveis de terapêutico e materiais. Na ausência do enfermeiro gestor, cabe ao enfermeiro coordenador a gestão do mesmo.

Na SIV, a manutenção dos equipamentos e do veículo é realizada diariamente pelo enfermeiro, bem como a check list de todo o material que compõe a ambulância SIV.

O percurso pelos locais de estágio permitiu a oportunidade de aprimorar competências relativas à gestão dos meus cuidados especializados, bem como a nível organizacional, na gestão de equipa. Acompanhou-se o enfermeiro gestor, no intuito de perceber-se as atividades desenvolvidas na área da gestão, tais como, a gestão de recursos materiais e humanos, no que diz respeito à elaboração de escalas, distribuição dos elementos, à gestão de equipa aquando necessidade para transferência inter-hospitalares, à gestão de conflitos, à delegação de tarefas e supervisão, entre outros. Permitiu assim otimizar competências ao nível do processo e da tomada de decisão, da gestão de cuidados, como a gestão de tempo e nas necessidades prioritárias.

Relativamente ao desenvolvimento desta competência comum considero que a mesma foi desenvolvida ao longo do estágio.

2.4. Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O desenvolvimento do autoconhecimento, a assertividade e a prática especializada baseada pela evidência científica, são competências emanadas pela OE no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Atualmente assistimos a um desenvolvimento técnico e científico que permite um desenvolvimento no diagnóstico e tratamento, de modo a dar resposta às necessidades dos cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida das pessoas. O avanço do conhecimento

requer que os enfermeiros especialistas desenvolvam uma prática baseada na mais recente evidência científica (OE, 2018).

O enfermeiro especialista é definido por aquele que detém conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, aquele que demonstra altos níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão. As competências do especialista são coerentes com as competências do enfermeiro de cuidados gerais, isto é, as competências do enfermeiro especialista decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2017b).

No SUMC tive a oportunidade de realizar turnos na sala de emergência, na qual, a equipa é ativada através de um telemóvel a partir da entrada.

A sala de emergência/reanimação é uma área para a abordagem, tratamento e observação de doentes emergentes, graves ou críticos, que apresentem um quadro de descompensação das funções vitais (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2019).

Segundo a OE (2018), a equipa alocada deve ser detentora de formação especializada, sendo o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, aquele que apresenta um core de competências mais adequado para dar resposta face às necessidades no contexto da prática clínica de sala de emergência/reanimação.

Segundo a OE (2018), em contexto de sala de emergência, dada a complexidade das intervenções de enfermagem a serem implementadas à pessoa em situação crítica, é fundamental que a equipa de enfermagem seja detentora de formação especializada em EMC, uma vez que são profissionais que têm o conhecimento mais aprofundado sobre as condições que levam à falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, e que implementam atempadamente e com alta qualidade intervenções que permitem melhorar o prognóstico do doente.

O meu percurso profissional/pessoal é reflexo da minha vontade e motivação para ser melhor profissional e pessoa, as competências inerentes à prática especializada assumem um desafio constante.

Considero que a evolução deste meu percurso académico foi positiva, ficando mais desperta para a necessidade de desenvolver uma prática baseada na evidência científica, orientada para os resultados nos cuidados de saúde e ainda para a realização de projetos de formação e investigação que visem potenciar e atualizar os meus conhecimentos e desenvolvimento enquanto futura enfermeira especialista.

3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Os avanços tecnológicos e científicos são uma realidade em constante atualização, de modo a dar resposta às necessidades em cuidados de saúde. O cuidado e ciência são reconhecidos como componentes fundamentais na prática de enfermagem segura, assumindo protagonismo no desenvolvimento da profissão e contribuindo para a qualidade de vida do doente e para a longevidade dos mesmos (OE, 2017^a; Vattimo, 2023).

Para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em enfermagem médico-cirúrgica, exige do enfermeiro especialista a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta as necessidades do doente e família/cuidador, com vista a promoção da saúde e prevenção da doença (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crítica será reconhecido como uma “referência do cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos, será um elemento chave na resposta à necessidade de cuidados seguros”, procurando a satisfação da pessoa/cuidador, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar, o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem, a prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos e a segurança dos cuidados especializados (OE, 2017a).

Segundo o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, a pessoa em situação crítica é alvo da área desta especialização, que se entende por “aquela cuja vida é 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”, aquela que requer “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362).

A prática de enfermagem especializada e diferenciada, segundo estas competências assumem-se fulcrais na procura permanente dos cuidados de excelência no exercício profissional.

Emanadas no regulamento anterior, as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica são: cuida da pessoa,

família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a intervenção na prevenção e controlo a infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas (Regulamento n.º 429/2018, 2018). É sobre estas competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica – pessoa em situação crítica que pretendo agora refletir.

3.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

Tendo em conta a diversidade e a complexidade dos processos vivenciados pela pessoa em fase de doença aguda ou crónica, assim como dos seus familiares, é papel do enfermeiro especialista responder eficazmente, com recurso a conhecimentos e habilidades na identificação, na conceção, implementação e avaliação das intervenções especializadas, numa parceria de cuidados promotora de segurança e qualidade (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A eficácia de atuação da equipa que assiste a pessoa em situação crítica, condiciona o seu prognóstico, neste sentido os cuidados de enfermagem a doentes críticos são altamente especializados. O atendimento à pessoa em situação crítica exige intervenções atempadas e complexas, baseadas nos elos da cadeia de sobrevivência, desde o extra-hospital, passando pelo transporte primário até à assistência intra-hospitalar (Ferreira et al., 2020).

No decorrer dos estágios, existiram múltiplas oportunidade de prestar cuidados urgentes e emergentes à pessoa em situação crítica.

O desenvolvimento desta competência foi aprimorado ao prestar cuidados a doentes em contexto de sala de emergência e em ambiente extra-hospitalar. De facto, a capacidade de adaptação ou a reserva fisiológica dos doentes nestes contextos é praticamente nula, onde o risco de instabilidade hemodinâmica é uma realidade, pelo que foi fundamental desenvolver competências relacionadas com a identificação, antecipação e atuação perante a pessoa em situação crítica.

Dentro das condições ameaçadoras de vida do doente, e na qual é do meu especial interesse, gostaria de destacar a importância das intervenções especializadas de enfermagem ao doente politraumatizado.

O doente politraumatizado define-se como a pessoa com múltiplas lesões orgânicas resultantes de um acidente/sinistro que podem colocar em risco a vida. Os cuidados ao

doente politraumatizado é uma problemática em contexto de emergência, estando contemplada nas primeiras causas de morte de indivíduos saudáveis. Os múltiplos traumas aumentam o risco de instabilidade hemodinâmica (Diaz et al., 2023).

No SUMC, o doente pode ser admitido na sala de emergência de várias proveniências, admissão direta do exterior, de outros serviços da instituição ou ainda transferência de outras instituições hospitalares. A ativação da sala de emergência é realizada sempre que se verifique a necessidade de cuidados emergentes, ou em situações específicas como doentes acompanhados por equipas orientadas pelo CODU, onde é habitualmente estabelecido o contacto prévio com o médico e enfermeiro coordenador no sentido de preparar a equipa.

No extra-hospitalar o cuidado especializado ao politraumatizado assume um papel fulcral, uma vez que o tempo é um fator fundamental, onde a primeira hora é a mais importante denominada de “Hora de ouro”, a estabilidade e a atuação precoce favorecem o prognóstico.

Destaca-se a importância do trabalho em equipa, a boa organização, coordenação e assistência, diminuindo assim, a morbilidade e mortalidade do doente politraumatizado (Mercado, 2019).

No doente vítima de trauma a prioridade para os cuidados é a rápida identificação e tratamento de condições que coloquem em risco iminente a vida, a avaliação é a base sobre a qual fundamentam todas as decisões. Após a avaliação de condições de segurança e uma breve avaliação da cena, a atenção centra-se no doente.

A abordagem do doente vítima de trauma é iniciada com a avaliação primária da vítima, que consiste no controlo da hemorragia significativa, via aérea, oxigenação, ventilação, perfusão e função neurológica (National Association of Emergency Medical Technicians [NAEMT], 2021). A avaliação primária consiste numa observação rápida da condição do doente, na qual é possível identificar e corrigir problemas/lesões que coloquem em risco iminente de vida o doente, identificando focos de instabilidade e promovendo uma resposta antecipada, através de execução de cuidados técnicos complexos.

Após avaliação primária, realiza-se a avaliação secundária da vítima, isto é, realiza-se um exame mais detalhado a cada segmento corporal no sentido céfalo-caudal, começando pela cabeça, pescoço, tórax, abdómen, extremidades e concluindo com um exame neurológico detalhado. O objetivo desta avaliação é identificar problemas ou lesões não identificadas na avaliação primária não comprometedoras de vida, mas que se não forem identificadas podem agravar a condição clínica do doente.

As avaliações primária e secundária devem ser repetidas frequentemente com vista identificar alterações súbitas como o estado de consciência e outros sinais e sintomas de

deterioração clínica, comunicando atempadamente aos elementos da equipa, procurando que os cuidados específicos fossem prestados em tempo útil.

No decorrer do estágio, houve a oportunidade de implementar intervenções de enfermagem especializada na prestação de cuidados a doentes vítimas de trauma em ambos os contextos. Salienta-se que a prestação de cuidados foi realizada com o máximo de exigência, desde a planificação, execução e avaliação dos mesmos. A integração na equipa multidisciplinar e adaptação às condições, aliadas à dedicação, entrega e responsabilidade facilitaram a aquisição de competências específicas.

Neste sentido destacou-se a minha capacidade de identificar focos de instabilidade atuando dentro da minha autonomia de forma antecipatória, reconhecendo as necessidades imediatas da pessoa e tendo um papel interventivo em equipa.

O cuidado à pessoa em situação crítica exige uma atuação rápida da equipa multidisciplinar, o pensamento crítico deve ser rápido, abrangente, flexível e objetivo. Para oferecer cuidados especializados de excelência, o enfermeiro especialista deve ter uma base de conhecimentos solidificada e bem sustentada na melhor evidência científica, para que possa tomar as decisões mais apropriadas a cada situação.

Com a finalidade de melhorar a minha prática especializada no atendimento de vítimas politraumatizadas, saliento a importância da reflexão contínua das práticas através do debriefing.

O debriefing proporciona a reflexão relativamente ao desempenho, avaliando em retrospectiva os pontos positivos a melhorar, bem como o que teria sido feito diferente naquela situação (Mota et al., 2019). De forma a promover a aprendizagem, foi utilizado o debriefing em situações significativas, onde participaram médicos e enfermeiros envolvidos, analisando a prestação dos cuidados realizados, através da discussão de conhecimentos e estratégias com vista a excelência do cuidado.

Conclui-se que esta competência foi atingida na sua plenitude.

3.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica pode derivar de situações de emergência, exceção e catástrofe que ameacem a vida da mesma.

Uma situação de emergência é resultado de uma agressão sofrida por um qualquer fator, afetando a integridade de um ou mais órgãos vitais, causando a perda abrupta de saúde (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No decorrer do estágio, em ambiente hospitalar e extra-hospitalar, houve a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em situação de emergência, entre as quais, paragem cardiorrespiratórias, vias verdes: AVC, coronária e cuidados à vítima crítica de trauma.

Uma situação de exceção é quando se verifica um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, exigindo assim uma atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos disponíveis (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A catástrofe é definida como um ou vários acidentes graves que provocam elevados prejuízos materiais/vítimas e afetam intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico numa área ou na totalidade do território nacional (Lei n.º 80/2015, 2015).

Durante o estágio não existiram situações de exceção ou catástrofe, contudo, foi importante conhecer os documentos e protocolos, de forma a conhecer qual o plano e procedimento de ação perante estas situações, bem como, a importância da atualização e formação contínua, no sentido de atuarem prontamente com eficiência e eficácia. De salientar a importância do papel do enfermeiro especialista na coordenação nestas situações.

3.3. Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo de Infecção e de Resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas

As infeções associadas aos cuidados de saúde e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são considerados um problema crescente à escala mundial, aumentam a morbilidade e a mortalidade, e ainda, aumentam os custos em saúde. Estima-se que se as mortes associadas a resistências dos organismos aos antimicrobianos não for controlada até 2050, mais de 10 milhões de pessoas poderão morrer todos os anos (O'Neill, 2014).

A consciencialização e o conhecimento dos riscos de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação de cuidados na enfermagem à pessoa em situação crítica, é fulcral, de modo que se possa responder eficazmente na prevenção, controlo de infeção e resistência a antimicrobianos.

Tendo em conta os contextos de estágio, a abordagem à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica requer, a utilização de procedimentos invasivos. Estes procedimentos que por um lado são vitais para o doente, por outro, constituem um problema grave no que concerne à prevenção e controlo de infeção. São vários os fatores que favorecem as infeções,

seja pelo maior número de medidas invasivas, diagnóstico e terapêutica, potenciando portas de entrada para agentes infecciosos, seja por fatores intrínsecos do doente, como a idade, a presença de doenças crónicas e a depressão da imunidade.

De forma a minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada de infeções, existem regras básicas que devem ser adotadas por todos os enfermeiros e profissionais de saúde na prestação de cuidados, denominadas de Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) que incidem em dez padrões de qualidade: avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente/isolamento dos utentes; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de equipamentos de proteção individual, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies; manuseamento seguro da roupa; gestão adequada dos resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017).

Estas regras básicas mostram uma importante medida, tendo impacto significativo na redução da morbilidade/mortalidade e consequentemente nos custos hospitalares. A prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos depende das instituições e dos profissionais, pelo que, a consciencialização, conhecimento e a adesão a medidas de prevenção e contenção é imprescindível para a redução desta problemática.

A pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica no contexto de urgência apresenta um risco elevado de infeção, pelo que cabe ao enfermeiro especialista ter um papel primordial a maximização da intervenção e no controlo de infeção e resistência a antimicrobianos. De modo a desenvolver esta competência, durante os momentos de estágio foi confrontado a reflexão e a evidencia científica com a atuação na prática.

Em contexto extra-hospitalar, a prevenção e controlo de infeção torna-se um desafio, por diversos motivos, entre os quais, os cenários, o número de vítimas e a falta de controlo ambiental.

No extra-hospitalar são implementados esforços concentrados no controlo de infeção, uma vez que os antibióticos são pouco utilizados. Na SIV e na VMER onde se realizou o estágio foi possível constatar que existe preocupação no que se concerne ao controlo de infeção, exemplo disto é, a higienização semanal de toda a caga e viatura, utilização de equipamentos de proteção individual, higiene das mãos, etiqueta respiratória, controlo ambiental e práticas seguras na preparação e administração de injetáveis. Sem dúvida que a preocupação existe em ambas as equipas que contactei em ambiente extra-hospitalar, constatou-se que é o enfermeiro o motor impulsionador para a restante equipa multidisciplinar cumprir as regras

de controlo de infeção. No decorrer do estágio procurou-se desenvolver a minha conduta assente nas medidas supracitadas.

4. Considerações finais

A conjuntura mundial atual, a crescente complexidade dos cuidados e a evolução tecnológica exige uma crescente exigência, atualização e informação. Cabe aos enfermeiros, a consciencialização da necessidade de aquisição, aprofundamento e atualização sobre os saberes teóricos e práticos.

A abordagem à pessoa em situação crítica constitui um desafio cada vez mais significativo e complexo, esta caminhada foi uma decisão tomada perante a vontade e necessidade de aperfeiçoar a conduta profissional, procurando a excelência no exercício profissional.

O serviço de urgência mostra-se bastante relevante na procura de enfermagem especializada e multidimensional, uma vez que é um serviço rico de várias experiências na área da pessoa em situação crítica, onde o enfermeiro fortalece a aptidão na tomada de decisão eficaz baseada na evidência científica. De referir que, o facto de trabalhar num serviço de urgência, permitiu ter uma postura e abordagem diferenciada perante a pessoa em situação crítica. A opção do extra-hospitalar foi algo mais desafiante, havendo a necessidade de mais estudo para conseguir atingir os objetivos.

O percurso pelo serviço de urgência e pelo ambiente extra-hospitalar foi determinante para o desenvolvimento de competências pessoais, relacionais, técnicas e crítico-reflexivas inerentes à enfermagem especializada médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica. Todo este percurso de estágio permitiu alcançar os objetivos específicos delineados, bem como, a aquisição de novos conhecimentos, desenvolvimento de novas competências e o vivenciar diferentes experiências, adquirindo bases sustentáveis para a atuação como enfermeira especialista.

Apesar dos inúmeros constrangimentos atuais do serviço nacional de saúde, no SUMC e nos meios do extra-hospitalar, mantém o foco na segurança e melhoria contínua da qualidade dos cuidados. De sublinhar como aspetos facilitadores para o alcance dos objetivos, o acolhimento das equipas envolvidas em ambos os contextos, especialmente dos tutores e orientador.

Desta forma podemos concluir que foram alcançadas as competências comuns do enfermeiro especialista, assim como, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Termino este percurso de estágio com ferramentas para ser uma enfermeira mais dinâmica, com mais conhecimentos e autonomia.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. Resumo

Enquadramento: Segundo a OMS, o trauma é considerado um problema de saúde, com destaque a nível mundial, é a principal causa de mortalidade e morbilidade em pessoas jovens em todo o mundo. Em Portugal, o trauma apresenta uma prevalência significativa e traz múltiplas implicações com repercussões sociais e económicas. Ao reconhecermos o papel fulcral dos enfermeiros no atendimento à vítima de trauma, consideramos pertinente conhecer as experiências dos mesmos em relação ao atendimento destas vítimas em contexto de sala de emergência.

Objetivos: Compreender as experiências dos enfermeiros de trabalhar na sala de emergência com vítimas de trauma; descrever os fatores facilitadores e dificultadores no atendimento à vítima de trauma na sala de emergência; perceber os sentimentos/emoções vivenciados pelo enfermeiro, no atendimento à vítima de trauma na sala de emergência; identificar quais as implicações do atendimento à vítima de trauma para a vida pessoal e profissional; descrever sugestões de melhoria para a equipa de enfermagem no atendimento da vítima de trauma na sala de emergência.

Metodologia: Estudo de qualitativo, de carácter exploratório e do tipo descritivo simples. Para a recolha de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada. Participaram no estudo 10 enfermeiros especialistas que compõem a equipa da sala de emergência de um hospital da região centro do país. Os dados foram posteriormente organizados segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Resultados: Após a análise das transcrições surgiram cinco áreas temáticas: trabalhar na sala de emergência com vítimas de trauma; fatores mediadores no atendimento à vítima de trauma; sentimentos vivenciados pelos enfermeiros; implicações futuras e sugestões de melhoria no atendimento à vítima de trauma.

Conclusão: Os enfermeiros consideram a experiência em trabalhar na sala de emergência desafiante, por alguns participantes é relatado como uma escolha profissional o que leva à satisfação nos cuidados prestados, correspondendo a um contributo para o prognóstico do doente. Foram mencionados como fatores facilitadores a experiência profissional, a comunicação, a existência de recursos materiais e a relação de equipa. Os fatores dificultadores descritos foram a inexperiência na área do trauma, devido à casuística de vítima de trauma, a falta de liderança, a falta de organização, a falta de protocolos, a

sobrecarga de trabalho, o ruído e a imprevisibilidade. A equipa descreve sentimentos como tristeza, stress/ansiedade, responsabilidade, impotência, medo/receio e gratidão. No que diz respeito às implicações para a vida profissional dos inquiridos no estudo, foi mencionado a aquisição de competências. Para a vida pessoal e familiar foi referido o desgaste emocional e a reflexão sobre a própria vida. De forma a melhorar o atendimento à vítima de trauma em contexto de sala de emergência, foi salientado a formação contínua, a prática simulada, a realização de debriefing e a utilização da ferramenta CRM, assim como a criação de equipas exclusivas e a implementação da via verde trauma.

Os dados recolhidos foram confrontados com autores referenciados nesta matéria o que revelou que a opinião dos enfermeiros, na maior parte das vezes, corrobora com os mesmos.

Palavras chave: Enfermagem; Doente Crítico; Trauma; Vivências; Sala de Emergência

2. Abstract

Background: According to the WHO, trauma is considered a global health problem and is the main cause of mortality and morbidity in young people around the world. In Portugal, trauma has a significant prevalence and has multiple implications with social and economic repercussions. As we recognize the central role of nurses in caring for trauma victims, we believe it is pertinent to find out about their experiences of caring for these victims in the emergency room.

Objectives: To understand nurses' experiences of working in the emergency room with trauma victims; to describe the facilitating and conditioning factors when caring for trauma victims in the emergency room; to understand the feelings/emotions experienced by nurses when caring for trauma victims in the emergency room; to identify the implications of caring for trauma victims for their personal and professional lives; to describe suggestions for improvement for the nursing team when caring for trauma victims in the emergency room.

Methodology: A qualitative, exploratory and simple descriptive study using 10 semi-structured interviews with nurses with experience in trauma care in the emergency room. Data was collected between January and February 2024. The corpus for analyzing the data collected from a non-probabilistic sample follows Bardin's framework.

Results: After analyzing the transitions, five thematic area emerged: working in the emergency room with trauma victims; mediating factors in trauma victim care; feelings experienced by nurses; future implications and suggestions for improving trauma victim care.

Conclusion: Nurses consider the experience of working in the emergency room to be challenging, and some report it as a professional choice, which leads to satisfaction in the care provided and contributes to the patient's prognosis. Professional experience, communication, the availability of material resources and team relationships were mentioned as facilitating factors. The conditioning factors described were inexperience in the area of trauma, due to the casuistry of trauma victims, lack of leadership, lack of organization, lack of protocols, work overload, noise and impressibility. The team describes feelings such as sadness, stress/anxiety, responsibility, helplessness, fear/concern, and gratification. With regard to the implications for the professional life of the respondents in the study, the acquisition of competencies was mentioned. In terms of personal and family life, emotional exhaustion and reflection on one's own life were mentioned. In order to improve the care of

trauma victims in the emergency room, the following were highlighted: continuous training, simulated practice, debriefing, and the use of the CRM system, as well as the creation of exclusive teams and the implementation of the trauma Via Verde [an electronic payment method that allows the drivers to drive through the toll without stopping].

The data collected was compared with the authors referenced in this area, which revealed that the nurses' opinion, in the majority of cases, corroborates with them.

Keywords: Nursing; Critically Ill Patient; Trauma; Experiences; Emergency Room

3. Fundamentação/Enquadramento Teórico

Na atualidade estamos perante uma sociedade moderna, que preza cada vez mais pela atualização do conhecimento científico, com vista à qualidade de cuidados de excelência. O avanço do conhecimento requer que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática baseada na mais recente evidência científica (Almeida et al., 2020).

O trauma é considerado como choque físico em consequência de impactos súbitos ou intencionais, causando alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. O termo politraumatizado é entendido quando o indivíduo exposto ao trauma apresenta múltiplas lesões de forma simultânea, em diferentes partes do corpo, definido como pessoa em situação crítica (Diaz et al., 2023; Martins et al., 2021).

Conforme se encontra descrito nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica *“Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.”* (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19362).

