

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

**A Intervenção Especializada do Enfermeiro à Pessoa
Vítima de Trauma Grave: Uma abordagem diferenciada**

Rui Duarte Malheiro Miranda

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

**A Intervenção Especializada do Enfermeiro à Pessoa
Vítima de Trauma Grave: Uma abordagem diferenciada**

Rui Duarte Malheiro Miranda

Relatório de Estágio orientado por:

Prof^a Sónia Ferrão

2013



“Quanto mais aumenta o nosso conhecimento, mais evidente fica a nossa ignorância”

John F. Kennedy

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”

Madre Teresa de Calcutá

“O homem prudente aproveita a sua experiência; o homem sábio aproveita a experiência dos outros”

Collins

AGRADECIMENTOS

Para se realizar um trabalho, por muito modesto que seja, não se pode contar apenas com o esforço de uma única pessoa. Assim, quero aqui expressar o meu agradecimento a todos aqueles que, com o seu conhecimento, disponibilidade e apoio, contribuíram para a produção deste trabalho.

Gostaria de agradecer a todos os orientadores dos locais de