Reconhecendo a importância da enfermagem na vida das pessoas e famílias e com base nas definições prévias, identificamos o EEEMC como agente primordial no atendimento às vítimas de trauma em contexto de sala de emergência.

3.1. O trauma em Portugal

Desde o começo da história e da humanidade, os seres humanos estão expostos a diversos eventos traumáticos. O trauma é considerado das causas de morte, incapacidade e diminuição da qualidade de vida em todo o mundo (WHO, 2022).

O trauma é considerado a terceira causa de morte nos países industrializados, excedida apenas pelas doenças cardiovasculares e neoplasia em todas as faixas etárias. No entanto, o trauma é a primeira causa de morte em pessoas jovens (Nunes, 2009; WHO, 2009).

Segundo a OMS, o trauma é considerado um problema de saúde pública, com destaque a nível mundial, é a principal causa de mortalidade e morbilidade em pessoas jovens em todo

o mundo. Em 2019, morreram 4,4 milhões de pessoas em todo o mundo vítimas de trauma e constituem 8% de todas as mortes. Dezenas de milhões de pessoas sofreram lesões não fatais resultantes de trauma, resultando incapacidade temporárias ou permanentes, com necessidade de cuidados de saúde físicos e mentais a longo prazo (WHO, 2022).

Os incidentes traumáticos podem dividir-se em duas categorias: intencionais e não intencionais. Ao ato realizado com objetivo de causar dano, lesão ou morte designa-se intencional. O ato com consequência acidental ou inadvertida considera-se não intencional (NAEMT, 2021).

O atendimento à vítima de trauma inicia-se no pré-hospitalar, sendo o INEM responsável por coordenar o funcionamento do sistema integrado de emergência médica (SIEM). As fases do SIEM passam pela deteção, alerta, pré-socorro, socorro, transporte e tratamento na unidade de saúde. Estas fases são fundamentais para a prevenção de lesões secundárias, da morbilidade e da mortalidade das vítimas de trauma (INEM, 2013).

Em Portugal, o primeiro passo no pré-hospitalar surge em 1965, através da implementação do número nacional de socorro “115”, para socorrer vítimas de acidentes na via pública em Lisboa. Após o contacto com o “115” era acionada uma ambulância tripulada por polícias, onde a função era de transporte da vítima até ao hospital. Nos anos seguintes, o número nacional de socorro foi alargado às cidades do Porto, Coimbra, Aveiro, Setúbal e Faro (INEM, 2021).

Em 1971, surge o serviço nacional de ambulâncias (SNA), que veio dar lugar posteriormente ao Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), com o objetivo de “assegurar a orientação, coordenação e eficiência das atividades respeitantes à prestação de primeiros socorros a sinistrados e doentes, bem como o seu respetivo transporte” (INEM, 2021).

Em 1981, surge o SIEM, e coordenado pelo INEM, integrando os cidadãos, INEM, corporações de bombeiros, Polícia de Segurança Pública (PSP), Guarda Nacional Republicana (GNR), Cruz Vermelha Portuguesa e unidades de saúde (INEM, 2017).

Atualmente, o funcionamento do SIEM é acionado através do número 112, onde o atendimento primário é assegurado pelo PSP, sempre que o motivo da chamada seja na área da saúde, é encaminhada para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Nem todas as regiões tinham acesso a este socorro, é apenas em 2006, que Portugal fica completamente coberto, sendo da responsabilidade do INEM o encaminhamento dos meios de socorro e a triagem de todos os pedidos efetuados (INEM, 2017).

Em Portugal, existem poucos dados relativamente à gravidade e resultados em termos de mortalidade e incapacidade resultante de trauma (WHO, 2005). Segundo a Ordem dos

Médicos (Ordem dos Médicos [OM], 2009), a realidade portuguesa apresenta grandes lacunas no que se refere ao tratamento de vítimas de trauma, apesar dos esforços realizados, não se verificam resultados palpáveis.

Portugal ocupa a sexta posição dos países Europeus com maior taxa de mortalidade nas estradas, em 2020 houve um total de 34 471, dos quais 33 935 feridos e 536 perderam a vida (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária [ANSR], 2022).

Preocupada com esta problemática do trauma, a OM em 2009, nomeia um grupo de trabalho para elaborar normas de boas práticas em trauma, em colaboração com a comissão de competências em emergência médica. O objetivo deste grupo é centrado no tratamento à vítima e organização entre as várias entidades intervenientes no tratamento destes doentes, e assim, levar a diminuição de mortes e incapacidades (OM, 2009).

Em 2010, a Direção Geral da Saúde emitiu uma circular normativa, dirigida a todas as unidades do Serviço Nacional de Saúde, elaborada com base em duas referências: Orientações e Normas para implementação de sistemas de trauma e projetos de melhoria da qualidade da abordagem e tratamento do doente traumatizado da OMS, e ainda, nas Normas de boa prática em Trauma da OM.

Dada a prevalência do trauma em Portugal e às múltiplas implicações com repercussões sociais e económicas, em 2017 é criada a Comissão Nacional de Trauma através do Despacho n.º 8977/2017 (2017). Esta comissão incorporou representantes institucionais de diversos organismos do Ministério da Defesa Nacional, um conjunto de ordens profissionais e a colaboração de sociedades científicas nacionais internacionais, das quais, entidades britânicas e alemãs como referência. Este trabalho foi baseado na melhoria contínua da qualidade e de forma a melhor a gestão dos hospitais e articulação com outros níveis de cuidados (Despacho n.º 8977/2017, 2017).

A Comissão Nacional de Trauma tem como função identificar e fomentar a divulgação e implementação de normas de boa prática em trauma, sistematizar e proceder a hierarquização técnica no âmbito regional e nacional para a abordagem do grande trauma, valorizar e propor soluções para aspetos específico do trauma, rever e promover a criação de equipas de trauma nos hospitais, realçar a importância da formação profissional, definir e implementar o Registo Nacional de Trauma, avaliar as necessidades de recursos materiais e infraestruturas, incentivar a interação entre pré-hospitalar e intra-hospitalar, com medidas promotoras de uma articulação mais eficaz e identificar e estabelecer colaboração científica com entidades nacionais e internacionais (Despacho n.º 8977/2017, 2017).

Em 2021, reconhecendo a necessidade do investimento numa melhor organização multiprofissional e multidisciplinar, o ministério da saúde através do Despacho n.º

2534/2021 (2021), renova o mandato da comissão de trauma previamente criada, tendo como objetivo a continuidade da definição e concretização das medidas estratégicas (Despacho n.º 2534/2021, 2021).

3.2. *Rede de Trauma*

Segundo a OM (2009), é prioritária a boa gestão de recursos, a planificação e a rentabilização de meios existentes. A uniformização de assistência e abordagem clínica é imprescindível, pelo que o desenvolvimento de uma Rede de Trauma (RT) é uma estratégia fundamental, de modo a dar uma resposta planeada e coordenada.

O trauma traz múltiplas implicações para a sociedade, ao nível clínico, social e económico e constitui um desafio permanente em Portugal, assim, é essencial a implementação de mecanismos de prevenção, tratamento e acompanhamento dos efeitos do trauma (Despacho n.º 2534/2021, 2021).

O prognóstico de doentes críticos vítimas de trauma está intimamente correlacionado com a qualidade do sistema de trauma. As diferenças no tratamento destes doentes podem representar variações significativas nos resultados. A qualidade dos cuidados prestados a politraumatizados depende das diferenças geográficas e infraestruturais onde ocorre o trauma, e ainda, pelos conceitos de tratamento, organização e equipamento que estão disponíveis no hospital onde a vítima é assistida (Ruchholtz et al., 2014).

O atendimento a uma vítima de trauma engloba um número considerável de recursos humanos e técnicos, abrange várias entidades, desde bombeiros, INEM, forças de segurança, hospitais, entre outros. O atendimento eficaz a estas vítimas requer a integração adequada de todos estes (OM, 2009).

Em Portugal, no âmbito do departamento da qualidade da saúde, a DGS cria a Norma n.º 012/2022 (2022), intitulada de Via Verde do Trauma (VVT) no adulto, sendo parte integrante do sistema integrado de emergência médica (SIEM), utilizando a totalidade dos seus meios, quer pré-hospitalar e hospitalar.

A VVT entende-se como um conjunto de intervenientes e meios que otimizam o acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da vítima de trauma major (Norma n.º 012/2022, 2022)

Na VVT são definidos como níveis de intervenção da rede de trauma (RT) diversos patamares de atendimento, os quais devem ser organizados de modo a conjeturar o acesso a capacidade cirúrgica num tempo inferior a 45 minutos. Assim, a RT está organizada nos seguintes patamares: Pré-Hospitalar (Pré-H); Serviço de Urgência Básica (SUB); Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP). Os Centros de

Trauma (CT) estão incorporados nos SUP, sendo o pólo mais diferenciado dos diversos níveis (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

Nos serviços de urgência integrados na RT devem possuir um número de telefone dedicado à VVT, o qual deve ser do conhecimento de todos os intervenientes, assim como, possuir uma equipa de trauma (ET). De forma a identificar rapidamente as vítimas de trauma major, é utilizada um sistema de classificação de doente, denominada de triagem, com o objetivo de providenciar o encaminhamento e tratamento mais adequado.

3.3. Centro de Trauma

O tratamento de doentes graves vítimas de trauma atendidos em centros de trauma garante cuidados adequados e eficazes e está associado à redução das taxas de mortalidade e morbilidade.

A qualidade do atendimento a vítimas de trauma depende da implementação de centros de trauma, pelo que o resultado final depende da estrutura de cuidados e processo de cuidados (Ruchholtz et al., 2014).

As lesões traumáticas podem apresentar um espectro de mínima a extrema gravidade, pelo que, os recursos necessários para o atendimento da vítima devem coexistir ao longo deste espectro. As vítimas de trauma com lesões complexas exigem uma abordagem com multiplicidade de recursos com formação especializada. Neste sentido, é fundamental que exista um cruzamento entre as necessidades da vítima e dos recursos disponíveis, de modo a avaliar, tratar e encaminhar o doente. A organização do processo de atendimento ao trauma é crucial para a otimização de resultados, sendo a sua eficácia limitada se as vítimas não tiverem acessível rapidamente os meios necessários (Nathens et al., 2004).

Os CT devem possuir as seguintes valências de diagnóstico e tratamento, tais como, valências médicas, valências médico-cirúrgicas, enfermagem, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e Sistema de Informação integrado no Registo Nacional de Trauma (RNT) (Norma n.º 012/2022, 2022).

A referenciação da vítima para CT de ambiente pré-hospitalar depende dos fatores de gravidade do doente e do tempo/distância entre os locais de atendimento e deve ser assente nos seguintes princípios: referência direta do local de ocorrência caso esteja a menos de 30 minutos de distância do CT e coexista instabilidade hemodinâmica ou indícios de lesão anatómica de gravidade. Caso haja uma distância superior a 30 minutos, deve ser estabilizada por uma equipa de pré-hospitalar e/ou num SUMC ou SUP, e posteriormente transferir, se ainda justificar (Norma n.º 012/2022, 2022).

A referenciação da vítima para CT de ambiente hospitalar (SUMC ou SUP) deve ser assente nos seguintes princípios: trauma major, com necessidade de estabilização prévia e que necessite de consultoria de especialidades, MCD ou terapêuticas apenas disponíveis em CT, e ainda, vítima com trauma major com necessidade de cuidados diferenciados disponíveis em CT por agravamento clínico ou inadequada triagem prévia (Norma n.º 012/2022, 2022).

3.4. Sala de Emergência

O conceito emergência, define-se com um acontecimento inesperados ou de gravidade excecional que requer ação imediata/urgente. Em contexto hospitalar, deverá também significar eficiência e eficácia, no entanto, para que estas premissas possam coexistir é necessária uma estrutura adequada, composta por recursos humanos, espaço físicos, organização e coordenação multidisciplinar e institucional capazes de receber uma pessoa em situação crítica

A sala de emergência é considerada uma área essencial num serviço de urgência, é uma sala diferenciada preparada para receber doentes críticos, independentemente da sua patologia. Deve ser uma área ampla, localizada perto da entrada do SU, habitualmente dotada de um número complexo de capacidades para avaliação e tratamento a um doente em situação crítica (Norma n.º 012/2022, 2022).

A sala de emergência é uma área de intervenção aberta 24 horas por dia, preparada para receber doentes referenciados do exterior (incluindo pelo INEM) e de outras unidades de saúde. Os SU são previamente informados pelo CODU do transporte da vítima de trauma (Norma n.º 012/2022, 2022).

O tempo de permanência do doente na sala de emergência deve ser o indispensável, isto é, logo que o doente esteja estável em termos hemodinâmicos e ventilatórios, tenha um diagnóstico diferencial e a transferência/transporte, este deve ser transferido de forma a que a sala esteja sempre disponível e/ou desocupada.

A sala de emergência deve ser um espaço amplo que permita à equipa uma fácil mobilização, e dotada do seguinte material:

- paredes e chão de material facilmente laváveis;
- paredes e portas com isolamento adequado;
- lavatório de lavagem das mãos;
- Telefone
- Intercomunicador com ligação rápida (dado que a equipa nem sempre se encontra na sala);

- Iluminação adequada;
- Circulação e renovação de ar;
- Controlo de temperatura ambiente;

CADA UNIDADE:

- Rampa de oxigénio
- Rampa de vácuo
- Rampa de ar
- Equipamento de monitorização
- Ventilador
- Seringas elétricas (2)
- Bomba perfusoras
- Eletrocardiógrafo de 12 derivações
- Desfibrilhador manual com pacemaker externo
- Monitor e Ventilador de transporte
- Balas de oxigénio portáteis
- Kits de material cirúrgico
- Plano duro
- Colares cervicais de vários tamanhos
- Imobilizador de cabeça
- Talas de imobilização temporárias de fraturas
- Meios de infusão rápida soroterapia com aquecimento

VIA ARÉA

- Tubo de Guedell de vários tamanhos
- Ressuscitador manual com reservatório acoplado e máscara conectado sempre a uma fonte de oxigénio;
- Tudo endotraqueal de vários tamanhos
- Laringoscópio (2 cabos pelo menos) e os 3 tipos de lâmina (2 de cada), complementada por uma lâmina McCoy
- Pinça Maguil
- Kit Cricotiotomia

RESPIRAÇÃO

- Máscara de Oxigénio
- Ventilador
- Kits de drenagem torácica

CIRCULAÇÃO

- Acessos vasculares (periféricos e centrais)
- Fluídos endovenosos

DISFUNÇÃO SNC

- Lanterna para avaliação pupilar
- Otoscópio
- Martelo de reflexos

EXPOSIÇÃO

- Tesoura

OUTRO MATERIAL

- Fármacos (cardiovasculares, anestésicos, analgésicos, curarizantes, antieméticos, anticonvulsivantes, broncodilatadores, antagonistas)
- Sondas endogástricas
- Sondas vesicais (ACSS, 2019)

A sala de emergência compõe um posto de trabalho do enfermeiro integrado na estrutura física do serviço de urgência, sendo o profissional responsável pela preparação da mesma. Dada a complexidade dos doentes admitidos na sala de emergência, o enfermeiro deve ser detentor de formação especializada de forma a responder de imediato e com prontidão às situações. O enfermeiro com título de EEMC é aquele que detém o core de competências mais adequado para exercer funções na sala de emergência (OE, 2018).

3.5. Equipa de Trauma

Os doentes vítimas de trauma geralmente apresentam múltiplas lesões complexas, sendo os cuidados especializados essenciais. Uma decisão ou intervenção inadequada pode trazer ao doente, lesões secundárias, pelo que, os profissionais que trabalham nesta área necessitam de um alto nível de conhecimento e experiência. As equipas multidisciplinares treinadas dedicadas ao trauma facilitam a prestação imediata de cuidados coordenados e melhoram a qualidade e segurança do atendimento (Alzghoul, 2014; Liu et al., 2019).

A avaliação e o tratamento à vítima de trauma exigem uma equipa multidisciplinar, onde o tempo e a qualidade de atuação são fulcrais para a sobrevivência do doente. Cada elemento da equipa deve antecipar o seu papel, com o objetivo de ganhar tempo. Tempo é vital para a sobrevivência do doente e para a redução de sequelas. Para ganhar tempo é preciso investir, investir na formação, sendo exigido aos profissionais que compõem uma

equipa de trauma é exigido rigor e conhecimento científico, diligência, trabalho em equipa, tomada de decisão e experiência.

Segundo a Norma n.º 012/2022 (2022), todos os serviços de urgência da rede de trauma deve ter uma Equipa de Trauma (ET) imediatamente disponível para abordagem do doente traumatizado.

De forma a organizar os cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado, a DGS emanou a Norma n.º 012/2022 (2022), com a constituição das ET consoante os serviços de urgência.

A equipa de trauma de um SUB é constituída por médicos (2 elementos) com formação em medicina de emergência – SAV e formação avançada em trauma; enfermeiros (2 elementos) especialistas em médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica ou com competências acrescidas em emergência extra-hospitalar (experiência em cuidados de emergência – SAV e suporte avançado de vida em trauma); e assistente operacional conhecedor da metodologia de trabalho de uma sala de emergência, com formação em SBV e técnicas de trauma e imobilização (Norma n.º 012/2022, 2022).

A ET de um SUMC é constituída por médico coordenador da ET; médico de medicina interna; médico de medicina intensiva; médico anestesista; médico cirurgião geral; todos eles com formação em medicina de emergência – SAV, formação avançada em trauma e competência em emergência médica; médico de imunohematoterapia com formação e experiência em trauma, médico ortopedista com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência; enfermeiros (2 elementos) especialistas em médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica ou com competências acrescidas em emergência extra-hospitalar (experiência em cuidados de emergência – SAV e suporte avançado de vida em trauma); e assistente operacional conhecedor da metodologia de trabalho de uma sala de emergência, com formação em SBV e técnicas de trauma e imobilização (Norma n.º 012/2022, 2022).

A ET de um SUP sem centro de trauma, é composta pelos mesmos profissionais da equipa de um SUMC, com o acréscimo de médico neurocirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência; médico radiologista com formação e experiência em trauma; e enfermeiro suplementar com experiência em cuidados de emergência – SAV e Suporte Avançado de Vida em Trauma (Norma n.º 012/2022 (2022)).

A ET de um SUP com centro de trauma, é composta pelos mesmos profissionais da equipa de SUP sem CT, com o acréscimo de médico pneumologista com experiência em fibroscopia, médico gastroenterologista com experiência em endoscopia; médico cardiologista com experiência em cardiologia de intervenção; médico de medicina física e reabilitação; médico

de cirurgia maxilo-facial; médico de cirurgia plástica; médico de cirurgia torácica; médico de cirurgia vascular; médico de cirurgia urologia; médico de oftalmologia; médico de otorrinolaringologia; todos eles com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência (Norma n.º 012/2022 (2022)).

Existem critérios definidos para a ativação da VVT, com base nas repercussões fisiológicas da lesão, na anatomia da lesão e no mecanismo de lesão. É ativada quando a vítima apresenta um ou mais dos critérios que se seguem: frequência respiratória < a 10 ou > 29 ciclos por minuto; saturação de oxigénio < 90 % com O2 suplementar; pressão arterial sistólica < 90 mmHg; escala de coma de glasgow (ECG) < 14 ou queda superior ou igual a 2 pontos desde o acidente; fratura do crânio com afundamento; traumatismo vertebro-medular; retalho costal móvel; fratura de 2 ou mais ossos longos (úmero, fémur e tibia); fratura instável da bacia; amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo; amputação de membro ou parte deste, com potencial reimplantação; queimaduras maior: 2º grau > 20% ou 3º grau > 5% (face, pescoço, tórax, circunferenciais, mãos e pés); queimaduras por inalação; 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 (Norma n.º 012/2022, 2022)).

3.6. Formação

A prestação de cuidados eficazes, no que diz respeito ao trauma requer um sistema complexo que necessita de profissionais treinados com conhecimentos e habilidades específicas (Nathens et al., 2004).

A assistência a vítimas de trauma, em que o tempo é fundamental, é imprescindível que sejam conhecidas e respeitadas todas as etapas da cadeia de sobrevivência, por todos os elementos da equipa. A formação dos profissionais será determinante na resposta adequada (OM, 2009).

Segundo a Norma n.º 012/2022 (2022), deve ser realizada formação específica e reconhecida com idoneidade, nomeadamente formação avançada em trauma para médicos e enfermeiros e formação básica em técnicas de trauma e imobilização para outros profissionais. A formação avançada deve ser sustentada em cursos reconhecidos por sociedades científicas, o curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) é obrigatória para médicos e enfermeiros, apoiada em cursos certificados pelo INEM, conferida segundo legislação aplicável. A formação básica, cabe às instituições a responsabilidades das mesmas, de acordo com as necessidades.

Conforme a Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO (2010) e a Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO (2010), os enfermeiros para prestar cuidados em contexto de emergência deve ter no mínimo, formação em suporte avançado de vida, de forma a conseguirem dar resposta a situações específicas.

Segundo a OE (2018, p.2), “o profissional detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que detém o core de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados em contextos de prática clínica de sala de emergência/reanimação”.

Pelo exposto verifica-se que a especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica deve fazer parte da formação dos enfermeiros que compõem as equipas de trauma, de modo a que os cuidados prestados sejam um benefício para a pessoa/população, otimizando as competências que possuem.

4. Finalidade e Objetivos

Na sequência do exposto e perante as vivências e inquietações na prática de enfermagem da investigadora, considerando que as intervenções implementadas à vítima crítica de trauma podem contribuir para a manutenção da vida, formulou-se a seguinte questão de investigação:

- Quais as experiências dos enfermeiros especialista em enfermagem médico-cirúrgica na assistência à vítima de trauma na sala de emergência?

De forma a dar resposta a questão de investigação, definiram-se os seguintes objetivos:

- Compreender qual o significado da experiência na sala de emergência
- Descrever os fatores mediadores no atendimento à vítima de trauma na sala de emergência;
- Perceber os sentimentos/emoções vivenciados pelo enfermeiro, no atendimento à vítima de trauma na sala de emergência com vítimas de trauma;
- Identificar quais as implicações do atendimento da vítima de trauma para a vida pessoal e profissional;
- Descrever sugestões de melhoria para a equipa de enfermagem no atendimento da vítima de trauma na sala de emergência;

5. Metodologia

A investigação científica é o pilar de qualquer disciplina do conhecimento. Na área de enfermagem, a investigação assume uma importância extrema, na medida em que são necessárias melhores evidências científicas para a tomada de decisão. A articulação entre formação, investigação e prática clínica é fundamental, de modo a contribuir para a essência da profissão de enfermagem, proporcionando ganhos em saúde para as pessoas e para a sociedade (Néné & Sequeira, 2022).

Com este trabalho de investigação pretende-se compreender as experiências dos EEEMC na assistência à vítima de trauma na sala de emergência, quais os fatores mediadores, os sentimentos vivenciados, as implicações para a vida profissional e pessoal e, com vista à definição de estratégias, enumerar sugestões de melhoria.

Neste capítulo, de forma a garantir a operacionalização do estudo, procede-se à descrição da metodologia utilizada. Será abordado o desenho de estudo, o instrumento e procedimento de recolha de dados, os critérios de inclusão dos participantes, as variáveis em estudo, o procedimento de análise de dados e por fim as considerações éticas, de modo a dar respostas aos objetivos delineados.

5.5. *Desenho do estudo*

Para a consecução dos objetivos delineados, o investigador realizou um estudo qualitativo, de carácter exploratório do tipo descritivo simples, uma vez que pretende conhecer e descrever as opiniões dos intervenientes, permitindo a identificação de fatores determinantes das suas experiências.

Os estudos qualitativos investigam o fenómeno ou situação “através de métodos que procurem a compreensão rigorosa e sistemática da experiência de cada pessoa”, isto é, procura o significado relativo aos processos de saúde/doença e cuidados de saúde (Néné e Sequeira, 2022, p.71).

A investigação qualitativa tem como objetivo a descoberta de elementos contextualmente específicos e a descrição de um problema que ainda não é amplamente conhecido. Visa perceber a forma como cada pessoa vive e sente uma determinada experiência, explorando o conceito e atribuindo significados à mesma. (Fortin, 2009; Rego et al., 2018).

A pesquisa exploratória visa proporcionar uma visão geral sobre um determinado fato, tendo como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias. Para o autor as pesquisas exploratórias constituem a primeira etapa da investigação mais ampla. A pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição de características de uma determinada população ou fenômeno (Gil, 2008).

Na realização deste trabalho, foi feita a verificação dos itens a incluir na metodologia segundo a checklist COREQ, ou seja, os critérios consolidados para relatar pesquisas qualitativas (Souza et al., 2021).

A seleção dos participantes do estudo foi intencional e a inclusão ou elegibilidade dos mesmo obedeceu a critérios de inclusão previamente definidos: serem enfermeiros a desempenhar funções no serviço de urgência com experiência profissional em atendimento a vítimas de trauma em contexto de sala de emergência >2 anos; e aceitarem participarem no estudo.

Considera-se a experiência profissional como critério tendo em conta a teoria de Patrícia Benner, referindo que o conhecimento da prática é desenvolvido ao longo do tempo através da aquisição de competências. É através destas competências que se transforma e que se aprimora a performance e se alcança a capacidade de tomada de decisão. Segundo Benner o desenvolvimento profissional pode ser categorizado e classifica os enfermeiros em 5 categorias: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. O enfermeiro perito constitui a etapa final do desenvolvimento profissional, é aquele que dá uso à sua intuição e integra os conhecimentos científicos, a formação e as vivências de modo a gerir a sua praxis clínica (Benner, 2001).

O número de participantes foi definido entre 6 a 10 participantes, dado que se trata de questões de investigação claras para um grupo de informantes entrevistados repetidamente ao longo do tempo. A recolha de dados foi finalizada aquando da saturação de dados, ou seja, os resultados obtidos obtiveram uma forte correspondência com a literatura e a teoria, não acrescentando nova informação (McDonald e Eisenhardt, 2017). Assim, a população alvo deste estudo compreende dez profissionais de enfermagem especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O método para a recolha de informação selecionado foi a entrevista do tipo semiestruturada. A entrevista semiestruturada foi orientada por um guião adaptado de um previamente existente da autoria de Franco (2020), composto de seis questões (Anexo III) norteadoras centradas na exploração das experiências dos EEEMC na assistência à vítima de trauma na sala de emergência. A adaptação e a utilização do guião foi autorizada pelo autor Franco (2020) do guião original (Anexo IV).

A entrevistadora que conduziu as entrevistas foi a investigadora principal do presente estudo, DC, enfermeira a exercer funções no SUMC do Centro Hospitalar do Baixo Vouga – Aveiro, género feminino, Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Relativamente ao relacionamento com os participantes, a entrevistadora presta ou prestou cuidados na equipa de enfermagem a exercer funções na sala de emergência, dado que já havia um relacionamento prévio à realização do estudo.

A colheita de dados teve base um guião antecedido de consentimento informado e esclarecido (Anexo V) e posteriormente organizada em duas partes. A primeira parte incluiu questões sobre os dados sociodemográficos, nomeadamente, a idade, o género, o grau académico, formação profissional e experiência profissional. A segunda parte é organizada por questões abertas norteadoras do tema em investigação, nomeadamente, a experiência de exercer funções na sala de emergência com vítimas de trauma, quais os fatores mediadores que interferem no atendimento à vítima de trauma, quais os sentimentos que vivenciou no atendimento à vítima de trauma em sala de emergência, quais as implicações para a vida pessoal e profissional e ainda, sugestões para melhorar o atendimento à vítima de trauma em contexto de sala de emergência.

O projeto de investigação foi submetido à Comissão de Ética da ESSNorteCVP. Após parecer favorável (Anexo VI), foi estabelecido contacto com os enfermeiros e agendadas entrevistas conforme disponibilidade dos intervenientes.

Realizou-se o pré teste do guião da entrevista, após este, constatou-se a compreensibilidade das questões, pelo que não houve necessidade da alteração do mesmo.

As entrevistas tiveram lugar em salas privadas, com a presença unicamente do participante e da investigadora, tendo sido presenciais e por via teams, sendo que as mesmas tiveram uma duração de 20 a 45 minutos para cada profissional, tendo decorrido sem intercorrências.

As entrevistas foram sujeitas a gravação áudio através de um dispositivo móvel e transcritas após consentimento dos entrevistados. Os dados recolhidos via teams, aos entrevistados foi enviado o consentimento previamente à realização de entrevistas. As entrevistas foram transcritas na íntegra com fidelidade ao discurso e foram codificadas, sendo o código instituído por uma letra e um número (E1 a E10).

Para Bardin (2022, p.11), a análise de conteúdo é um “conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (...) extremamente diversificados”.

A análise dos dados foi realizada conforme as fases da análise de conteúdo que pressupõe Bardin: pré-análise, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2022).

5.6. *Considerações éticas*

A investigação em saúde assume uma especial relevância ética, a necessidade de produzir conhecimento é legítima, no entanto, quando implica pessoas tem que se ponderar sobre o respeito, dignidade e o ecossistema em que as pessoas vivem. A participação de um ser humano num estudo só se poderá justificar se a investigação em causa for necessária (Néne & Sequeira, 2022). Como base neste pressuposto, os participantes do presente estudo foram enfermeiros a exercer funções em contexto de prática clínica em sala de emergência pelo que, os resultados que advêm deste trabalho, trarão ganhos em saúde para as vítimas e para os profissionais, bem como, para a enfermagem enquanto disciplina do conhecimento. Não existem conflitos de interesse, nem quaisquer custos para os intervenientes.

De modo a garantir o respeito pelos princípios éticos, previamente à entrevista, procedeu-se à apresentação do investigador, à exposição e explicação dos objetivos e da natureza do estudo, da metodologia e da participação voluntária. Aos participantes foi permitido o direito de recusa na participação do estudo ou abandonarem o estudo a qualquer momento sem prejuízo ou consequência. Cada participante deu o seu consentimento livre e esclarecido, e foram igualmente garantidas todas as condições de anonimato e de confidencialidade das respostas obtidas.

As entrevistas foram realizadas com recurso à gravação por voz em suporte digital após a autorização dos mesmos, o uso da informação obtida nas entrevistas é para uso exclusivo deste trabalho de investigação, os entrevistados foram codificados, utilizando um código composto por letra e número (E1 a E10). Todos os dados e documentos resultantes da recolha de dados foram armazenados numa pasta de arquivo encriptados com palavra passe, na qual apenas a investigadora tem acesso.

Foi solicitada e obtida a autorização prévia do autor do guião de entrevista (Anexo IV).

O estudo teve parecer favorável da comissão de ética da ESSNorteCVP – Parecer n.º 001/2024 (Anexo VI).

6. Resultados

A leitura e análise das entrevistas realizadas permitiu-nos conhecer e compreender qual a experiência dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEEMC) no atendimento à vítima de trauma na sala de emergência.

No presente capítulo, é realizada a apresentação dos dados e, no sentido de promover a organização dos conteúdos e a coerência da informação apresentada, optou-se por expor a caracterização sociodemográfica da amostra, seguido da apresentação dos dados obtidos através da análise de conteúdo segundo referencial de Bardin.

A amostra da presente pesquisa foi composta por dez EEEMC a exercerem funções em contexto de sala de emergência e experiência em atendimento à vítima de trauma. Relativamente a caracterização sociodemográfica dos participantes, identificou-se que dos dez enfermeiros, sete (70%) eram do género feminino e três (30%) do género masculino. No que diz respeito à idade verificou-se que cinco (50%) enfermeiros tem idades compreendidas entre os 31 e 35 anos, quatro (40%) enfermeiros apresentam idades entre os 36 e os 40 anos e um (10%) enfermeiro com idade entre os 41 e os 45 anos.

No que concerne ao percurso formativo, nove (90%) enfermeiros detêm o título de licenciado em Enfermagem e pós-licenciatura em Enfermagem Médico-cirúrgica e um (10%) apresenta o título de mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Quanto à formação profissional, dois (20%) enfermeiros frequentaram ensino pós-graduado em “Cuidados Intensivos e Emergência” e um (10%) enfermeiro em “Supervisão Clínica”. Referente à formação específica em trauma, seis enfermeiros referem terem frequentado formação com pelo menos 48 horas, das quais, Trauma Nursing Core Course (TNCC), Internacional Trauma Life Support (ITLS) e módulo de trauma do INEM.

Referente ao tempo de exercício profissional, constatou-se que dois (20%) enfermeiros se encontram no escalão de tempo 5 a 9 anos, seis (60%) enfermeiros no escalão 10 a 14 anos e dois (20%) no escalão 15 a 19 anos.

A apresentação dos dados recolhidos das entrevistas, obtidos através da análise de conteúdo (Anexo VII) é apresentada no quadro que se segue, permitindo uma melhor compreensão.

Área Temática: Trabalhar na Sala de Emergência com Vítimas de Trauma	
Categoria: Escolha Profissional	
Categoria: Satisfação Profissional e Pessoal	
Categoria: Desafio	
Área Temática: Fatores Mediadores no Atendimento à Vítima de Trauma	
Categoria: Fatores facilitadores	
	Experiência profissional
	Comunicação
	Existência de recursos materiais
	Relação de equipa
Categoria: Fatores dificultadores	
	Inexperiência / Casuística de vítimas de trauma
	Falta de liderança
	Falta de organização
	Falta de Protocolos
	Sobrecarga de trabalho
	Ruído
	Imprevisibilidade
Área Temática: Sentimentos Vivenciados pelos Enfermeiros	
	Tristeza
	Stress/Ansiedade
	Responsabilidade
	Impotência
	Medo/Receio
	Gratidão
Área Temática: Implicações Futuras	
Categoria: A vida pessoal	
	Desgaste emocional
	Reflexão
Categoria: A vida profissional	
	Aquisição de competências
Área Temática: Sugestões de melhoria no Atendimento à Vítima de Trauma	
Categoria: Formação contínua	
Categoria: Simulação	
Categoria: Implementação da Via Verde Trauma com Equipas Exclusivas	
Categoria: Debriefing	
Categoria: CRM	

Tabela 1: Experiências dos enfermeiros especialista na assistência à vítima de trauma na sala de emergência

O procedimento de análise de dados permitiu identificar cinco áreas temáticas:

1. Trabalhar na Sala de Emergência com Vítima de Trauma;
2. Fatores Mediadores no Atendimento à Vítima de Trauma;
3. Sentimentos Vivenciados pelos Enfermeiros;
4. Implicações Futuras;
5. Sugestões de Melhoria no Atendimento à Vítima de Trauma;

Quando questionados sobre a experiência em sala de emergência, nomeadamente no atendimento à pessoa em situação crítica vítima de trauma surgem três categorias: Escolha Profissional; Satisfação Profissional e Pessoal e Desafio.

Referente a trabalhar na sala de emergência com vítimas de trauma, seis participantes referem como uma **Escolha Profissional**, conforme descrevem nos seus discursos:

“Eu acho que desde sempre que me lembro de ser enfermeira, ou querer ser enfermeira (...) e depois de ter um bocadinho de noção do que era a nossa prática, foi sempre minha pretensão trabalhar na urgência, inclusive trabalhar na sala de emergência” (E1)

“Trabalhar num serviço de urgência foi sempre um objetivo, quando vim para o hospital, inicialmente fui trabalhar para a Cirurgia, mas sempre com objetivo de vir para a urgência” (E3)

“Trabalhar no serviço de urgência, e na sala de emergência é um gosto, é uma área me sempre tive muito interesse” (E5)

“(...) a emergência e a área do trauma sempre foi uma área que gostei muito (...) sempre tive curiosidade, vontade de trabalhar nesta área” (E7)

“Trabalhar na sala de emergência (...) não deixa de ser um gosto pessoal, um objetivo pessoal concretizado” (E8)

“Trabalhar na área do doente crítico (...) foi por isso que investi na minha formação, tanto na especialidade, como na formação em trauma” (E10)

A **Satisfação Profissional e Pessoal** foi descrita por sete enfermeiros, conforme o descrito nos relatos:

“(...) tentamos dar o nosso melhor, é uma alegria quando conseguimos estabilizar o doente” (E1)

“(...) posso dizer que é o sentimento de dever cumprido” (E3)

“Trabalhar na sala de emergência para mim é adrenalina (...) mas gosto, gosto muito do que faço.” (E4)

“Trabalhar no serviço de urgência, e na sala de emergência é um gosto, é uma área me sempre tive muito interesse” (E5)

“Fico tão feliz quando percebo que (...) consegui fazer alguma coisa que contribuiu para o bem do doente” (E7)

“Sempre que estou destacada para a sala de emergência para mim é a cereja no topo do bolo (...) adoro emergência, adoro doente crítico” (E8)

“(...) a responsabilidade e os cuidados prestados, fizeram-me sentir útil” (E9)

O **Desafio** foi mencionado por cinco enfermeiros, como descrevem os seus discursos:

“Trabalhar na sala de emergência é um desafio, todos os dias, todas as vezes que lá estou, no entanto, não deixa de ser um gosto pessoal” (E1)

“É um desafio, porque os doentes de trauma habitualmente são doentes jovens, novos, (...) doentes funcionais, doentes autónomos.” (E2)

“É um desafio Porquê o desafio? Porque a tomada de decisão tem que ser rápida, porque o método tem que ser rígido, porque a comunicação tem que ser eficaz, o raciocínio (...). Portanto, todos estes fatores interligados para prestar cuidados ao doente crítico é desafiante” (E8)

“Bem, trauma, trauma é tensão, desafio, desafio porque às vezes é complexo, é difícil (...) porque apesar das lesões físicas, também temos a componente emocional e mentalmente é desgastante” (E9)

“(...) o trauma é uma área muito desafiante (...) para mim enquanto enfermeira, é diferente receber um doente (...) em edema agudo do pulmão por exemplo, a receber um politraumatizado, que geralmente tem múltiplas lesões” (E10)

No que se refere à área temática **“Fatores Mediadores no Atendimento à Vítima de Trauma”** surgiram duas categorias: **Fatores Facilitadores** e **Fatores Dificultadores**. Como fatores facilitadores apontados pelos inquiridos no estudo surgem: **Experiência Profissional, Comunicação, Existência de Recursos Materiais e Relação de Equipa**.

Relativamente à **Experiência Profissional** foi nomeada por nove participantes do estudo, ao referirem:

“Claramente a experiência” (E1)

“(...) trabalhar em equipa (...) e se eu perceber que são pessoas peritas, a perícia é fundamental, a experiência” (E2)

“(...) quanto mais contacto tivermos com as vítimas de trauma mais à vontade vamos ter na abordagem” (E3)

“(...) o que facilita é realmente facto de ter alguma experiência, o facto de também ter experiência no pré-hospitalar” (E4)

“(...) os anos de experiência traz-me mais segurança” (E5)

“(…) ou seja, se eu já tive situações prévias, (…) isso depois faz com que na altura da abordagem nós já sabemos o que pode acontecer, pelas nossas experiências” (E6)

“(…) correu muito bem, porque também tinha um anestesista muito capaz e perito em trauma (…) e isto é de valorizar, é uma mais valia para o doente” (E7)

“Com o tempo vamos crescendo, agora sinto-me mais segura do que faço, tenho mais autoconfiança” (E9)

“Um fator é sem dúvida a experiência profissional” (E10)

A **Comunicação** foi reportada por quatro enfermeiros:

“Um bom fator que me vai facilitar na prestação de cuidados destes doentes é a comunicação. E começa já no pré-hospitalar, na transição de cuidados do pré-hospitalar para nós, se efetivamente houver uma boa transição de cuidados, claramente que os cuidados à posterior são diferentes” (E1)

“(…) muitas vezes nós já sabemos que o doente vai chegar, porque temos alguém que comunica connosco, normalmente o CODU, e isto é um aspeto facilitador, saber que o doente está a caminho e em que condições é que vem” (E2)

“(…) quanto mais informação tivermos à partida antes de receber o doente, para mim é uma vantagem, porque permite à equipa fazer o briefing, portanto, comunicar antes da situação, briefing “(E6)

“É completamente diferente recebermos um doente e saber o que aconteceu ou não sabermos nada da história, a comunicação entre equipas é fundamental” (E8)

A **Existência de Recursos Materiais** foi descrita por um entrevistado, ao referir:

“Acho que os recursos humanos e matérias são uma mais valia na nossa sala de emergência” (E5)

A **Relação de Equipa** foi salientada por cinco enfermeiros, conforme os seguintes discursos:

“O relacionamento da equipa é muito relevante” (E1)

“(…) e pessoas com competências não técnicas, que me vão escutar, que não vão falar ao acaso, que vão esperar por indicações, quando recebem indicações dão feedback, pessoas que sabem acatar o líder, e que se sabem posicionar” (E2)

“(…) porque a sala de emergência é assegurada durante o dia pela medicina intensiva, isso deixa-me segura, ah (…) dá-me segurança porque confio na equipa (…) tem haver com a equipa que está escalada, tanto de enfermagem, como médica, auxiliares.” (E3)

“(…) depende da equipa (...). Há pessoas que conseguimos confiar mais, conseguimos partilhar dúvidas (...) sentimo-nos mais apoiados” (E5)

“O trabalho em equipa vejo com um fator facilitador (...) conseguimos não só prestar cuidados mais eficientes, mas também temos ali (...) o apoio e o conforto que nos ajuda na tomada de decisões mais difíceis. Termos alguém em quem confiamos e pudermos tirar as nossas dúvidas e inquietações é tão, mas tão importante.” (E9)

Como fatores dificultadores emergem: **Inexperiência/ Casuística de Vítimas de Trauma, Falta de Liderança, Falta de Organização, Falta de Protocolos, Sobrecarga de Trabalho, Ruído e Imprevisibilidade.**

A **Inexperiência/ Casuística de Vítimas de Trauma** foi expresso por quatro participantes:

“(...) por outro lado a inexperiência também condiciona, por vários fatores, (...) porque temos muitos jovens com pouca experiência” (E2)

“Um aspeto dificultador no nosso hospital é a casuística, o número de casos de vítimas críticas de trauma” (E4)

“Quando recebo um doente de trauma penso, vamos lá (...) começamos por onde? (...) temos que saber muito, temos que saber de anatomia, de técnicas de mobilização, de medicação (...) tanta coisa” (E7)

“Porque termos um doente ou dois hoje, ou amanhã, é completamente diferente do que trabalhar num centro de trauma onde temos essas vítimas todos os dias claramente.” (E10)

A **Falta de Liderança** foi narrado por quatro enfermeiros ao referirem:

“(...) tenho a perfeita consciência que mudaria muito, é a questão do líder de equipa, que facilitaria imenso a relação entre todos, (...) era tudo muito mais fácil, e inclusive a prestação de cuidados poderia ser muito mais rentável e com maior sucesso” (E1)

“(...) nem sempre se consegue fazer uma boa distribuição de tarefas (...) não há um bom líder” (E2)

“(...) a falta de um líder que e assuma e várias pessoas a assumirem-se como líder não pode ser, só pode haver uma voz” (E6)

“Para uma equipa trabalhar bem é preciso um bom team-líder” (E8)

A **Falta de Organização** foi verbalizado por três inquiridos do estudo:

“(...) e depois temos vários enfermeiros a irem a mesma tarefa sem simultâneo e perde-se tempo e aumenta-se o risco de erro” (E2)

“(...) a distribuição de tarefas é fundamental (...) a preparação da sala, com todo o material que é preciso” (E7)

“Às vezes olho à minha volta e dou com 10 ou 20 profissionais à volta daquele doente (...) enfermeiros, alunos de enfermagem, médicos, internos, auxiliares, (...) tanta confusão” (E9)

A **Falta de Protocolos** surge no discurso de um enfermeiro:

“A via verde trauma podia facilitar a prestação de cuidados, uma vez que ainda está em cima da mesa sem grandes protocolos” (E3)

A **Sobrecarga de Trabalho** foi apontado por dois participantes:

“O excesso de trabalho na sala de emergência, até porque um doente politraumatizado tem associado a ele uma panóplia de cuidados a dirigir que um ou dois ou as vezes até três enfermeiros não conseguem dar resposta, inclusive quando temos a sala de emergência cheia, tornando-se difícil prestar esses cuidados” (E1)

“Se a sala de emergência estiver com mais doentes, pode dificultar depois a abordagem que o doente de trauma requer, ou seja (...), o excesso de trabalho” (E3)

O **Ruído** foi indicado por três EEEMC:

“O ruído na sala de emergência, numa situação de trauma há sempre ruído (...) que nos primeiros minutos não conseguimos controlar muito, mas logo a seguir se conseguirmos gerir o ruído vai ter impacto para o doente e vai ter impacto para as nossas intervenções, portanto, o ruído é uma barreira” (E2)

“O barulho é algo que impacta negativamente a intervenção da equipa” (E9)

“(...) falar para o ar, muito barulho, muito nervosismo (...) tu percebes isto não é bom” (E10)

A **Imprevisibilidade** foi expresso por um enfermeiro:

“A condição do doente pode mudar a qualquer momento, a sua estabilidade (...) muda rapidamente, nós temos que tomar decisões rápidas” (E5)

Em relação aos **Sentimentos Vivenciados pelos Enfermeiros** aquando o atendimento à vítima de trauma na sala de emergência, segundo a análise de dados, emergem: **Tristeza; Stress/Ansiedade, Responsabilidade, Impotência, Medo/Receio e Gratidão.**

A **Tristeza** foi um sentimento descrito por quatro participantes:

“Às vezes sinto tristeza quando há situações de amputação, que acontece algumas vezes em jovens (...) amputações de membros” (E1)

“Não conseguimos sempre dar resposta a tudo (...) pela idade, pela cinemática em si, pelo contexto em si, ficamos um bocadinho de como e que é possível isto ter acontecido e aqui o sentimento de tristeza” (E5)

“(...) não me consigo controlar, estou lá firme, estou a fazer o que tenho que fazer, mas quando dou conta já tenho uma lágrima no olho” (E6)

“Lembro-me de uma jovem que se tentou suicidar, atirou-se do 5º andar, era brasileira e estaca cá a estudar, (...) chegou com TCE, fraturas expostas (...) senti-me tão triste, só pensava na minha filha” (E7)

O **Stress/Ansiedade** foi vivenciado por seis enfermeiros conforme o relato que se segue, por desempenharem funções na sala de emergência no atendimento à vítima de trauma:

“Receber um doente na sala de emergência vítima de trauma (...) traz ansiedade, medo” (E2)

“Olha para mim, é muito stressante, ah (...) porque nunca sabemos ao certo ao certo o que vai entrar” (E3)

“Sinto ansiedade, bem (...) stress, algum stress, é para mim um doente muito trabalhoso” (E4)

“(...) ficou com aquele nervoso miudinho quando o CODU informa que vamos receber uma vítima de trauma” (E7)

“Ainda há pouco tempo recebemos um jovem de 19 anos (...) já com amputação de uma das pernas (...) ainda consciente e a aperceber-se de toda a situação (...) foi stressante” (E8)

“Tento manter a calma, mas por dentro (...) até fico taquicardia. (...) naquele stress todo tenho medo de me esquecer de alguma coisa” (E10)

A **Responsabilidade** no atendimento a vítima de trauma em sala de emergência foi verbalizada por três enfermeiros:

“(...) sabemos que as nossas intervenções podem fazer a diferença (...) fico preocupado com o futuro, será que aquela pessoa vai voltar a ter a vida que tinha como antes?” (E5)

“O papel do enfermeiro é muito relevante e de responsabilidade, aliás de toda a equipa, desde o auxiliar até ao médico anestesta, intensivista, todos tem que estar envolvidos, no entanto, o papel do enfermeiro é preponderante.” (E8)

“(...) a responsabilidade e os cuidados prestados, fizeram-me sentir útil” (E9)

O sentimento de **Impotência** é um sentimento mencionada por um entrevistado:

“Sentimos muitas vezes impotência (...) como grande parte dos casos são pessoas jovens” (E6)

O **Medo/Receio** foi narrado por seis enfermeiros:

“Receber um doente na sala de emergência vítima de trauma (...) traz ansiedade, medo” (E2)

“Tenho medo de não conseguir dar resposta” (E3)

“Quando temos a sala de emergência lotada, tenho receio de não conseguir dar resposta” (E5)

“Tenho medo, tenho sempre medo de não estar à altura, tenho medo de não corresponder aquilo que é preciso (...) quando estou numa posição de coordenação

ou numa posição de ser das mais velhas acabo por ter um bocadinho mais de medo” (E6)

“(...) quando temos uma pessoa nova, jovem temos medo de não tomar a melhor decisão” (E9)

“(...) naquele stress todo tenho medo de me esquecer de alguma coisa” (E10)

A **Gratidão** é um sentimento positivo referido por três participantes:

“Às vezes é um bocado difícil de manter a distância da relação terapêutica, mas depois é gratificante de saber que essas nossa vivências permite-nos dar ainda mais àquele doente e fazer uma melhor prestação de cuidados” (E1)

“Por outro lado, é um sentimento de gozo bom, quando não se consegue acessos e de repente consegue-se um acesso, ou quando o doente está com uma hipotensão marcada e damos volume e aquilo não sobe, e entretanto, fica melhor perfundido, menos taquicárdico (...) é uma sensação boa” (E6)

“(...) é nestas situações em que é realmente gratificante sermos enfermeiros” (E8)

A experiência no atendimento à vítima de trauma em contexto de sala de emergência traz implicações para a vida pessoal e para a vida profissional. A nível pessoal, vivenciar situações de trauma traz sentimentos como o **Desgaste Emocional** e à **Reflexão**.

O **Desgaste Emocional** foi enunciado por seis enfermeiros, verificada nos extratos que se seguem:

“Efetivamente a assistência a vítima politraumatizada na sala de emergência é provavelmente aquela vítima me mexe mais com a minha emoção, inclusive por experiência pessoal, por vivências pessoais, por ter estado do lado da família (...) isso faz com que o meu sentimento esteja mais à flor da pele (...) e recordar é difícil, muito difícil. (...) Às vezes é difícil manter a distância da relação terapêutica. (...) A nível pessoal, a mim dá-me muito abalo” (E1)

“(...) o desgaste emocional interfere sempre, se estamos cansados não vamos ter a mesma energia, a proatividade, nem vamos interagir da mesma forma” (E2)

“(...) implicações do ponto de vista emocional, também a nossa sensibilidade (...) o nosso envolvimento pessoal e inteligência emocional também” (E6)

“(...) somos pessoas, não é fácil lidar com o sofrimento do outro” (E8)

“(...) porque apesar das lesões físicas, também temos a nossa componente emocional e mentalmente é desgastante” (E9)

“(...) até porque sabemos que depois a recuperação é complexa (...) às vezes vou a pensar para casa” (E10)

A **Reflexão** é reportada por três participantes do estudo:

“(…) tornamo-nos mais sensíveis ao outro, relativamente aquilo que está a passar e a sentir” (E2)

“Acabamos por nos por na pele daqueles doentes não é ... porque qualquer pessoa pode ser vítima de um acidente de viação e acabamos por vir a pensar naquilo para casa” (E3)

“Faz-me pensar em alguns comportamentos que tenho, ... por exemplo na condução. Faz-me pensar, sobretudo naqueles dias a seguir a ter vítimas graves” (E4)

Para a **Vida Profissional**, os participantes referem a **Aquisição de Competências**, enunciada cinco inquiridos do estudo, como podemos constatar nas transcrições a baixo:

“prestar cuidados ao doente politraumatizado a nível profissional é ótimo, ganho competências técnicas” (E1)

“(…) adquirimos capacitação técnica sem dúvida nenhuma, diferentes experiências, diferentes doentes, (...) acabamos sempre por aprender e aperfeiçoar” (E2)

“quanto mais abordagens ou situações graves tivermos, tu vais desenvolver competências” (E4)

“Para a vida profissional, a aquisição de conhecimento” (E5)

“Ganhamos experiência, (...) quanto mais situações tivermos melhores profissionais seremos” (E8)

Com o objetivo de melhorar o atendimento à vítima de trauma surgem sugestões, agrupadas nas seguintes categorias: **Formação Contínua, Simulação, Implementação da Via Verde Trauma com Equipas Exclusivas, Debriefing e CRM**.

A **Formação Contínua** foi uma sugestão apresentada por oito enfermeiros:

“Sugestões de melhoria passa muito pela formação” (E1)

“(…) haver formação neste sentido” (E2)

“A formação, no nosso hospital não há formação em trauma, acho importante, ah (...) ou até mesmo dentro da equipa” (E3)

“Sugestões (...) formação e criação da equipa de trauma” (E4)

“Sem dúvida a formação contínua” (E5)

“Passa muito pelas formações, pela realização de cursos na área” (E7)

“(…) a formação faz-nos sempre crescer enquanto profissionais” (E9)

“(…) a formação e a realização de cursos para além de adquirirmos conhecimentos, ajuda-nos a lidar com as situações” (E10)

A **Simulação** foi salientada por dois participantes:

“Sugestões de melhoria passa muito pela formação e simulação no nosso local de trabalho” (E1)

“Treino, treino, treino, prática simulada, simulação (...) simulação a todos os elementos da equipa” (E2)

A **Implementação da Via Verde Trauma com Equipas Exclusivas** foi reportada por três enfermeiros:

“(...) se via verde trauma fosse para a frente seria tudo mais facilitador, talvez com equipas dedicadas ao trauma” (E1)

“(...) tenho a certeza que com equipas de trauma se trabalhava muito melhor” (E4)

“(...) a implementação da via verde trauma” (E8)

O **Debriefing** foi outra sugestão apresentada por dois inquiridos do estudo:

“(...) situações diferentes que haja a oportunidade de fazer o debriefing” (E2)

“(...) fazer o debriefing estruturado, (...) a reflexão daquilo que correu bem e menos bem, o reforço positivo (...) ter a capacidade de identificar o que não foi tao positivo de modo a melhorar futuramente” (E6)

O **CRM** foi uma estratégia apresenta por um enfermeiro:

“O crisis resource management (...) é uma abordagem que pretende desenvolver competências não técnicas em situação de crise, (...) e um doente de trauma maior parte das vezes, apesar de ser só um doente, não ser uma catástrofe (...) mas é uma situação de crise” (E2)

7. Discussão

Neste capítulo realizou-se a descrição dos significados das experiências dos enfermeiros no atendimento à vítima de trauma na sala de emergência, obtida após as várias leituras das entrevistas e análise de dados, refletiu-se sobre os achados emanados nas descrições dos participantes e confrontou-se com a literatura existente nesta temática.

O termo experiência corresponde ao percurso feito por cada pessoa durante a vida, caracteriza-se pelo que a pessoa viveu e experienciou, mas também pelo significado e interpretação que a pessoa atribuiu a determinada situação (Martins & Martins, 2010).

O significado de **Trabalhar na Sala de Emergência com Vítima de Trauma**, está diretamente relacionado com as experiências individuais de cada participante, sendo influenciado pelas suas próprias motivações e objetivos pessoais.

Quando questionados sobre a experiência em sala de emergência, nomeadamente no atendimento à pessoa em situação crítica vítima de trauma surge três categorias: **Escolha Profissional; Satisfação Profissional e Pessoal e Desafio**.

Os enfermeiros entrevistados referem que o exercer funções no serviço de urgência, nomeadamente na sala de emergência deve-se essencialmente a uma **Escolha Profissional**, referem gosto pela área de emergência e pela área do trauma, verificando-se no investimento feito por cada um deles em curso de pós-licenciatura em Enfermagem Médico-cirúrgica, nomeadamente em pessoa em situação crítica e em formações na área do trauma.

As narrativas dos enfermeiros da amostra vão de encontro ao mencionado por Silva et al. (2018), num estudo realizado para analisar as expectativas profissionais dos enfermeiros especialistas que frequentaram o curso de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, afirmando que os participantes veem a realização da formação como um contributo para ampliar as suas competências profissionais, adquirindo mais segurança na tomada de decisão e na capacidade de visão holística e individualização das necessidades dos doentes. Neste sentido, a formação de especialistas deve ir ao encontro das necessidades do mercado de trabalho e dos serviços.

Conclui-se, de acordo com os testemunhos dos entrevistados, que a especialização académica na área de EMC contribui para o desenvolvimento profissional, aumentando o seu conhecimento, a sua competência, o pensamento crítico-reflexivo e tomada de decisão, garantindo a qualidade de cuidados de enfermagem.

De acordo com a evidência científica, trabalhar na sala de emergência é exigente, requer muita competência, uma vez que exige a aplicação de múltiplos conhecimentos, responsabilidades e uma tomada de decisão eficaz baseada na atual evidência científica (Ferreira et al., 2020), o que vai de encontro aos testemunhos dos entrevistados, quando afirmam que trabalhar na neste meio traz **Satisfação Profissional e Pessoal**.

Reconhecem que que a sua experiência na assistência a vítimas de trauma em contexto de sala de emergência traz vantagens para a vida profissional, apesar de todas as dificuldades. Segundo Alzhoul (2014), os enfermeiros sentem-se satisfeitos com os cuidados que prestam à vítima de trauma e sentem-se recompensados se as suas intervenções tiverem sucesso.

Corroborar o estudo de Freeman et al. (2014), que os enfermeiros sentem satisfação, consideram-se um elemento essencial na equipa quando adquirem conhecimentos e competências necessárias para lidar com os doentes vítimas de trauma, particularmente quando reconhecem e respondem atempadamente a mudanças súbitas na condição fisiológica. Para Martins e Martins (2010) a possibilidade de ajudar a pessoa em situação crítica contribui para a motivação e realização profissional e pessoal dos enfermeiros.

Trabalhar na sala de emergência com vítima de trauma foi descrito por cinco participantes como um **Desafio**, uma vez que, a confiança depositada nos enfermeiros é grande e são eles responsáveis pela maioria dos cuidados prestados a estes doentes. Freeman et al. (2014), mostra no seu estudo que os enfermeiros valorizam o desafio de trabalhar com doentes complexos e gostam da intensidade e exigência que a pessoa em situação crítica requer.

Dentro da área temática **Fatores Mediadores no Atendimento à Vítima de Trauma** emergiram duas categorias: **Fatores Facilitadores** e **Fatores Condicionadores**.

Relativamente aos **Fatores Facilitadores** e de acordo com as descrições dos inquiridos do estudo, surge pela análise de dados a **Experiência Profissional**, a **Comunicação**, a **Existência de Recursos Materiais**, e ainda, a **Relação de Equipa**.

A **Experiência Profissional** foi relatada por grande parte dos participantes, onde descrevem que o percurso profissional é relevante para a tomada de decisão e consequentemente para a qualidade dos cuidados prestados.

Isto vai de encontro ao estudo de Polovitch et al. (2019), que mostra que a enfermagem em trauma é um campo complexo e requer uma constante atualização baseada na melhor evidencia científica, o mesmo estudo mostra trabalhar com vítimas de trauma requer uma ampla experiência, sendo que, os melhores resultados são alcançados quando todos os profissionais envolvidos são peritos.

Para Walter e Curtis (2015), o enfermeiro com experiência na área do trauma apresenta um impacto significativo no atendimento às vítimas, demonstrado também como benéfico para os serviços de saúde, uma vez que está diretamente relacionada com a utilização de recursos.

No estudo de Alzghoul (2014), realizado a enfermeiros escoceses onde descrevem que o atendimento a vítimas de trauma exige profissionais com conhecimentos, competências e experiências anteriores, de modo a dar uma resposta eficaz às situações. O mesmo autor refere que a aquisição de experiência clínica é dos principais fatores que permite ao enfermeiro no futuro dar uma melhor resposta e trabalhar com confiança.

Conclui-se que os conhecimentos, a qualificação das equipas e a experiência profissional prévia são fatores primordiais que estão intrínsecos ao sucesso dos cuidados a vítima de trauma em sala de emergência.

A **Comunicação** é descrita como fator facilitador por quatro entrevistados deste estudo. Em contexto de sala de emergência, onde situações de stress são uma constante, é referido que a comunicação deve ser utilizada como uma ferramenta, de modo a providenciar a segurança e a clareza entre os profissionais.

Definido na Norma n.º 001/2017 (2017), a comunicação eficaz entre profissionais de saúde é *“Transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor”*, reduzindo o risco de dano.

Em concordância com os dados obtidos, Alzghoul (2014) no seu estudo onde explora a experiência dos enfermeiros no atendimento à vítima de trauma em cuidados intensivos, menciona que a relação de apoio e a boa comunicação entre a equipa facilita o processo de aprendizagem e atendimento na assistência a vítima de trauma.

Corroborar o estudo de Mendes et al. (2020), que a comunicação é um fator facilitador na prática de enfermagem, uma vez que reduz significativamente o erro e, é vista como um elemento favorável para a segurança do doente.

A **Existência de Recursos Materiais** é mencionado por um participante, como um fator que facilita no atendimento à vítima de trauma.

Para Gomes et al. (2019), num estudo realizado sobre a segurança do doente em situações de emergência, mostra que os recursos humanos e materiais disponíveis proporcionam uma assistência de enfermagem segura nos serviços de urgência.

A **Relação de Equipa** é expressa por cinco participantes, mostrando que o trabalho em equipa é necessário para proporcionar ao doente um cuidado seguro e confiável, ajudando a prevenir a ocorrência do erro.

Estas considerações vão de encontro à literatura explanada no estudo de Yoon e Cho (2022), onde mostra que a boa relação no local de trabalho tem um impacto positivo nos profissionais, proporciona a energia necessária para cuidar do doente em situações mais complexas e incertas.

Para Oliveira e Martins (2013), o trabalho em equipa é um aspeto facilitador, sendo o resultado entendido como o trabalho de complementaridade de todos os elementos, quanto melhor a relação entre os elementos da equipa, maior a satisfação profissional e menor a instabilidade emocional dos profissionais.

Relativamente aos **Fatores Condicionadores** e de acordo com as descrições dos inquiridos do estudo, surge pela análise de dados a **Inexperiência/Casuística de Vítimas de Trauma**, a **Falta de Liderança**, **Falta de Organização**, **Falta de Protocolos**, a **Sobrecarga de Trabalho**, o **Ruído** e a **Imprevisibilidade**.

A **Inexperiência e a Casuística de Vítimas de Trauma** são reportadas por quatro entrevistados, estes referem que a equipa de enfermagem muitas vezes é composta por elementos jovens com pouca experiência, associado a isto, o facto de ter uma baixa casuística de vítimas de trauma é uma das causas que condiciona o tratamento a doentes críticos vítimas de trauma.

Segundo a Ordem dos Médicos (OM, 2009, p.57), as equipas de trauma *“devem ser dotados de pessoal com formação, experiência e capacidade técnica suficientes, para avaliar e otimizar os doentes que precisam de cuidados emergentes. Estes conhecimentos são fundamentais para a execução técnica de procedimentos, para avaliação e tratamento de desequilíbrios e falências e para responder ao desafio, que é a tomada de decisão clínica”*. Posto isto, a inexperiência é de facto um fator condicionador.

As competências dos enfermeiros são resultado de conhecimentos teóricos e técnicos, mas também de saberes adquiridos com a experiência, neste sentido a inexperiência traz dificuldades ao processo de cuidar. Assim, quanto maior a experiência com doentes vítimas de trauma, maior a maturidade pessoal e profissional.

A **Falta de Liderança** é mencionada por quatro inquiridos do estudo, os mesmos referem que a presença de um líder facilita a prestação e cuidados e o trabalho em equipa eficaz.

Azam et al. (2020), mostra que a liderança ineficaz é uma das principais causas de mortes evitáveis quando se fala em doente de trauma. No estudo de Polovitch et al. (2019), conclui que após a implementação do líder de enfermagem em trauma melhora favoravelmente o prognóstico do doente.

Para Maarseveen et al. (2022), a qualidade de reanimação depende da coordenação eficaz da equipa, tendo o líder um papel fundamental. O mesmo estudo mostra que líderes

experientes de equipas de trauma influenciam positivamente a qualidade e resultado da reanimação.

A **Falta de Protocolos** é mencionada por um participante, o qual faz referência à implementação da via verde trauma como uma mais valia na prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma.

Segundo a Norma nº 012/2022 de 18 de novembro (2022), intitulada de Via Verde Trauma no Adulto, a equipas de trauma devem ser apoiadas em aspetos fulcrais para a sua eficácia, nomeadamente no desenvolvimento de estratégias clínicas, das quais protocolos e normas de boa prática.

De igual modo Gomes et al. (2019), onde averigua a perceção dos profissionais de enfermagem sobre os aspetos essenciais para prestar um cuidado seguro ao doente politraumatizado em serviços de urgência, conclui que trabalhar segundo protocolos à segurança dá equipa e aumenta a confiança.

A **Falta de Organização** é mencionada por três inquiridos do estudo, que referem que é prejudicial na segurança do doente e na gestão de tempo.

Sendo ENA (2019 as cited in Almeida et al., 2020) “uma abordagem padronizada e organizada do sistema de trauma melhora o tratamento do trauma e reduz a mortalidade e a incapacidade”.

Conforme Gomes et al. (2019), um aspeto essencial para garantir a qualidade dos cuidados e o atendimento seguro às vítimas de trauma é essencial a organização do trabalho.

A carga de trabalho tem impacto no bem-estar dos enfermeiros. Assim, através da análise dos discursos produzidos, a **Sobrecarga de Trabalho** é mencionada por dois participantes como fator dificultado no atendimento à vítima de trauma na sala de emergência.

Corroborado por Holland et al. (2019) a carga de trabalho leva à diminuição do bem-estar e tem impacto negativo na satisfação com o equilíbrio da vida profissional e pessoal.

Para Gomes et al. (2019), quando os profissionais de saúde estão sujeitos a alta carga de trabalho podem comprometer a qualidade do atendimento prestado e a segurança do doente, neste sentido, o mesmo autor reconhece que o pessoal de enfermagem adequado, ajuda a reduzir a incidência de eventos adversos.

O **Ruído** mencionado por três inquiridos do estudo, é característica inevitável das salas de emergência, reconhecido pelos participantes como uma fonte de nervosismo e com impacto negativo na equipa.

De acordo com as recomendações técnicas para a sala de emergência da ACSS (2019), “a atividade desenvolvida na Sala de Emergência é geradora de intenso ruído pelo que este espaço carece de um cuidado tratamento acústico”.

O ruído é onipresente na vida quotidiana e característico de todas as atividades humanas, em contexto laboral é classificado como ruído ocupacional. O ruído ocupacional afeta diretamente o bem-estar e o desempenho dos profissionais, os resultados do estudo de Salgueiro et al. (2022), convergem no mesmo sentido, é reconhecido como um fator dificultador do trabalho, uma fonte de stress e doença para os enfermeiros, com efeitos na saúde física e mental.

A sala de emergência é um local de constante contacto com doentes críticos, onde a **Imprevisibilidade** é uma realidade, sendo a tomada de decisão em tempo útil fundamental.

Segundo Souza et al. (2017), a dinâmica do serviço de urgência é uma constante imprevisibilidade de acontecimentos que envolvem doentes, familiares e profissionais, dificultando a prestação de cuidados.

Ferreira et al. (2020), no estudo intitulado “Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem”, menciona o serviço de urgência como um “ambiente de stress, desprovido de padronização de cuidados, com imprevisibilidade e em que as ações estão dependentes do tempo, com um ritmo de trabalho acelerado em que todos os minutos contam”, ou seja, os profissionais realizam as suas atividades num clima de imprevisibilidade e incerteza.

A prática de enfermagem é inerente ao sofrimento do outro, podendo deixar marcas, quer sejam positivas ou negativas (Martins & Martins, 2010). O estudo desenvolvido pelo investigador revela que o atendimento a vítima de trauma demonstram o envolvimento de um conjunto de sentimentos pelo inevitável contacto com o sofrimento, com a doença e situações de urgência e emergência.

Percebe-se da análise de dados recolhidos os seguintes Sentimentos Vivenciados pelos Enfermeiros: **Tristeza; Stress/Ansiedade; Responsabilidade; Impotência; Medo/Receio e Gratidão.**

A **Tristeza** foi mencionada por quatro entrevistados, associada a dificuldade de dar resposta e de lidar com situações significativas, como é o caso de vítimas jovens.

Romanzini e Bock (2010), no estudo sobre sentimentos dos enfermeiros que atuam em emergência médica, constatou que estes profissionais de saúde experienciam sentimentos como gratidão, raiva, tristeza e ansiedade.

Num estudo realizado por Estuqui et al. (2022), a enfermeiros que prestam cuidados em contexto de emergência, nomeadamente perante situações de reanimação cardiopulmonar, os mesmos expressam sentimento de tristeza.

Em todos os contextos, os enfermeiros enfrentam **Stress/Ansiedade**, em contexto de atendimento à vítima de trauma é evidente, dado que trabalham sobre a pressão do tempo

e onde a tomada de decisão é fulcral para a vida ou morte, este sentimento foi referido por seis enfermeiros.

Num estudo realizado por Wolf et al. (2020), onde explora o stress traumático secundário na enfermagem em contexto de emergência e o impacto na prática e no ambiente de trabalho, mostra que os participantes experienciam stress, perturbação do sono e da funcionalidade, e apresentam sintomas como palpitações e ansiedade.

Corroborar a literatura existente que lidar com doentes de trauma é difícil e stressante, geralmente porque são jovens adultos (Alzhoul, 2014).

No estudo de Miller et al. (2019), as experiências repetidas dos enfermeiros que lidam com doentes críticos vítimas de trauma traz efeitos cumulativos e impacta negativamente o profissional, vivenciando situações de stress.

O cuidar da pessoa em situação crítica é parte integrante da essência da enfermagem avançada, requerendo um manancial de conhecimentos e aptidões técnicas, que se coadunam na **Responsabilidade**. Este sentimento é mencionado três participantes.

Em Portugal, a profissão de enfermagem é regulada por alguns documentos, nomeadamente o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), onde é mencionado que “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996).

Neste estudo denota-se que os entrevistados manifestam ou vivenciam um sentido de responsabilidade permanente pela pessoa em situação crítica, que implica responsabilidade pelo outro e pelas próprias tomadas de decisão e intervenções.

Reitera o estudo de Ferreira et al. (2019), que a responsabilidade é considerada um fator essencial juntamente com o trabalho em equipa, promovendo a segurança do doente. Da análise de dados, emerge a **Impotência**, mencionada por um participante.

Para Salomé et al. (2009), no estudo realizado acerca dos sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência, os resultados demonstram que os participantes vivenciam momentos de stress e expressam o sentimento de impotência.

Seis enfermeiros fazem referência a alguns **Medos e Receios** na assistência à vítima de trauma, relacionados com a possibilidade de errar, ou de não conseguirem responder de forma rápida e eficaz às exigências do doente.

Para Freeman et al. (2014), o medo é relatado diversas vezes pelos enfermeiros na prestação de cuidados à vítima de trauma.

Segundo Martins e Martins (2010), os profissionais relatam o sentimento de medo e ansiedade aquando o transporte de doentes críticos, nomeadamente de vítimas de trauma.

O sentimento de **Gratidão** verbalizado por três participantes, uma descoberta que é congruente com o estudo de Freeman et al. (2014), onde mostra que a recuperação dos doentes é um aspeto gratificante e significativo para os enfermeiros, os participantes deste estudo sentiram que fizeram a diferença e desempenharam um papel fulcral no tratamento do doente. Também para Oliveira e Martins (2013), num estudo realizado a enfermeiro em contexto extra-hospitalar, mostra que a gratidão é um sentimento expresso pelos participantes.

De acordo com os discursos, consta-se que trabalhar com vítimas de trauma traz inúmeras implicações para o futuro dos enfermeiros, quer seja para a vida pessoal, quer para a profissional.

Referente à vida pessoal, os participantes do estudo expressam o **Desgaste Emocional e Reflexão**.

Trabalhar no contexto de sala de emergência com pessoas vítimas de trauma confronta os profissionais com situações de **Desgaste Emocional**, conforme mencionado por seis participantes, exige uma boa capacidade de gestão de conhecimentos, procedimentos e emoções.

As narrativas dos enfermeiros da amostra vão de encontro ao estudo realizado por Sauane (2023) que mostra que os enfermeiros que exercem funções em serviço de urgência demonstram elevados valores de exaustão emocional, por estarem mais expostos a situações emocionalmente exigentes.

A **Reflexão**, reportada por três enfermeiros é inerente ao pensamento crítico e esta subjacente a processos de procura de evidência científica e para a prática, neste sentido, o profissional demonstra motivação para desenvolvimento pessoal e profissional. Waldow (2008) defende que é através da reflexão que o enfermeiro se reavalia e aprimora a sua prática, a reflexão permite ultrapassar barreiras interiores ou enraizadas na própria cultura da profissão.

Referente à vida profissional, metade dos participantes do estudo nomeiam a **aquisição de competências**.

Atualmente assiste-se a grandes progressos na área de enfermagem, Serrano et al. (2011) refere que os “enfermeiros são atores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências”. Também Jesus e Balsanelli (2023), referem que a experiência traz competências profissionais que fazem parte do desenvolvimento da equipa de enfermagem.

Os entrevistados, sugerem para a melhoria do atendimento à vítima de trauma na sala de emergência: **Formação contínua, Simulação, Implementação da Via Verde Trauma com Equipas Exclusivas, Debriefing e CRM.**

Oito participantes do estudo reconhecem a necessidade de formação em trauma, pelo que sugerem a **Formação Contínua** para melhoria da prestação de cuidados de qualidade a pessoas vítimas de trauma.

Conclui o estudo de Polovitch et al. (2019), que os enfermeiros altamente treinados e especializados apresentam cuidados mais eficazes e oportunos, diminuindo o tempo de reanimação e posteriormente tempo de internamento.

Para Azam et al. (2020), a formação especializada dos profissionais é fundamental para minimizar o número de mortes traumáticas evitáveis.

De acordo com a Wolf et al. (2020), a participação em formações com o intuito de preparar os profissionais para lidar com o trauma é considerada uma solução para lidar com situações indutoras de stress.

Corroborar a literatura existente que a formação especializada aumenta a competência profissional e a autoeficácia profissional, tendo um impacto positivo para o doente e para as instituições (Yoon & Cho, 2022).

Referido por dois enfermeiros, a **Simulação** é essencial na aprendizagem, sendo usada para desenvolver competências, alterar atitudes e aumentar o conhecimento.

Segundo Novais et al. (2020), “a prática simulada é uma estratégia que estimula a tomada de decisão em casos clínicos”, tem como objetivo promover o conhecimento através de aprendizagens, do pensamento crítico reflexivo e da avaliação posterior dos resultados.

Para Azam et al. (2020), a simulação permite aos participantes vivenciarem situações clínicas, concluindo no seu estudo conclui que a preparação e os exercícios prévios levam a uma melhor atuação e produtividade dos profissionais.

Relata o estudo de Bliss e Aitken (2017), que a simulação melhorou os conhecimentos e habilidades para o ambiente de prática. A participação em prática simulada foi para os participantes um dos fatores chave para melhorar a capacidade de aprendizagem.

A criação de **Implementação da Via Verde Trauma com Equipas Exclusivas** foi mencionada por três enfermeiros, correlacionado com a evidência, as equipas de enfermagem de assistência a vítimas de trauma devem ser constituídas por enfermeiros especialista em médico-cirúrgica (Norma n.º 012/2022, 2022).

Conclui o estudo de Maarseveen et al. (2022) que uma equipa de trauma bem organizada tem impacto positivo na mortalidade do doente. As equipas de trauma são um dos pilares de

uma estratégia coordenada de reanimação, o estudo demonstrou que o ritmo de reanimação lideradas por equipas de trauma são mais eficazes.

O **Debriefing** referido por dois entrevistados, é uma oportunidade de refletir sobre as aprendizagens durante a prática.

Segundo Coutinho et al. (2014), o debriefing é importante para maximizar a aprendizagem, contribui para estruturar o pensamento, identificar prioridades, identificar aspetos a melhor em situações futuras, aumentar o potencial de trabalho em equipa e reforçar a autonomia dos enfermeiros.

Para Harrison e Green (2021), a prática reflexiva é importante para o bem-estar e desenvolvimento dos profissionais de saúde, esta demonstra que refletir sobre a própria prática aumenta a qualidade dos cuidados prestados.

O **Crisis Resource Management (CRM)** foi expresso por um enfermeiro. O CRM é uma ferramenta de comunicação originalmente usada na aviação, mas com aplicabilidade também na área da saúde, esta surge para melhorar a comunicação, liderança, segurança e eficácia da equipa.

Para Hugles et al. (2014), a aplicação de CRM tem impacto na comunicação, na dinâmica e na assertividade da equipa, a aplicação da mesma demonstrou uma melhor organização, melhor identificação do líder e distribuição de tarefas e recursos, constatou-se um melhor desempenho e qualidade dos cuidados.

8. Conclusão

Os resultados deste estudo permitiram a reflexão e compreensão das experiências dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Medico- Cirúrgica no atendimento à vítima de trauma em sala de emergência.

A vítima de trauma em sala de emergência é considerada como a pessoa em situação crítica, os cuidados de enfermagem devem específicos e altamente qualificados, com o objetivo de dar resposta contínua às necessidades afetadas, prevenindo complicações e limitando incapacidades (Regulamento n.º429/2018, 2018). Neste sentido, o papel avançado que o enfermeiro tem que desempenhar na assistência à vítima de trauma em sala de emergência é fulcral para a garantir a qualidade de cuidados.

A evidência científica demonstra que os resultados dos doentes dependem da qualidade dos cuidados prestados e do nível de qualificação e especialização dos enfermeiros. Os enfermeiros especialistas em trauma contribuem para a redução do tempo de internamento, diminuição da taxa de readmissão no hospital, melhoram os resultados do tratamento através da prevenção e deteção precoce (Yoon & Cho, 2022).

A assistência de enfermagem à vítima de trauma é complexa e necessita de um conhecimento técnico científico que fundamente o profissional na sua prática. O enfermeiro também precisa de lidar com sentimentos e emoções que influencia na sua prática.

As experiências dos enfermeiros no atendimento à vítima de trauma correspondem ao percurso feito durante a vida e resultam de vários fatores de natureza pessoal, após a análise das entrevistas foi possível identificar cinco áreas temáticas: trabalhar na sala de emergência com vítimas de trauma; fatores mediadores no atendimento à vítima de trauma; sentimentos vivenciados pelos enfermeiros; implicações futuras; sugestões de melhoria no atendimento à vítima de trauma.

Relativamente a trabalhar na sala de emergência com vítimas de trauma, os enfermeiros relatam o desafio constante repleto de adversidades e imprevisibilidade, referem investimento e gosto pela área do trauma e sentem-se satisfeitos com os cuidados que prestam.

Referente aos fatores mediadores no atendimento à vítima de trauma, como fatores facilitadores, os EEEMC entrevistados referiram: a experiência profissional, a comunicação, a existência de recursos materiais e a relação de equipa. Como fatores dificultadores, os

inquiridos do estudo relataram: a inexperiência e a casuística de vítima de trauma; falta de liderança; falta de organização; falta de protocolos; sobrecarga de trabalho; o ruído e a imprevisibilidade.

Os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros no atendimento à vítima de trauma em contexto de sala de emergência foram: tristeza; stress/ansiedade; responsabilidade; impotência; medo/receio e gratidão.

No que diz respeito às implicações futuras destas experiências para a vida pessoal, os inquiridos do estudo narraram o desgaste emocional e a reflexão, e para a vida profissional, a aquisição de competências.

A sugestão de melhoria mais apresentada pelos participantes diz respeito à necessidade de formação e de treino simulado para a manutenção e aquisição de competências práticas e científicas, de modo a colmatar a inexperiência profissional em contexto de trauma grave. Desde modo, sugere-se a promoção de planos de formação de enfermagem e multidisciplinar de situações com doentes críticos vítimas de trauma, abordando conteúdos referentes aos cuidados específicos, mas também conteúdos relativos à liderança de equipa e reflexão. Sugerem ainda a implementação da via verde trauma com formação de equipas exclusivas em trauma, a realização de debriefing e a utilização da ferramenta CRM.

A experiência dos enfermeiros na assistência a vítimas de trauma é ainda pouco estudada, considerando as fontes bibliográficas que tivemos acesso, o que faz refletir aos investigadores que a divulgação é ainda escassa, sendo uma limitação deste estudo, assim como os contratempos que foram surgindo e a inexperiência do investigador. O número de participantes e o contexto de trabalho, uma vez que todos os participantes eram do mesmo serviço de um hospital, são também consideradas limitações deste estudo.

É importante referir que este estudo foi realizado a um grupo restrito de enfermeiros especialistas, no entanto, espera-se que os contributos do presente estudo sejam significativos e pertinentes para os enfermeiros em particular, para as organizações e instituições. Espera-se que este trabalho sirva de referência para futuros estudos a realizar na área do trauma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No término deste caminho da enfermagem diferenciada à pessoa e situação crítica, a concretização dos estágios permitiu o desenvolvimento de competências pessoais, científicas, técnicas e relacionais inerentes às competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O decorrer deste percurso é caracterizado pela procura de novos conhecimentos, empenho, dedicação, assertividade, motivação e muita resiliência.

O SUMC e os meios INEM da Delegação Regional do Centro, mostraram-se enriquecedores na partilha de experiências e oportunidade de aprendizagens.

De salientar que ambos os contextos, hospital e extra-hospital, foram fundamentais para otimizar a minha capacidade no que concerne à reflexão, ao pensamento crítico e à tomada de decisão, procurando a excelência na prestação de cuidados.

Este percurso pela prática clínica, permitiu alcançar os objetivos delineados em ambos os contextos, assim como, desenvolver competências no cuidado a pessoa em situação crítica, adquirindo bases sustentáveis para a prática diária enquanto enfermeira especialista.

A componente de investigação facultou a compreensão das experiências dos enfermeiros especialistas na assistência à vítima de trauma na sala de emergência. A elaboração do mesmo mostra-se um contributo para os profissionais, instituições e para a enfermagem enquanto disciplina do conhecimento.

Conclui-se, referindo que este desafio árduo e trabalhoso permitiu o crescimento enquanto pessoa e profissional, tendo a responsabilidade futura de desenvolver uma prática profissional, ética e legal; garantir cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais; colaborar na conceção e otimização de projetos institucionais; demonstrar um papel ativo na melhoria da qualidade; garantir um ambiente seguro; gerir cuidados e recursos, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa; demonstrar capacidade de autoconhecimento e assertividade; e basear a praxis clínica especializada na atual evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. (2022). *Relatório Anual 2020: Sinistralidade 30 dias Fiscalização e contraordenações*. <http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelatoriosDeSinistralidade/Documents/2020/Relat%C3%B3rio%20Anual%20de%20Sinistralidade%20a%2030%20dias,%20fiscaliza%C3%A7%C3%A3o%20e%20contraordena%C3%A7%C3%B5es%20rodovi%C3%A1rias%202020.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2019). *Recomendações técnicas para a sala de emergência*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.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*, 3(1), 55-66. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.74>
- Azam, M., Devasthale, M., Raj, C., Kumar, A., Sarkar, B., & Rattan, A. (2020). Practicing Mass Casualty Scenarios: Experience From a Developing Level 1 Trauma Center in the Himalayan Foothills. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 15(4), 1–6. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.38>
- Alzghoul, M. (2014). The experience of nurses working with trauma patients in critical care and emergency settings: A qualitative study from scottish nurse's perspective. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 15, 13-22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijotn.2013.04.004>
- Bardin, L. (2022). *Análise de Conteúdo*. (4ª edição). Edições 70 Lda.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. Quarteto.
- Bliss, M., & Aitken, L.. (2017). Does simulation enhance nurses' ability to assess deteriorating patients?. *Nurse Education in Practice*, 28, 20-26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2017.09.009>
- Centro Hospitalar do Baixo Vouga (2021). *Relatório e Contas*. <https://www.chbv.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/relatorio-e-contas.pdf>
- Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO de 22 de junho (2010). Criação e implementação de uma equipa de emergência médica intra-hospitalar (EEMI): Departamento da Qualidade na Saúde/Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional (22-06-2010) (1-12).

- <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dqsdqco-de-22062010-pdf.aspx>
- Circular Normativa n.º 07/DQA/DQCO de 31 de março (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado: Departamento da Qualidade na Saúde (31-03-2010) (1-26). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdqco-de-31032010-pdf.aspx>
- Coutinho, V., Martins, J., & Pereira, M. (2014). Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). *Revista de Enfermagem Referência*, 2, 41-50. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1392>
- Cunha, C., Vieira, I., & Macedo, A. (2018). A Construção de Competências Profissionais no Contexto do Estágio de Enfermagem. *Campo Abierto*, 37(1), 93-106. <https://hdl.handle.net/1822/55787>
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República: I série, nº 205 (04-09-1996) (2959-2962) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Decreto-Lei nº 30/2011 de 2 de março (2011). Funde várias unidades de saúde e cria o Centro Hospitalar de São João, E.P.E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., e o Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, E.P.E., e altera o Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. Diário da República: I série, nº 43 (02-03-2011) (1274-1277) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/30-2011-278890>
- Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto (2014). Estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica. Diário da República: II série, nº 153 (11-08-2014) (20673-20678) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República: II série, nº 102 (27-05-2015) (13550-13553) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Despacho nº 2534/2021 de 5 de março (2021). Comissão Nacional de Trauma. Diário da República: II série (05-03-2021) (178-182) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/2534-2021-158872579>
- Despacho nº 8977/2017 de 11 de outubro (2017). Comissão Nacional de Trauma. Diário da República: II série, nº 196 (11-10-2017) (23038-23041) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/8977-2017-108286678>
- Díaz, J., Gonzalez A., Roman, I., Román, I., Rabi, Y. & Quinones, K. (2023). Caracterización clínico-epidemiológica del paciente politraumatizado grave. Hospital General-Docente

- “Abel Santamaria Cuadrado”, 2018-2020. *Revista de Ciências Médicas de Pinar del Rio*, 27, 1-9. <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5918>
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026: Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Estuqui, M., Guesser, R., Souza, T., Lourenço, L., & Souza, W. (2022). Saúde mental do enfermeiro frente ao setor de emergência e a reanimação cardiopulmonar. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(38), 1-10. <https://doi.org/10.31011/read-2022-v.96-n38-art.1316>
- Ferreira, C., Lisboa, C., Moreira, D., Sousa, G., Teixeira, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: representação social dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(2), 29-38. <https://doi.org/10.37914/riis.v2i2.55>
- Ferreira, M., Fernandes, J., Jesus, R., & Araújo, I. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RIV19086>
- Fortin, M. (2009). *O projeto de investigação: da conceção à realização* (5ª edição). Lusociência.
- Franco, F. (2020). Experiências de uma equipa multidisciplinar no atendimento pré-hospitalar em suporte avançado de vida a vítimas politraumatizadas. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório científico IPVC. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2511>
- Freeman, L., Bourbonnais, F., & Rashotte, J. (2014). The experience of being a trauma nurse: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30, 6-12. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.06.004>
- Frias, A., & Santos, F. (2023). Conceções de enfermeiros sobre a comunicação na reunião de passagem de turno. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RVI22110>
- Gil, C. (2008). Métodos e técnicas de pesquisa social (6ª edição). Editora Atlas.
- Gomes, A., Ferreira, M., Salvador, P., Bezerril, M., Chiavone, F., & Santos, V. (2019). Segurança do paciente em situação de emergência: percepções da equipe de

- enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (2), 753-759.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0544>
- Harrison, R., & Green, S. (2021). Exploring the benefits of group reflection on mental health issues for trauma nurses. *Mental Health Practice*.
<https://doi.org/10.7748/mhp.2021.e1597>
- Holland, P., Tham, T., Sheehan, C., & Cooper, B. (2019). The impact of perceived workload on nurse satisfaction with work-life balance and intention to leave the occupation. *Applied Nursing Research*, 40, 70-76. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.06.001>
- Hughes, K., Benenson, R., Krichen, A., Clancy, K., Ryan, J., & Hammond, C. (2014). A Crew Resource Management Program Tailored to Trauma Resuscitation Improves Team Behavior and Communication. *Journal of the American College of Surgeons*.
<https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.03.049>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Sistema Integrado de Emergência Médica*. (2ª edição). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). O Sistema Integrado de Emergência Médica. <https://www.inem.pt/2017/05/30/o-sistema-integrado-de-emergencia-medica-2/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). *40 Anos INEM: O início da Emergência Médica em Portugal*. <https://www.inem.pt/2021/09/30/40-anos-inem-o-inicio-da-emergencia-medica-em-portugal/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023). *Carteira de Serviços do INEM, I.P.*. https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/09/Carteira-de-Servicos-INEM_ata_n66_23_08_23.pdf
- Jesus, J., & Balsanelli, A. (2023). Relação das competências profissionais do enfermeiro em emergência com o produto do cuidar em enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 31, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6585.3940>
- Kallberg, A., Ehrenberg, A., Florin, J., Ostergren, J. & Goransson. (2017). Physicians and nurse perceptions of patient safety risks in the emergency department. *Internacional Emergency Nursing*, 33, 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.01.002>
- Lei nº 80/2015 de 3 de agosto (2015). Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República: I série, nº 149 (03-08-2015) (5311-5326)
https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&nid=2391&pagina=1&ficha=1

- Liu, S., Curren, J., Leahy, N., Sobocinski, K., Zambardino, D., Shikar, M., Vasquez, C., Miluszusky, B., Winchell, R. (2019). Trauma Response Nurse: Bringing Critical Care Experience and Continuity to Early Trauma Care. *Journal of trauma nursing*, 26 (4), 215-220. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000454>
- Maarseveen, O., Ham, W., Huijsmans, R., Leenen, L. (2022). The pace of a trauma resuscitation: experience matters. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 48, 2503-2510. <https://doi.org/10.1007/s00068-021-01838-2>
- Martins, B., Pimentel, C., & Rodrigues, G. (2021). Atuação do enfermeiro na assistência ao paciente politraumatizado. *Rev Bras Interdiscip Saúde*, 3(3), 69-73. <https://revista.rebis.com.br/index.php/revistarebis/article/view/220/168>
- Martins, R., & Martins, J. (2010). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes crítico. *Revista de Enfermagem Referência*, 2, 111-120. <http://dx.doi.org/10.12707/RII0926>
- McDonald, R. & Eisenhardt, K. (2017). Category Kings and Commoners: How Market-Creation Efforts Can Undermine Startups' Standing in a New Market. <https://sites.insead.edu/facultyresearch/research/file.cfm?fid=60441>
- Mendes, J., Cardoso, S., Hott, A., & Souza, F. (2020). Importância da comunicação para uma assistência de enfermagem de qualidade: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 32(2), 169-174. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20201004_093012.pdf
- Mercado, N. (2019). Enfermeria ante el paciente politraumatizado en emergencias extrahospitalarias. *Ciberrevista Enfermeriadeurgencias.com*, 61, 1-6. <http://ciberabril2019.enfermeriadeurgencias.com/images/13.pdf>
- Miller, A., Marshall, J., Edmonson, C., Kobilansky, B., & Cross, E. (2019). Stress Mitigation Strategies for Trauma Nurses: A Case Study. *Journal of Trauma Nursing*, 26 (3), 147-153. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000440>
- Modas, D., Nunes, E. & Charepe, Z. (2019). Causas de atraso na alta hospitalar no cliente adulto: scoping review. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 40, 1-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180130>
- Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. (2020). O Enfermeiro no Pré-Hospitalar: Cuidar para a Cura. *Millenium*, 2(5), 147-152. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.14.00333>
- Mota, L., Maia, C., Soares, F., Marreiros, T., Silva, A. & Freitas, R. (2019). Perspetiva dos estudantes e docentes acerca do debriefing na prática simulada. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(1), 41-50. <https://doi.org/10.37914/riis.v2i1.46>

- Nathens, A., Brunet, F., Maier, R. (2004). Development of trauma systems and Effect on outcomes after injury. *The Lancet*, 363, 1794-1801. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16307-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16307-1)
- National Association of Emergency Medical Technicians (2021). *PHTLS: Prehospital Trauma Life Support*. (9ª ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática* (1ªed). Lidel
- Norma n.º 001/2017 de 8 de fevereiro (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção Geral da Saúde: Departamento da Qualidade a Saúde (08-02-2017) (1-8). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Norma n.º 012/2022 de 18 de novembro (2022). Via Verde do Trauma no Adulto. Direção Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde (18-11-2022) (1-37). https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf
- Novais, S., Alves, M., Pinho, A., & Baltarejo, V. (2020). Briefing na prática simulada: representação para os enfermeiros e docentes. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 17-30. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.77>
- Nunes, F. (2009). *Manual de Trauma*. (5ª ed.). Lusociência.
- Oliveira, A., & Martins, J. (2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, III (9), 115-124. <https://doi.org/10.12707/RIII1287>
- O'Neill, J. (2014). *Antimicrobial Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations*. https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Parecer nº 84/2008 do Conselho de Enfermagem. Proposta de criação do técnico de emergência pré-Hospitalar. 1-3. https://siteteste.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_CE-84-2008.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017a). Assembleia extraordinária o colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica: Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. 1-38.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017b). Parecer nº 10/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência. 1-4. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Parecer nº 14/2018 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Alocação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Sala de Reanimação – Posto de Trabalhos nos Serviços de Urgência/Emergência. 1-3. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA14_2018_rectificado.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2020). *Direitos do Homem e a Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/sul/noticias/conteudos/declara%C3%A7%C3%A3o-universal-dos-direitos-humanos/>

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

Polovitch, S., Muertos, K., Burns, A., Czerwinski, A., Flemmer, K., & Rabon, S. (2019). Trauma Nurse Leads in a Level I Trauma Center: Roles, Responsibilities, and Trauma Performance Improvement Outcomes. *Journal of Trauma Nursing*, 26 (2), 99-103. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000431>

Rego, A., Cunha, M., & Meyer, V. (2018). Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? *Revista de Gestão dos países de língua portuguesa*, 43-57. <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/admin,+v17n2a04.pdf>

Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II série, nº 26 (06-02-2019) (4744-4750). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento das 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 à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República: II série, nº 135 (16-07-2018) (19359-19370). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

- Rôlo, B., Santos, B., Duarte, I., Pires, L., & Castro, C. (2019). Humanization of nursing care in the emergency service: a systematic review. *Annals of Medicine*, 51(1), 204-204. <https://doi.org/10.1080/07853890.2018.1560164>
- Romanzini, E., & Bock, L. (2010). Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(2), 240-246. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000200015>
- Rosenfeld, R., Shiffman, R. & Robertson, P. (2012). Clinical Practice Guideline Development Manual, Third Edition: a quality-driven approach for translating evidence into action. *Otolaryngology Head Neck Surgery*, 148. <https://doi.org/10.1177/0194599812467004>
- Ruchholtz, S., Lewan, U., Debus, F., Mand, C., Siebert, H. & Kuhne C. (2014). TraumaNetzwerk DGU: Optimizing patient flow and management. *Injury* 45, 89-92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2014.08.024>
- Salgueiro, J., Campos, L., Teixeira, R., & Borges, E. (2022, Março 23-25). *Avaliação do impacto do ruído das unidades de cuidados intensivos na saúde dos enfermeiros* [Paper presentation]. International Congress of Occupational Health Nursing 2022, Aveiro. <http://hdl.handle.net/10400.26/41917>
- Salomé, G., Martins, M., & Espósito, V. (2009). Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6), 856-862. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000600009>
- Sauane, S. (2023). *Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem do serviço de urgência médico-cirúrgica de uma região norte de Portugal* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/28603>
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 15-23. http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100002&lng=es&nrm=iso
- Silva, R., Luz, M., Fernandes, J., Silva, L., Cordeiro, A., & Mota, L. (2018). Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência*, 16, 147-154. <https://doi.org/10.12707/RIV17076>
- Sousa, K., Damasceno, C., Almeida, C., Magalhães, J. & Ferreira, M. (2019). Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, 1-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263>

- Souza, J., Júnior, J., & Miranda, F. (2017). Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 12, 107-116. <https://doi.org/10.12707/RIV16064>
- Souza, V., Marziale, M., Silva, G., & Nascimento, P. (2021). Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.*, 34, 1-9. <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AO02631>
- Vattimo, M.F. (2023). A saúde é resultado de ciência confiável e cuidado responsável. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1-2. <https://doi.org/10.12707/RVI23ED1>
- Waldow, V. (2008). Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 140-145. <https://www.scielo.br/j/reben/a/Hd6GxSLdmx7t3sLdQkWpFJv/?format=pdf&lang=pt>
- Walter, E., & Curtis, K. (2015). The Role and Impact of the Specialist Trauma Nurse: An Integrative Review. *Journal of Trauma Nursing*, 22 (3), 153-169. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000126>
- Wolf, L., Delao, A., Perhats, C., Clark, P., Edwards, C., & Frankenberger W. (2020). Traumatic stress in emergency nurses: Does your work environment feel like a war zone?. *International Emergency Nursing*, 52. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100895>
- World Health Organization. (2005). *Injuries and Violence in Europe*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341778/9789289013802-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2009). *Guidelines for trauma quality improvement programmes*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44061/9789241597746_por.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- World Health Organization. (2022). *Preventing injuries and violence: an overview*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361331/9789240047136-eng.pdf?sequence=1>
- Yoon, J., & Cho, O. (2022). Intention to Stay in Specialist Trauma Nurses: Relationship With Role Conflict, Stress, and Organizational Support. *Journal of Trauma Nursing*, 29 (1), 21-28. <http://dx.doi.org/10.1097/JTN.0000000000000628>

ANEXOS

ANEXO I: Projeto melhoria contínua - Gestão de altas no SU: Checklist

TIPO DE DOCUMENTO:
PROJETO MELHORIA CONTINUA

CÓDIGO DO DOCUMENTO:
PMC.

NOME DO PROJETO :
Gestão de alta no serviço de urgência: CheckList

ELABORADO POR:
Diana Costa

Gestão de alta no serviço de urgência: CheckList

INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, durante o Estágio II, a decorrer no Serviço de Urgência Médico-cirúrgico, do Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV), de 3 de outubro de 2022 a 9 de dezembro de 2022, surge como objetivo específico, a realização de elaboração de uma proposta de melhoria continua na área da gestão de altas.

A afluência crescente e o aumento das exigências de qualidade são uma realidade no serviço de urgência, que é, muitas vezes a linha da frente no que diz respeito ao contato do doente agudo com o serviço de saúde (Brazão, et al. 2016). Dado o aumento do crescimento e envelhecimento populacional, a qualidade e excelência dos cuidados é imprescindível, a par com a redução de custo.

Segundo Brazão, et al. (2016), a experiência que o doente vivencia aquando a permanência no serviço de urgência desempenha um papel fundamental na opinião do hospital e dos profissionais de saúde. Por sua vez, a satisfação do doente influencia também o outcome dos profissionais de saúde, influenciando a comunicação doente/profissional, a abordagem dos problemas de saúde, a adesão terapêutica, e ainda, a própria satisfação profissional e autoestima.

Na tentativa de diminuir o número de eventos adversos, sugere a proposta de uma nova intervenção na área da gestão de alta. Para tal, foi utilizada uma metodologia científica e reflexiva, fundamentada em pesquisas bibliográficas e cibernéticas, incluindo pesquisa na plataforma EBSCO, entre 1 de novembro a 20 de novembro de 2022, com as seguintes palavras-chave patient discharge, emergency service e adult.

Estrutura-se com uma introdução, um enquadramento conceptual, enquadramento prático que consiste num protótipo de projeto de melhoria contínua a implementar no serviço, no qual é identificado e descrito o problema e a sua dimensão, objetivos do projeto, planeamento de atividades e resultados/ganhos em saúde, finalizando com a conclusão e referencias bibliográficas.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O envelhecimento da população, o aumento de doenças crónicas e aumento de número de doentes com alteração da mobilidade tem contribuído para que a pessoa sobreviva em condições de dependência, deste modo, é crucial o tipo de relação que se estabelece com a família/cuidador e os serviços de saúde. É fulcral que os profissionais de saúde tenham em atenção a necessidade da família/cuidador informal, diminuindo a ansiedade na prestação dos cuidados e consequentemente diminuição das complicações no domicílio (Marques, 2011).

A alta hospitalar é considerada um processo complexo e está muitas vezes associada a adaptação familiar, social e económica. A alta é um momento em que o doente, família/cuidador adquire autonomia no seu tratamento e na sua recuperação, levando à necessidade de ensinamentos e orientações, este é um momento imprescindível e de extrema importância. O momento da alta deve ser realizado por um profissional capacitado, de forma a esclarecer todas as dúvidas do doente/cuidador, de forma a manter a continuidade de cuidados. (Oliveira et al. 2022).

O processo da alta deve envolver a equipa multidisciplinar, no entanto, a ausência de articulação entre os vários elementos de equipa dificulta o processo de aprendizagem e a aquisição de conhecimentos por parte do doente/família (Ramos, 2015).

Segundo Ramos (2015), o planeamento da alta reduz o tempo de internamento e a readmissão nos serviços de urgência, trazendo consequências a nível social, psicológico e físico. Uma cuidadosa preparação e a transmissão de informação adequada ao doente/família são fundamentais para a continuidade da qualidade dos cuidados no domicílio.

ENQUADRAMENTO PRÁTICO

O contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2021-2026) tem como objetivos estratégicos “Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde”, assim como, a realização de auditorias anualmente (Despacho nº9390/2021).

Atualmente no serviço verifica-se a ausência de articulação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar no que se refere à gestão da alta clínico do doente, neste sentido surge a proposta da implementação de uma checklist, com o objetivo de reduzir eventos adversos.

OBJETIVOS

Para a concretização deste projeto de melhoria contínua, define-se os seguintes objetivos:

- Validar a checklist elaborada a todos os doentes com alta clínica do serviço de urgência;
- Auditar o preenchimento da checklist, no que diz respeito aos itens selecionados de acordo com o doente em auditar;
- Avaliar reclamações;

PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DE TAREFAS/ATIVIDADES

Perante o problema identificado o projeto terá as seguintes etapas:

- Definição da amostra da população a estudar;
- Introdução da checklist no serviço de urgência;
- Planeamento de formação à equipa multidisciplinar;
- Elaboração de checklist para auditorias;
- Recolha de dados para a avaliação de incidência de falhas;
- Divulgação dos resultados do projeto;

Unidade de estudo: doentes com alta clínica do SUMC do CHBV

Utilizadores: Profissionais (Equipa Médica, Equipa de Enfermagem, Equipa de Assistentes Operacionais)

Tipo de Avaliação: Avaliação interna interpares

Critérios de Avaliação: Critérios explícitos (Checklist auditoria)

Colheita de dados: Sob a responsabilidade dos gestores do projeto; A colheita de dados tem por base verificar se é efetuada a validação da checklist, à amostra definida, no tempo delineado

Relação temporal: Avaliação (ao longo de todo o período definido); Retrospectiva (os resultados serão estudados após a análise das checklist)

Definição da população e seleção da amostra: Doentes dependentes/vulneráveis com alta clínica do SUMC

Medidas corretivas passíveis de ser usadas: Formação em Serviço; Motivação da Equipa para a implementação do projeto; Esclarecimento de dúvidas; Divulgação dos resultados das auditorias realizadas; Implementação de medidas corretivas;

VERIFICAR RESULTADOS/GANHOS EM SAUDE

No final do projeto espera-se que:

- Pelo menos 90% dos doentes dependentes/vulneráveis com alta do SUMC, tenham a validação da checklist
- As validações da checklist estejam em conformidade com as orientações pré-estabelecidas

A avaliação dos resultados será efetuada através de:

- Auditoria interna, com aplicação de uma grelha de verificação de critérios;
- A equipa auditora é constituída pelos gestores do projeto;
- Os gestores do projeto efetuam o tratamento de dados segundo os indicadores previstos;
- Os gestores do projeto apresentam o relatório ao serviço até 60 dias após o fim do trimestre definido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão de recursos e novas estratégias de adaptação são imprescindíveis para evitar o colapso das instituições, o serviço de urgência é o serviço com maior grau de complexidade elevados e as exigências são crescentes.

DOCUMENTOS REFERENCIA

- Brazão, M. et al. (2016) Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 23 (3), 8-14
- Despacho nº9390/2021 de 24 de setembro (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República II serie, nº187 (96-103)
- Marques, Rita (2011). Readmissão dos doentes dependentes no serviço de urgência: estudo de alguns fatores. Referência Revista de Enfermagem 3 (3), 95-104
- Oliveira, Vanessa, et al. (2022). Orientações de enfermagem para a alta hospitalar em pronto atendimento de trauma. Research, Society and Development 11 (5), 1-11

Ramos, Sara (2015). A influência do planeamento da alta hospitalar no número de dias de internamento do doente. (Dissertação de mestrado). Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias. Repositório Científico Lusófona

ANEXO

CHECKLIST ALTA HOSPITALAR – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL			
Doente: _____		Episódio: _____	
			
Confirmação do nome/episódio do doente com pulseira	Sim ☐	Não ☐	NA ☐
Remoção de CVP (Cateter Venoso Periférico)	Sim ☐	Não ☐	NA ☐
Outros dispositivos médicos. Se sim, qual? _____	Sim ☐	Não ☐	NA ☐
Remoção de outros dispositivos	Sim ☐	Não ☐	NA ☐
Autocuidado de higiene prestado	Sim ☐	Não ☐	NA ☐
Carta de alta médica	Sim ☐	Não ☐	NA ☐
Carta alta de enfermagem	Sim ☐	Não ☐	NA ☐
Pertences? /Espólio?			
Transporte: Meios Próprios ☐ Bombeiros ☐ Corporação: _____			

Checklist validada pelo enfermeiro: _____

Data: ____/____/____ Hora: __:__

Assistente Operacional: _____

ANEXO II: WEBINAR INEM - Fratura dos membros: intervenção especializada do enfermeiro no extra-hospitalar

FRATURA DOS MEMBROS: INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DO ENFERMEIRO NO EXTRA-HOSPITALAR

RESUMO

As intervenções de enfermagem em contexto extra-hospitalar tem como finalidade a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ou acidentes, assegurando os meios adequados, uma correta abordagem e estabilização da vítima no local da ocorrência, assim como, garantir o seu acompanhamento, vigilância e prestação de cuidados necessários até à unidade de saúde adequada e a transmissão da informação pertinente (OE, 2007).

As fraturas dos membros ocupam a maior taxa de incidência das lesões em todo o corpo, a abordagem à vítima de trauma com fratura dos membros raramente apresentam condições ideais, a complexidade das situações requer profissionais treinados. As lesões dos membros ocorrem em cerca de 85% dos doentes com traumatismos fechados (Abelsson, 2018; OM, 2009).

A investigação de conhecimento científico contribuirá para a otimização de todas as práticas autónomas e interdependentes (Mota et al, 2020).

O objetivo deste trabalho é refletir sobre as intervenções de enfermagem prestadas à vítima de trauma com suspeita de fratura dos membros.

O presente estudo é uma pesquisa descritiva, onde foi realizada uma revisão da literatura e posteriormente uma análise crítica das intervenções aplicadas perante o caso.

Os enfermeiros em contexto extra-hospitalar, devem possuir capacidade de atuar de forma independente (Valente et al, 2012). A disseminação do conhecimento das intervenções de enfermagem em contexto extra-hospitalar contribuirá para que se perceba a importância da presença do enfermeiro, como um profissional insubstituível e imprescindível na abordagem da vítima de trauma.

Palavras-chave: Enfermagem, Assistência pré-hospitalar, Trauma, Fratura

1. INTRODUÇÃO

O trauma é um problema de saúde pública, com destaque a nível mundial, é um fenómeno altamente prevalente e impactante, é a principal causa de mortalidade e morbilidade em pessoas jovens em todo o mundo, com considerável impacto social e económico, que carece de um respostas complexa e imediata, no entanto, a evidência científica sobre a papel do enfermeiro na sua gestão é escassa (Mota, 2021).

As lesões dos membros são as mais frequentes em doentes traumatizados, o espeto da lesão varia de lesões simples a lesões que colocam em risco a viabilidade do membro ou até mesmo a vida (OM, 2009). Existem traumatismos das extremidades que requeem cuidados imediatos, como é o caso das hemorragias e a instabilidade de fraturas/luxações que podem levar ao agravamento da lesão e ao choque hipovolémico (Pessoa, 2017).

O trauma é uma realidade frequente na enfermagem extra-hospitalar, perante este contexto e consciente das particularidades vigentes na vítima de trauma e do contexto em que são implementadas as intervenções, considerou-se pertinente desenvolver um estudo de caso com um individuo vítima de acidente de viação em veículos de 2 rodas, suportada nos protocolos preexistentes dirigidos para aspetos cruciais na estabilização da pessoa, baseados na avaliação, implementação de intervenções e avaliação a eficácia das mesmas.

2. APRESENTAÇÃO DO CASO

O estudo foi realizado com indivíduo do sexo masculino de 63 anos, antecedentes patológicos dislipidemia, sem antecedentes cirúrgicos. Este indivíduo foi vítima de acidentes de viação, ocupante de veículo de 2 rodas em teve embate fronto-lateral com veículo ligeiro. Vítima encontrava-se deitada em decúbito dorsal, já com colar cervical aplicado, consciente e orientada, sendo a mesma capaz de descrever a situação.

Na avaliação inicial, tínhamos via aérea permeável, frequência respiratória de 18 ciclos por minuto (cpm), SpO2 96% (ar ambiente), tensão arterial 155/85 milímetros de mercúrio (mmHg), frequência cardíaca 85 batimentos por minuto (bpm), pesquisa de glicemia capilar 157 mg/dl, nível dor segundo escala numérica (NRS) 10, apresenta pele pálida e suada. A inspeção visual do seu membro inferior esquerdo revela encurtamento e rotação e o seu membro superior direito deformidade e edema, apresenta escoriação na região supraciliar à direita.

2.1. REVISAO DA LITERATURA

O papel dos enfermeiros em contexto extra-hospitalar remota ao ano de 1981, ano em que é criado o Instituto Nacional de Emergência Médica e realizados os primeiros cursos de formação em técnicas de emergência médica dirigidos a enfermeiros. Em outubro de 2007 surgem as primeiras ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), com o objetivo de garantir cuidados de saúde diferenciados, tripuladas por um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência (INEM, 2017).

Em ambulâncias SIV é o enfermeiro que assume a função de team leader, é o responsável pela tomada de decisão baseada na melhor evidência científica e pelas intervenções mais adequadas, tendo em conta os protocolos existentes, permitindo oferecer, nos primeiros minutos, à pessoa uma resposta clínica adequada promovendo a estabilização (Mota et al, 2020).

“o foco do cuidado de emergência é preservar a vida, evitar a deterioração, antes que o tratamento definitivo possa ser fornecido, e restaurar o paciente à função ótima” (Smeltzer e Bare, 2012).

O termo trauma é utilizado para identificar uma lesão caracterizada por alteração estrutural ou fisiológica, resultante de um agente externo. As mortes causadas por trauma são a segunda causa de mortalidade no mundo, porém em indivíduos na faixa etária inferior a 40 anos é a primeira causa de morte. Os traumatismos musculoesqueléticos são um dos muitos mais frequentes de recurso aos serviços de urgência (Nunes, 2021).

Existem três tipos principais de trauma musculoesqueléticos:

1. Lesões musculoesqueléticas potencialmente fatais (hemorragia);
2. Lesões musculoesqueléticas não potencialmente fatais associadas a trauma multissistémico potencialmente fatais (lesões potencialmente fatais mais fratura dos membros);
3. Lesões musculoesqueléticas não potencialmente fatais (Fraturas isoladas de membros);

A abordagem da vítima de trauma assenta em três princípios fundamentais em relação a lesões das extremidades: manter a prioridade da avaliação, reconhecer as lesões musculoesqueléticas potencialmente fatais e reconhecer os mecanismos de lesão, a força que gerou as lesões e outras potenciais lesões que possam ser fatais causadas por essa energia. Todos os problemas encontrados na avaliação primária devem ser corrigidos antes de passar para a avaliação secundária (NAEMT, 2021).

O conhecimento referente à situação em casos de trauma e as consequências que dela podem advir é fundamental para uma eficaz tomada de decisão, quando se fala de uma vítima de trauma o foco é preservar a vida e diminuir a probabilidade de instalação de um quadro clínico de maior gravidade. Na abordagem à vítima deve-se observar criteriosamente todos os mecanismos que possam produzir trauma, a avaliação precisa é imprescindível. A cinemática do trauma é um processo de análise e avaliação, com o objetivo de estabelecer um diagnóstico e lesões possíveis (Chaves et al, 2017; Mota et al, 2019).

Os mecanismos do trauma são vários, os acidentes de viação e as quedas são os mais frequentes. O mecanismo de lesão e a sua compreensão é uma das funções mais importantes para o enfermeiro do extra-hospitalar, a sua rápida avaliação ajudará o profissional a identificar e reconhecer as lesões mais críticas. Como em qualquer cenário, a primeira etapa de avaliação passa por garantir condições de segurança e logo que possível realizar a avaliação primária, isto é, via aérea, respiração e circulação (NAEMT, 2021)

A localização anatómica mais frequentemente observadas são os traumas cranioencefálicos, seguidamente do trauma dos membros inferiores. As lesões graves dos membros, pelo seu impacto visual, não devem distrair o profissional da realização de uma avaliação primária. A hemorragia exsanguinante costuma ser causada por lesões muscoesqueléticas, pelo que deve ser abordada em primeiro lugar e depois de avaliado e tratado o ABC passamos para a avaliação secundária (Mota, 2021; NAEMT, 2021).

As fraturas definem-se por interrupção brusca completa ou incompleta da continuidade de um osso ou cartilagem, os acidentes de viação e as quedas são as principais causas de fratura dos membros (Chaves et al, 2017; Nunes, 2021).

As fraturas dos membros podem condicionar o aumento da morbilidade e tempo de internamento quando abordadas de forma incorreta. As manifestações clínicas das vítimas com possíveis fraturas são várias: dor, impotência funcional, deformidade, mobilidade anormal, crepitação, edema, alteração da coloração da pele e exposição de topos ósseos (Chaves et al, 2017; Nunes, 2021; INEM 2012). No que se refere às fraturas dos membros inferiores, nem todas apresentam o típico encurtamento e rotação, existem apresentações mais atípicas, pelo que é importante avaliar o movimento através da elevação do membro estendido e da flexão do joelho. Vítimas com fraturas do colo do fémur não são capazes de elevar o membro estendido, à exceção de fraturas incompletas (Eaton, 2012).

A fratura o fémur pode ameaçar a vida causada pela hemorragia, o volume de perda sanguínea internas nas fraturas do fémur pode ser de 1000 a 2000 ml e consequentemente desencadear

instabilidade hemodinâmica. A imobilização do fémur e a tração são os únicos mecanismos que existem para redução de hemorragia e reduz a dor (NAEMT, 2021).

As fraturas podem ser classificadas em expostas ou abertas (alteração da integridade cutânea, a ferida coloca em comunicação o foco da fratura com o exterior) e fechadas (integridade cutânea mantida). Nas fraturas fechadas os sinais e sintomas são dor, hipersensibilidade, deformidade, hematoma, edema e crepitação (NAEMT, 2021).

2.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Quais as intervenções especializadas de enfermagem em contexto extra-hospitalar na estabilização da vítima de trauma com fratura dos membros?

2.3. RESULTADOS / INTERVENÇÕES

As intervenções aplicadas incluem: medidas de suporte de vida, medidas de suporte hemodinâmico, medidas de aquecimento, medidas farmacológicas para analgesia, medidas não-farmacológicas para analgesia, tratamento de feridas e técnicas de imobilização (Mota, 2021).

As intervenções autónomas e/ou interdependentes na abordagem à vítima de trauma em contexto extra-hospitalar pela enfermagem permite identificar e controlar hemorragias, reconhecendo sintomatologia que requerem um transporte rápida para a unidade de referência, promover conforto e alívio de dor à vítima, tratamento a feridas e a aplicação de medidas de imobilização com o intuito de prevenir o agravamento clínico, ajudando na integridade da estrutura musculoesquelética, diminuição das infeções inerente ao trauma e à sua cinemática (Mota et al, 2021).

Todas as abordagens extra-hospitalares devem seguir a abordagem sistemática ABCDE, avaliação primária deve ser rápida e eficaz, A (assegurar a permeabilização da via aérea com controlo da cervical, prevenindo a hipoxia cerebral e outros órgãos nobres), B (garantir uma troca adequada de gases, com oxigenação e eliminação de dióxido de carbono adequados), C (avaliação da circulação com controlo de hemorragia e débito cardíaco para estabilização hemodinâmica), D (avaliação do estado de consciência da vítima, avaliação de pupilas), E (avaliação cuidadosa da pele), evitando que doente críticos permaneçam longos períodos de tempo no local do acidente, após estabilização realizar-se-á uma avaliação mais detalhada posteriormente (Chaves et al, 2017).

A avaliação dos membros é realizada na avaliação secundária, incluíse a avaliação da dor, fraqueza ou sensibilidade anormal, tendo em atenção a possíveis lesões de ossos e articulações,

lesões de tecidos moles, perfurações, a função neurológica, função motora e função sensorial (NAEMT, 2021).

A abordagem à vítima com suspeita de fratura dos membros em contexto extra-hospitalar passa pela imobilização precoce, este procedimento deve incluir articulações adjacentes, evitando assim que cause lesões em partes moles. Todo o manuseamento e mobilização deve ser cuidadoso, evitando o aumento da lesão, a estabilização precoce favorece o prognóstico e melhora a sobrevivência deste tipo de doentes (Chaves et al, 2017). Uma das implicações mais significativas de uma fratura é o risco de choque hipovolémico, devido a perda oculta de sangue.

A primeira consideração na abordagem à vítima com possíveis fraturas é o **controlo de hemorragia e tratar o choque**, através da compressão direta/pensos compressivos, as **feridas abertas** devem ser logo que possível, devem ser desinfetadas e aplicado penso asséptico. Nas fraturas fechadas o profissional deve avaliar pulsos, cor da pele, funções motoras e sensitivas. Nas fraturas abertas existe risco de infeção acrescido e consequentemente na cicatrização da fratura, a intervenção passa por irrigação, penso asséptico e imobilização. Não existe evidência científica sobre a administração precoce de antibiótico em contexto extra-hospitalar reduza a taxa de infeção (NAEMT, 2021).

A dor é um conceito subjetivo, complexo e multidimensional, inerente a grande parte das vítimas de trauma, especialmente com fraturas, a dor não tratada provoca ansiedade e produz uma resposta neuro-humoral, resultado no aumento de frequência cardíaca, aumento da pressão arterial e aumento do consumo de oxigénio. A avaliação da dor e posterior intervenção é fundamental para a manipulação da vítima, mas também deve ser contínua para garantir o tratamento adequado. O alívio da mesma passa por medidas farmacológicas e não farmacológicas. As intervenções não farmacológicas incluem manobras e distração, permitir o apoio de familiares/amigos, imobilização/elevação do membros e aplicação de frio (Perillo e Boyle, 2013; Eaton, 2012).

O **realinhamento da extremidade** e a **imobilização** para controlo da dor e estabilidade da fratura, melhorar, perfusão do membro, funcionamento neurológico e controlo da dor. No caso de fraturas expostas a tentativa de colocação na posição anatómica não deve ser superior a duas tentativas, caso contrário deve ser imobilizada da forma como foi encontrada (NAEMT, 2021).

A aplicação de talas para imobilização devem ter em atenção a utilização de talas acolchoadas para evitar movimentação da extremidade dentro da tala, aumentar o conforto e diminuir o risco de lesão causada pela própria tala; a remoção de adornos como joias e relógios, não comprometendo a circulação em caso de edema; a avaliação das funções neuromusculares

distais antes e depois, uma vez que extremidade sem pulso indica uma lesão vascular ou síndrome compartimental, sendo o transporte para a unidade de saúde mais prioritário; aplicação de gelo e elevação se possível para redução de edema e dor (NAEMT, 2021).

A prática atual sugerida para o tratamento extra-hospitalar de uma suspeita de fratura é a imobilização do membro lesado, devido à proximidade dos principais vasos sanguíneos e outras estruturas, qualquer fratura tem grande potencial de causar danos significativos, esta intervenção ajuda no controlo da dor, da hemorragia, da lesão de partes moles circundantes e da embolia gorda. A imobilização tem como objetivo diminuir os movimentos pela vítima, garantindo o alinhamento de estruturas anatómicas, minimizando o risco de lesões secundárias. Os princípios da imobilização incluem a reavaliação contínua do estado neurovascular do membro antes e após a imobilização (Perillo e Boyle, 2013; Eaton, 2012). O enfermeiro do extra-hospitalar deve considerar o atraso no tempo de transporte versus o benefício da imobilização.

Todas as vítimas de trauma devem ser transportadas em plano duro, uma vez que permitem a imobilização de todo o doente e todas as lesões, é a única que permite mobilizar a vítima sem perturbar a imobilização das fraturas (NAEMT, 2021).

2.4. DISCUSSÃO

Condições de segurança asseguradas e após completar a avaliação primária e ter a certeza que seria uma lesão musculoesquelética isolada, avaliadas todas as lesões potencialmente fatais, efetuada a avaliação primária (ABCDE) segundo protocolo existente para SIV (abordagem ao traumatizado) foram utilizadas técnicas não farmacológicas para controlo da dor e aplicado protocolo de analgesia, foi colocado um acesso endovenoso para administração de sulfato de morfina, após 3 minutos e reavaliada a dor houve necessidade de nova administração de sulfato de morfina, em parceria com os bombeiros aplicou-se penso compressa em ferida com pequena hemorragia ativa e posterior aplicação de tala, plano duro e posterior maca de vácuo.

Efetuuou-se a avaliação secundária, o doente afirmou que, após administração de analgesia e alinhamento com colocação de tala a dor melhorou de forma significativa. Os sinais vitais do doente permaneceram inalterados durante todo o transporte e transporte decorreu sem intercorrências.

3. CONCLUSÃO

Em Portugal, as intervenções aplicadas e os seus resultados na abordagem às vítimas de trauma são pouco estudados (Mota et al, 2021). Na literatura existem poucos estudos que descrevem a

abordagem à vítima com suspeita de fratura em contexto extra-hospitalar (Perillo e Boyle, 2013).

O enfermeiro é um elemento fundamental na equipa extra-hospitalar, de modo a que devem ter integrada a formação e competências necessárias, tais como liderança, trabalho em equipa e competências específicas, de modo a prestar a assistência necessária (Taveira et al, 2022).

Uma ocorrência é sempre uma nova experiência, uma vez que interferem muito fatores na atuação, é imprescindível que os todos os profissionais que atuam no extra-hospitalar se atualizem constantemente com base na melhor e atual evidência científica, melhorando assim a sua tomada de decisão e a sua prática clínica, proporcionando segurança e conforto evitando assim o agravamento ou complicações. A atuação do enfermeiro em contexto de SIV exige competências e capacidade de estabelecer prioridades e executar funções com segurança e eficácia.

Como limitação deste estudo é de referir a escassez dos estudos relacionados às emergências traumáticas no extra-hospitalar.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abelsson, A. et al. (2018). Ambulance Nurses' Competence and Perception of Competence in Prehospital Trauma Care. *Emergency Medicine International*. 1-6 <http://doi:10.1155/2018/5910342>.

Chaves, et al. (2017). Atendimento pré-hospitalar à vítima de trauma com fratura de membros: uma análise da atuação do enfermeiro. *Temas em Saúde*, 17 (3), 78-88.

Eaton, Georgette. (2012). Management of na isolated neck-of-femur fracture in na elderly patient. *Journal od paramed practice*, 4(7), 400-408

Instituto Nacional de Emergência Médica, INEM (2017). INEM: História do INEM. <https://www.inem.pt/category/inem/oinem/historia-do-inem/>

Instituto Nacional de Emergência Médica, INEM (2012). Emergências Trauma: Manual TAS. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Emergências-Trauma.pdf>

Perillo, Samuel; Boyle, Malcolm. (2013). Pre-hospital femoral neck fracture management: A review of the literature. *Journal of Paramedic Practice*, 2(5), 99-104

Mota, M. et al. (2019). Intervenções de enfermagem pré-hospitalar: revisão narrativa. *Enfermagem Foco*, 10 (4), 122-128

Mota, M. et al., (2020). O enfermeiro no pré-hospitalar: Cuidar para a cura. *Revista Millenium* 2(5), 147-152

Mota, M. et al., (2021). Eficácia da intervenção da enfermagem pré-hospitalar na estabilização das vítimas de trauma. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (6), 1-8 DOI: 10.12707/RV20114

National Association of Emergency Medical Technicians, NAEMT. (2021). PHTLS: Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. Tiele.

Nunes, Rui. (2021). Manual de fraturas: Diagnostico e Tratamento. Lidel Edições

Ordem dos Enfermeiros, OE (2007). Enfermagem no pré-hospitalar: Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-Hospitalar. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>

Ordem dos Médicos, OM (2009). Normas de boa prática em trauma. 175-179. <https://ordemdosmedicos.pt/normas-de-boja-pratica-em-trauma/>

Taveira, R. et al. (2022). Nurse's role in emergency pre-hospital care. *Global Academic Nursing Journal*, 2(3) 1-8 <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200156>

Valente, M. et al. (2012). Técnicas de extração e imobilização de vítimas de trauma, (2ª edição). INEM. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/T%C3%A9cnicas-de-Extra%C3%A7%C3%A3o-e-Imobiliza%C3%A7%C3%A3o-de-V%C3%ADtimas-de-Trauma.pdf>



WEBINAR
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM MÉDICO-CIRÚRGICA NO CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR

OBJETIVO

Refletir sobre as intervenções especializadas de enfermagem em contexto extra-hospitalar prestadas à vítima de trauma com suspeita de fratura dos membros

WEBINAR
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM MÉDICO-
CIRÚRGICA NO CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR

INTRODUÇÃO

As fraturas dos membros ocupam a maior taxa de incidência das lesões em todo o corpo, ocorrem em cerca de 85% dos doentes com traumatismos fechados (Abelsson et al., 2018).

A investigação neste âmbito é fundamental para otimização das intervenções autónomas e interdependentes (Mota et al., 2020).

Palavras-chave: Enfermagem, Assistência pré-hospitalar, Trauma, Fratura

WEBINAR
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM MÉDICO-
CIRÚRGICA NO CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR

CASO CLÍNICO

Vítima de acidente de viação, ocupante de veículo de 2 rodas, sexo masculino, 63 anos
AP: dislipidemia, sem antecedentes cirúrgicos.

A	B	C	D	E
Via aérea permeável	FR: 18 cpm SpO2 96% (AA) Expansão torácica simétrica Sem aparentes lesões torácicas	TA: 155/85 mmHg FC: 85 bpm Pele pálida e suada (Dor 10) Acesso venoso (Sulfato de Morfina)	ECG: 15 BMT 157 mg/dl Sem défices neurológicos aparentes	MIE: encurtamento e rotação MSD deformidade e edema. Deitada em decúbito dorsal, com colar cervical aplicado.

WEBINAR
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM MÉDICO-
CIRÚRGICA NO CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR

REVISÃO DA LITERATURA

A abordagem da vítima de trauma assenta em três princípios fundamentais em relação a lesões das extremidades:

1. Manter a prioridade da avaliação (ABCDE)
2. Reconhecer as lesões musculoesqueléticas potencialmente fatais
3. Reconhecer os mecanismos de lesão, a força que gerou as lesões e outras potenciais lesões que possam ser fatais causadas por essa energia. (NAEMT, 2021).

Todos os problemas encontrados na avaliação primária devem ser corrigidos antes de passar para a avaliação secundária

WEBINAR
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM MÉDICO-
CIRÚRGICA NO CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR

REVISÃO DA LITERATURA

Na vítima de trauma o foco é preservar a vida e diminuir a probabilidade de instalação de um quadro clínico de maior gravidade (Chaves et al, 2017; Mota et al, 2019).

As fraturas dos membros podem condicionar o aumento da morbidade e tempo de internamento quando abordadas de forma incorreta.

WEBINAR
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM MÉDICO-
CIRÚRGICA NO CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR

REVISÃO DA LITERATURA

As manifestações clínicas das vítimas com possíveis fraturas são várias:

- Dor
- Impotência funcional
- Deformidade
- Mobilidade anormal
- Crepitação
- Edema
- Alteração da coloração da pele e exposição de topos ósseos (Chaves et al, 2017; Nunes, 2021; INEM 2012).

WEBINAR
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM MÉDICO-
CIRÚRGICA NO CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR

DISCUSSÃO

A primeira consideração na abordagem à vítima com possíveis fraturas é o controle de hemorragia e tratar o choque, através da compressão direta/pensos compressivos, reposição volêmica com lactato de ringer ou soro fisiológico, de modo a restaurar a perfusão do sistema circulatório (fratura do fêmur: 1 a 2 l; fratura do úmero 500 a 700ml) (NAEMT, 2021).

Fraturas fechadas: avaliar pulsos, cor da pele, funções motoras e sensitivas

Fraturas abertas: penso assético e imobilização. Não existe evidência científica sobre a administração precoce de antibiótico em contexto extra-hospitalar reduza a taxa de infecção (NAEMT, 2021).

WEBINAR

ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM MÉDICO-CIRÚRGICA NO CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR

DISCUSSÃO

A tração, o realinhamento da extremidade, e a imobilização para controle da dor e estabilidade da fratura, melhorar a perfusão do membro e funcionamento neurológico

As vítimas de trauma devem ser transportadas em plano duro, uma vez que permitem a imobilização de todo o doente e todas as lesões, é a única que permite mobilizar a vítima sem perturbar a imobilização das fraturas (NAEMT, 2021).

PRO-TRALMA: PROTOCOLO PARA PROMOÇÃO DO CONFORTO ÀS VÍTIMAS DE TRAUMA MORTALIZADAS

PRO-TRALMA: PROTOCOLO PARA PROMOÇÃO DO CONFORTO ÀS VÍTIMAS DE TRAUMA MORTALIZADAS

PRO-TRALMA: PROTOCOLO PARA PROMOÇÃO DO CONFORTO ÀS VÍTIMAS DE TRAUMA MORTALIZADAS

Stabilization of the spine in the trauma victim - Integrative review

Stabilization of the spine in the trauma victim - Integrative review

Stabilization of the spine in the trauma victim - Integrative review

WEBINAR

ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM MÉDICO-CIRÚRGICA NO CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR

DISCUSSÃO / INTERVENÇÕES

- Medidas de suporte de vida**
- Medidas de suporte hemodinâmico**
- Medidas de aquecimento**
- Medidas farmacológicas para analgesia**
- Medidas não-farmacológicas para analgesia**
- Tratamento de feridas**
- Técnicas de imobilização**

Effectiveness of prehospital nursing interventions stabilizing trauma victims

Effectiveness of prehospital nursing interventions stabilizing trauma victims

Effectiveness of prehospital nursing interventions stabilizing trauma victims

ATENÇÃO AO PRÉ-HOSPITALAR À VÍTIMA DE TRAUMA COM FRATURA DE MEMBROS: UMA ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

ATENÇÃO AO PRÉ-HOSPITALAR À VÍTIMA DE TRAUMA COM FRATURA DE MEMBROS: UMA ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

ATENÇÃO AO PRÉ-HOSPITALAR À VÍTIMA DE TRAUMA COM FRATURA DE MEMBROS: UMA ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

PRE-HOSPITAL CARE TO THE VICTIM OF TRAUMA WITH MEMBER FRACTURE: AN ANALYSIS OF THE NURSE'S ACTING

PRE-HOSPITAL CARE TO THE VICTIM OF TRAUMA WITH MEMBER FRACTURE: AN ANALYSIS OF THE NURSE'S ACTING

PRE-HOSPITAL CARE TO THE VICTIM OF TRAUMA WITH MEMBER FRACTURE: AN ANALYSIS OF THE NURSE'S ACTING

WEBINAR

ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM MÉDICO-CIRÚRGICA NO CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR

CONCLUSÃO

Em Portugal, as intervenções aplicadas e os seus resultados na abordagem às vítimas de trauma são pouco estudados (Mota et al, 2021). Na literatura existem poucos estudos que descrevem a abordagem à vítima com suspeita de fratura em contexto extra-hospitalar (Perillo e Boyle, 2013).

O EEEMC desempenha uma intervenção fulcral, dotado de pensamento crítico e de uma enfermagem avançada e especializada que se deve basear na melhor evidência científica de forma a impactar positivamente os resultados da vítima de trauma com fraturas dos membros.”

WEBINAR

ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM MÉDICO-CIRÚRGICA NO CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abelsson, A. et al. (2018). Ambulance Nurses' Competence and Perception of Competence in Prehospital Trauma Care. *Emergency Medicine International*. 3-6 <http://doi: 10.1155/2018/5993043>.

Chaves, et al. (2017). Atendimento pré-hospitalar à vítima de trauma com fratura de membros: uma análise da atuação do enfermeiro. *Temas em Saúde*, 17 (3), 79-88.

Eaton, Georgette. (2012). Management of an isolated neck-of-femur fracture in an elderly patient. *Journal of paramedic practice*, 4(7), 400-408

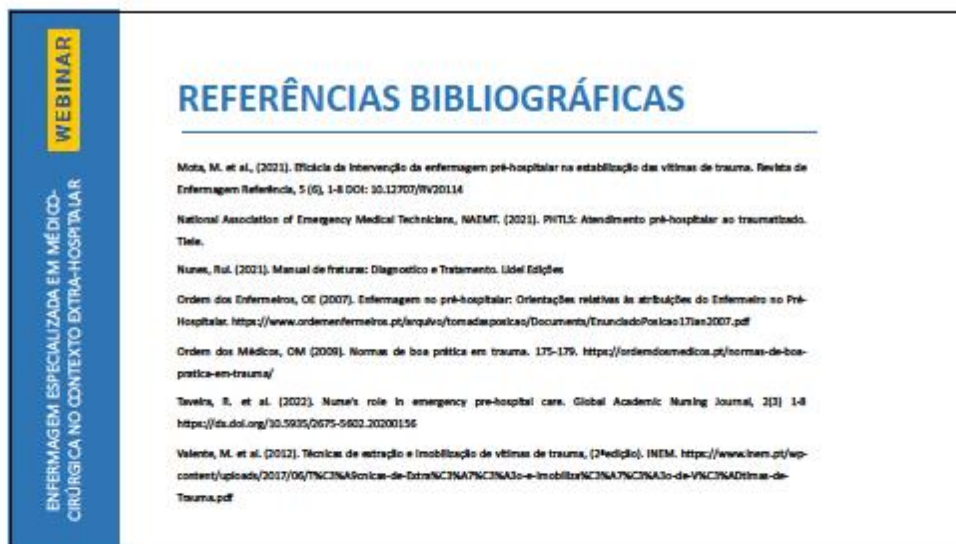
Instituto Nacional de Emergência Médica, INEM (2017). INEM: História do INEM. <https://www.inem.pt/category/inem/olney/historia-do-inem/>

Instituto Nacional de Emergência Médica, INEM (2012). Emergências Traumáticas: Manual T&E. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/04/Emergencias-Trauma.pdf>

Perillo, Samuel; Boyle, Malcolm. (2013). Pre-hospital femoral neck fracture management: A review of the literature. *Journal of Paramedic Practice*, 2(5), 99-104

Mota, M. et al. (2019). Intervenções de enfermagem pré-hospitalar: revisão narrativa. *Enfermagem Foco*, 30 (4), 122-128

Mota, M. et al., (2020). O enfermeiro no pré-hospitalar: Cuidar para a cura. *Revista Millennium* 2(5), 147-152



DECLARAÇÃO

Declara-se, para os devidos efeitos, que **Diana Catarina Silva Costa**, Enfermeira, com a Cédula Profissional número 84962 e identificação número 14194304, participou, na qualidade de **palestrante**, no Seminário subordinado ao tema **"Enfermagem especializada em médico-cirúrgica no contexto extra-hospitalar"** com a duração total de **3 horas**, que decorreu no dia 08/02/2023, através da Plataforma digital Microsoft Teams.

Por ser verdade se passa a presente declaração que vai por mim assinada.

Coimbra, 13 de março de 2023

O Enfermeiro Gestor da DRC

Assinado por: **ALEXANDRE DAVID ROSA**
FRUTUOSO
Num. de Identificação: 11543623
Data: 2023.03.13 21:35:34 +0000



DECLARAÇÃO

Declara-se, para os devidos efeitos, que **Diana Catarina Silva Costa**, Enfermeira, com a Cédula Profissional número 84962 e identificação número 14194304, participou, na qualidade de **formanda**, no Seminário subordinado ao tema **"Enfermagem especializada em médico-cirúrgica no contexto extra-hospitalar"** com a duração total de **4 horas**, que decorreu no dia 01/02/2023, através da Plataforma digital Microsoft Teams.

Por ser verdade se passa a presente declaração que vai por mim assinada.

Coimbra, 13 de março de 2023

O Enfermeiro Gestor da DRC

Assinado por: **ALEXANDRE DAVID ROSA**
FRUTUOSO
Num. de Identificação: 11543623
Data: 2023.03.13 21:35:33 +0000



ANEXO III: Guião de entrevista semiestruturada

1ª Parte – Acolhimento

- ## 2ª Parte - Caracterização dos participantes

[illegible]

3ª Parte – Desenvolvimento

Objetivos	Questões orientadoras
Questão Introdutória	Quer partilhar connosco a sua experiência em Sala de Emergência, nomeadamente no atendimento do doente crítico vítimas de trauma?
Identificar os fatores que interferem no atendimento à vítima de trauma na sala de emergência	Na sua opinião quais são os fatores que facilitam e condicionam a sua intervenção no atendimento à vítima de trauma na sala de emergência?
Perceber os sentimentos vivenciados pelo enfermeiro, no atendimento à vítima de trauma na sala de emergência	Que sentimentos vivencia no atendimento à vítima de trauma na sala de emergência?
Identificar as implicações que o atendimento à vítima de trauma na sala de emergência tem para a vida pessoal e profissional dos profissionais de saúde.	O que significa para si a vivência destas situações? Quais são na sua opinião as implicações da vivência destas situações, na sua vida pessoal e profissional? Com base na sua experiência profissional, quer apresentar-nos sugestões para melhorar o atendimento à vítima de trauma na sala de emergência?

4ª Parte – Fecho da Entrevista

Dar a oportunidade de acrescentar algum aspeto,

Agradecer a colaboração e a participação na entrevista.

ANEXO IV: Autorização utilização questionário

Ex. Sr.ª Enfermeira Diana Costa

Eu, Filipe Vieira Franco, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, autor do instrumento de colheita de dados associado ao estudo *“Experiências de uma Equipa Multiprofissional no Atendimento Pré-Hospitalar em Suporte Avançado de Vida a Vítimas Politraumatizadas”*, autorizo a mestranda Diana Costa, a utilizar o guião de entrevista para a colheita de dados, no seu estudo *“Experiências dos Enfermeiros Especialistas na Assistência à vítima de trauma na sala de emergência”*, agrupado ao relatório final de estágio, do Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O Autor

Filipe Vieira Franco

ANEXO V: Consentimento informado, livre e esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA¹ E A CONVENÇÃO DE OVIEDO²

*Este documento, designado **Consentimento, Informado, Esclarecido e Livre**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi como convidado a participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assine.*

Título do estudo:

Experiências dos enfermeiros especialistas na assistência à vítima de trauma na sala de emergência

Enquadramento:

A preocupação com o ser humano vítima de trauma é bem antiga e existem muitos relatos históricos referentes à prática médico-cirúrgica em campos de guerra, atualmente o trauma é uma importantíssima causa de mortalidade e morbilidade. Em Portugal confluem um conjunto de situações que sustentam o número elevado de vítimas de trauma, são eles, acidentes de viação, aumento de consumo de álcool/droga, deficientes níveis de proteção laboral, deficits culturais enraizados, aumento de violência e ações terroristas (Nunes, et al. 2009).

O prognóstico da pessoa em situação crítica, nomeadamente das vítimas de trauma na sala de emergência depende da eficácia de atuação da equipa que a assiste, a abordagem a uma vítima de trauma carece de grande investimento formativo e organizacional (Nunes, et al. 2009).

Explicação do estudo:

A presente investigação trata-se de um estudo qualitativo de carácter exploratório e do tipo descritivo simples, tem como finalidade compreender as experiências dos enfermeiros especialistas na assistência à vítima de trauma na sala de emergência, tendo como objetivos específicos compreender qual o significado da experiência em sala de emergência; perceber os sentimentos vivenciados pelo enfermeiro no atendimento à vítima de trauma na sala de emergência; descrever os fatores facilitadores/condicionadores no atendimento à vítima de trauma na sala de emergência; identificar quais as implicações do atendimento à vítima de trauma para a vida pessoal e profissional e descrever sugestões de melhoria para a equipa de enfermagem no atendimento à vítima de trauma na sala de emergência.

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinki_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

A recolha de dados será feita através de entrevista semiestruturada, como recurso a gravação de voz, para posteriormente proceder-se à transição integral das gravações, sendo atribuído um código a cada participante, após transcrição as gravações serão destruídas, garantindo a confidencialidade e anonimato, sendo respeitados os princípios éticos na recolha e tratamento de dados, conforme preconizado na Declaração de Helsinquia e Convenção de Oviedo, também é permitido o direito de recusa na participação do mesmo, sem que exista qualquer consequência.

Serão respeitados todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação, baseado no respeito, esclarecimento, proteção de dados e a confidencialidade das informações obtidas.

Condições e financiamento:

Para a participação neste estudo é imprescindível a dispensa de cerca de 30 minutos para a entrevista, não envolvendo outros encargos ou custos.

Confidencialidade e anonimato:

O trabalho supracitado tem apenas finalidades académicas, pelo que serão salvaguardados a proteção dos direitos e liberdade dos indivíduos que estejam dispostos a colaborar nesta investigação. Serão respeitadas as recomendações e legislações nacionais e internacionais em vigor, nomeadamente de princípios éticos e deontológicos, a confidencialidade e anonimato.

Assinatura do investigador: Diana Catarina Silva Costa

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura do participante/representante legal: _____

Data: ____/____/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:

ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE

ANEXO VI: Parecer da comissão de ética da ESSNorteCVP

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Parecer n.º 001/2024	Código: 2023.014	Data: 17 de janeiro 2024
-----------------------------	-------------------------	---------------------------------

Título do estudo de investigação: Experiência dos enfermeiros na assistência à vítima de trauma na sala de emergência	
Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: Linha de Investigação Enfermagem: L1 – Resposta humana ao processo de saúde/doença)	
Investigador responsável: Diana Catarina Silva Costa (orientador: Filipe Vieira Franco)	Protocolo (se aplicável): N/A

A Comissão de Ética da ESSNorteCVP, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo de investigação acima referenciado. Analisado o processo foi votado pelos Membros, da Comissão de Ética, presentes: Carlos Costa Gomes, Sónia Novais, Alda Portugal, Teresa Guerreiro.

Resultado da votação:	Aprovado por unanimidade ☒ Aprovado por maioria	Rejeitado por unanimidade ☐ Rejeitado por maioria ☐
------------------------------	--	--

Resumo do Parecer/Recomendações:

- Este estudo é importante e pertinente para a área científica a que se propõe a investigar
- O estudo tem justificação na medida em que incrementará o conhecimento científico nesta problemática.
- Os resultados poderão ser úteis numa melhor compreensão das experiências dos enfermeiros na assistência à vítima de trauma na sala de emergência.

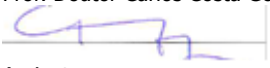
Recomendação: Não está explícita a forma como os participantes poderão ter acesso às informações relativas ao estudo, pelo investigador deverá informar os participantes que têm direito a este acesso

Assegura os principais aspetos éticos da investigação, conforme código de ética e integridade científica da EssNorteCVP e o Código Europeu de ética e Integridade Científica na investigação

CONCLUSÃO

Somos do parecer favorável ao projeto.

Pelo que se submete à consideração superior.

Data: 17 de janeiro de 2024	Presidente da Comissão de Ética Prof. Doutor Carlos Costa Gomes  Assinatura:
------------------------------------	---

ANEXO VII: Grelha de Análise de Conteúdo

GRELHA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

Categoria	Sub-categoria	Unidade de registo
Domínio 1: Trabalhar na Sala de Emergência com Vítimas de Trauma		
Escolha Profissional		"Eu acho que desde sempre que me lembro de ser enfermeira, ou querer ser enfermeira, (...) e depois de ter um bocadinho de noção do que era a nossa prática, foi sempre minha pretensão trabalhar na urgência, inclusive trabalhar na sala de emergência" (E1) "Trabalhar num serviço de urgência foi sempre um objetivo, quando vim para o hospital, inicialmente fui trabalhar para a Cirurgia, mas sempre com objetivo de vir para a urgência" (E3) "Trabalhar no serviço de urgência, e na sala de emergência é um gosto, é uma área me sempre tive muito interesse" (E5) "(...) a emergência e a área do trauma sempre foi uma área que gostei muito, (...) sempre tive curiosidade, vontade de trabalhar nesta área" (E7) "Trabalhar na sala de emergência (...) não deixa de ser um gosto pessoal, um objetivo pessoal concretizado" (E8) "Trabalhar na área do doente crítico (...) foi por isso que investi na minha formação, tanto na especialidade, como na formação em trauma" (E10)
Satisfação profissional		"(...) tentamos dar o nosso melhor, é uma alegria quando conseguimos estabilizar o doente" (E1) "(...) posso dizer que é o sentimento de dever cumprido" (E3) "Trabalhar na sala de emergência para mim é adrenalina (...) mas gosto, gosto muito do que faço." (E4)

		"Trabalhar no serviço de urgência, e na sala de emergência é um gosto, é uma área me sempre tive muito interesse" (E5) "Fico tão feliz quando percebo que (...) consegui fazer alguma coisa que contribuiu para o bem do doente" (E7) "Sempre que estou destacada para a sala de emergência para mim é a cereja no topo do bolo (...) adoro emergência, adoro doente crítico" (E8) "(...) a responsabilidade e os cuidados prestados, fizeram-me sentir útil" (E9)
Desafio		"Trabalhar na sala de emergência é um desafio, todos os dias, todas as vezes que lá estou, no entanto, não deixa de ser um gosto pessoal" (E1) "É um desafio, porque os doentes de trauma habitualmente são doentes jovens, novos, (...) doentes funcionais, doentes autónomos." (E2) "É um desafio Porquê o desafio? Porque a tomada de decisão tem que ser rápida, porque o método tem que ser rígido, porque a comunicação tem que ser eficaz, o raciocínio (...). Portanto, todos estes fatores interligados para prestar cuidados ao doente crítico é desafiante" (E8) "Bem, trauma, trauma é tensão, desafio, desafio porque às vezes é complexo, é difícil, (...) porque apesar das lesões físicas, também temos a componente emocional e mentalmente é desgastante" (E9) " (...) o trauma é uma área muito desafiante (...) para mim enquanto enfermeira, é diferente receber um doente (...) em edema agudo do pulmão por exemplo, a receber um politraumatizado, que geralmente tem múltiplas lesões" (E10)
Domínio 2: Fatores Mediadores no Atendimento à Vítima de Trauma		

Fatores facilitadores		
	Experiência profissional	"Claramente a experiência" (E1) "(...) trabalhar em equipa (...) e se eu perceber que são pessoas peritas, a perícia é fundamental, a experiência" (E2) "(...) quanto mais contacto tivermos com as vítimas de trauma mais à vontade vamos ter na abordagem" (E3) "(...) o que facilita é realmente facto de ter alguma experiência, o facto de também ter experiência no pré-hospitalar" (E4) "(...) os anos de experiência traz-me mais segurança" (E5) "(...) ou seja, se eu já tive situações prévias, (...) isso depois faz com que na altura da abordagem nós já sabemos o que pode acontecer, pelas nossas experiências" (E6) "(...) correu muito bem, porque também tinha um anestesista muito capaz e perito em trauma (...) e isto é de valorizar, é uma mais valia para o doente" (E7) "Com o tempo vamos crescendo, agora sinto-me mais segura do que faço, tenho mais autoconfiança" (E9) "Um fator é sem dúvida a experiência profissional" (E10)
	Comunicação	" (...) um bom fator que me vai facilitar na prestação de cuidados destes doentes é a comunicação. E começa já no pré-hospitalar, na transição de cuidados do pré-hospitalar para nós, se efetivamente houver uma boa transição de cuidados, claramente que os cuidados 's posterior ao diferentes" (E1)

		"(...) muitas vezes nós já sabemos que o doente vai chegar, porque temos alguém que comunica connosco, normalmente o CODU, e isto é um aspeto facilitador, saber que o doente está a caminho e em que condições é que vem" (E2) "(...) quanto mais informação tivermos à partida antes de receber o doente, para mim é uma vantagem, porque permite à equipa fazer o briefing, portanto, comunicar antes da situação, briefing" (E6) "é completamente diferente recebermos um doente e saber o que aconteceu ou não sabermos nada da história, a comunicação entre equipas é fundamental" (E8)
	Existência de recursos materiais	"Acho que os recursos humanos e matérias são uma mais valia na nossa sala de emergência" (E5)
	Relação de equipa	"O relacionamento da equipa é muito relevante" (E1) "(...) e pessoas com competências não técnicas, que me vão escutar, que não vão falar ao acaso, que vão esperar por indicações, quando recebem indicações dão feedback, pessoas que sabem acatar o líder, e que se sabem posicionar" (E2) "porque a sala de emergência é assegurada durante o dia pela medicina intensiva, isso deixa-me segura, ah, ... dá-me segurança porque confio na equipa (...) tem haver com a equipa que está escalada, tanto de enfermagem, como médica, auxiliares." (E3) "(...) depende da equipa (...). Há pessoas que conseguimos confiar mais, conseguimos partilhar dúvidas (...) sentimo-nos mais apoiados" (E5) "O trabalho em equipa vejo com um fator facilitador, ... conseguimos não só prestar cuidados mais eficientes, mas também temos ali (...) o apoio e o conforto que nos ajuda na tomada de decisões mais difíceis. Temos alguém em quem confiamos e pudermos tirar a nossas dúvidas e inquietações é tão, mas tão importante." (E9)

Fatores condicionadores		
	Inexperiência / Casuística de vítimas de trauma	"(...) por outro lado a inexperiência também condiciona, por vários fatores, (...) porque temos muitos jovens com pouca experiência" (E2) "um aspeto dificultador no nosso hospital é a casuística, o número de casos de vítimas críticas de trauma" (E4) "Quando recebo um doente de trauma penso, vamos lá, começamos por onde? (...) temos que saber muito, temos que saber de anatomia, de técnicas de mobilização, de medicação, (...) tanta coisa" (E7) "Porque termos um doente ou dois hoje, ou amanhã, é completamente diferente do que trabalhar num centro de trauma onde temos essas vítimas todos os dias claramente." (E10)
	Falta de liderança	" (...) tenho a perfeita consciência que mudaria muito, é a questão do líder de equipa, que facilitaria imenso a relação entre todos, (...) era tudo muito mais fácil, e inclusive a prestação de cuidados poderia ser muito mais rentável e com maior sucesso" (E1) "(...) nem sempre se consegue fazer uma boa distribuição de tarefas, (...) não há um bom líder" (E2) "a falta de um líder que e assuma e várias pessoas a assumirem-se como líder não pode ser, só pode haver uma voz" (E6) "para uma equipa trabalhar bem é preciso um bom team-líder" (E8)
	Falta de organização	"(...) e depois temos vários enfermeiros a irem a mesma tarefa sem simultâneo e perde-se tempo e aumenta-se o risco de erro" (E2) "a distribuição de tarefas é fundamental (...) a preparação da sala, com todo o material que é preciso" (E7)

		"Às vezes olho à minha volta e dou com 10 ou 20 profissionais à volta daquele doente, (...) enfermeiros, alunos de enfermagem, médicos, internos, auxiliares, (...) tanta confusão" (E9)
	Falta de Protocolos	"A via verde trauma podia facilitar a prestação de cuidados, uma vez que ainda está em cima da mesa sem grandes protocolos" (E3)
	Sobrecarga de trabalho	"o excesso de trabalho na sala de emergência, até porque um doente politraumatizado tem associado a ele uma panóplia de cuidados a dirigir que um ou dois ou as vezes até três enfermeiros não conseguem dar resposta, inclusive quando temos a sala de emergência cheia, tornando-se difícil prestar esses cuidados" (E1) "Se a sala de emergência estiver com mais doentes, pode dificultar depois a abordagem que o doente de trauma requer, ou seja ..., o excesso de trabalho" (E3)
	Ruído	"o ruído na sala de emergência, numa situação de trauma há sempre ruído que nos primeiros minutos não conseguimos controlar muito, mas logo a seguir se conseguirmos gerir o ruído vai ter impacto para o doente e vai ter impacto para as nossas intervenções, portanto, o ruído é uma barreira" (E2) "o barulho é algo que impacta negativamente a intervenção da equipa" (E9) "falar para o ar, muito barulho, muito nervosismo (...) tu percebes isto não é bom" (E10)
	Imprevisibilidade	"A condição do doente pode mudar a qualquer momento, a sua estabilidade (...) muda rapidamente, nós temos que tomar decisões rápidas" (E5)
Domínio 3: Sentimentos Vivenciados pelos Enfermeiros		
Sentimentos		
	Tristeza	"às vezes sinto tristeza quando há situações de amputação, que acontece algumas vezes em jovens, (...) amputações de membros" (E1)

		"não conseguimos sempre dar resposta a tudo (...) pela idade, pela cinemática em si, pelo contexto em si, ficamos um bocadinho de como e que é possível isto ter acontecido e aqui sentimento de tristeza" (E5) "(...) não me consigo controlar, estou lá firme, estou a fazer o que tenho que fazer, mas quando dou conta já tenho uma lágrima no olho" (E6) "Lembro-me de uma jovem que se tentou suicidar, atirou-se do 5º andar, era brasileira e estava cá a estudar, (...) chegou com TCE, fraturas expostas (...) senti-me tão triste, só pensava na minha filha" (E7)
	Stress/Ansiedade	"Receber um doente na sala de emergência vítima de trauma (...) traz ansiedade, medo" (E2) "Olha para mim, é muito stressante, ah ... porque nunca sabemos ao certo ao certo o que vai entrar" (E3) "Sinto ansiedade, bem ... stress, algum stress, é para mim um doente muito trabalhoso" (E4) "(...) ficou com aquele nervoso miudinho quando o CODU informa que vamos receber uma vítima de trauma" (E7) "Ainda há pouco tempo recebemos um jovem de 19 anos, (...) já com amputação de uma das pernas (...) ainda consciente e a aperceber-se de toda a situação, (...) foi stressante" (E8) "Tento manter a calma, mas por dentro (...) até fico taquicardia. (...) naquele stress todo tenho medo de esquecer de alguma coisa" (E10)
	Responsabilidade	"(...) sabemos que as nossas intervenções podem fazer a diferença (...) fico preocupado com o futuro, será que aquela pessoa vai voltar a ter a vida que tinha como antes?" (E5) "O papel do enfermeiro é muito relevante e de responsabilidade, aliás de toda a equipa, desde o auxiliar até ao médico anestesista, intensivista, todos tem que estar envolvidos, no entanto, o papel do enfermeiro é preponderante." (E8) "(...) a responsabilidade e os cuidados prestados, fizeram-me sentir útil" (E9)

	Impotência	"sentimos muitas vezes impotência, como grande parte dos casos são pessoas jovens" (E6)
	Medo/Receio	"Receber um doente na sala de emergência vítima de trauma (...) traz ansiedade, medo" (E2) "Tenho medo de não conseguir dar resposta" (E3) "quando temos a sala de emergência lotada, tenho receio de não conseguir dar resposta" (E5) "Tenho medo, tenho sempre medo de não estar a altura, tenho medo de não corresponder aquilo que é preciso, (...) quando estou numa posição de coordenação ou numa posição de ser das mais velhas acabo por ter um bocadinho mais de medo" (E6) "... quando temos uma pessoa nova, jovem temos medo de não tomar a melhor decisão" (E9) "(...) naquele stress todo tenho medo de esquecer de alguma coisa" (E10)
	Gratidão	"Às vezes é um bocado difícil de manter a distância da relação terapêutica, mas depois é gratificante de saber que essas nossas vivências permitem-nos dar ainda mais àquele doente e fazer uma melhor prestação de cuidados" (E1) "Por outro lado, é um sentimento de gozo bom, quando não se consegue aceso e de repente consegue-se um aceso, ou quando o doente está em uma hipotensão marcada e damos volume e aquilo não sobe, e entretanto, fica melhor perfundido, menos taquicárdico (...) é uma sensação boa" (E6) "(...) é nestas situações em que é realmente gratificante sermos enfermeiros" (E8)
Domínio 4: Implicações Futuras		
A vida pessoal		

	Desgaste emocional	"Efetivamente a assistência a vítima politraumatizada na sala de emergência é provavelmente aquela vítima me mexe mais com a minha emoção, inclusive por experiência pessoal, por vivências pessoais, por ter estado do lado da família (...) isso faz com que o meu sentimento esteja mais à flor da pele ... e recordar é difícil, muito difícil. (...) Às vezes é difícil manter a distância da relação terapêutica. (...) A nível pessoal, a mim dá-me muito abalo" (E1) "(...) o desgaste emocional interfere sempre, se estamos cansados não vamos ter a mesma energia, a proatividade, nem vamos interagir da mesma forma" (E2) "(...) implicações do ponto de vista emocional, também a nossa sensibilidade (...) o nosso envolvimento pessoal e inteligência emocional também" (E6) "(...) somos pessoas, não é fácil lidar com o sofrimento do outro" (E8) "(...) porque apesar das lesões físicas, também temos a componente emocional e mentalmente é desgastante" (E9) "(...) até porque sabemos que depois a recuperação é complexa (...) às vezes vou a pensar para casa. (...) "(E10)
	Reflexão	"torna-nos mais sensíveis ao outro, relativamente aquilo que está a passar e a sentir" (E2) "Acabamos por nos por na pele daqueles doentes não é ... porque qualquer pessoa pode ser vítima de um acidente de viação e acabamos por vir a pensar naquilo para casa" (E3) "Faz-me pensar em alguns comportamentos que tenho, ... por exemplo na condução. Faz-me pensar, sobretudo naqueles dias a seguir a ter vítimas graves" (E4)

A vida profissional		
	Aquisição de competências	"(...) prestar cuidados ao doente politraumatizado a nível profissional é ótimo, ganho competências técnicas" (E1) "(...) adquirimos capacitação técnica sem dúvida nenhuma, diferentes experiências, diferentes doentes, (...) acabamos sempre por aprender e aperfeiçoar" (E2) "(...) quanto mais abordagens ou situações graves tivermos, tu vais desenvolver competências técnicas" (E4) "Para a vida profissional, a aquisição de conhecimento" (E5) "Ganhamos experiência, (...) quanto mais situações tivermos melhores profissionais seremos" (E8)
Domínio 5: Sugestões de melhoria no Atendimento à Vítima de Trauma		
Formação contínua		"Sugestões de melhoria passa muito pela formação" (E1) "(...) haver formação neste sentido" (E2) "a formação, no nosso hospital não há formação em trauma, acho importante, ah (...) ou até mesmo dentro da equipa" (E3) "Sugestões (...) formação e criação da equipa de trauma" (E4) "Sem dúvida a formação contínua" (E5) "Passa muito pelas formações, pela realização de cursos na área" (E7) "(...) a formação faz-nos sempre crescer enquanto profissionais" (E9)

		"(...) a formação e a realização de cursos para além de adquirirmos conhecimentos, ajuda-nos a lidar com as situações" (E10)
Simulação		"Sugestões de melhoria passa muito pela formação e simulação no nosso local de trabalho" (E1) "treino, treino, treino, prática simulada, simulação (...) simulação a todos os elementos da equipa" (E2)
Implementação da Via Verde Trauma com equipas exclusivas		"(...) se via verde trauma fosse para a frente seria tudo mais facilitador, talvez com equipas dedicadas ao trauma" (E1) "(...) tenho a certeza que com equipas de trauma se trabalhava muito melhor" (E4) "(...) a implementação da via verde trauma" (E8)
Debriefing		"(...) situações diferentes que haja a oportunidade de fazer o debriefing" (E2) "(...) fazer o debriefing estruturado, (...) a reflexão daquilo que correu bem e menos bem, o reforço positivo (...) ter a capacidade de identificar o que não foi tao positivo de modo a melhorar futuramente" (E6)
CRM		"O crew resource management (...) é uma abordagem que pretende desenvolver competências não técnicas em situação de crise, (...) e um doente de trauma maior parte das vezes, apesar de ser só um doente, não ser uma catástrofe, (...) mas é uma situação de crise" (E2)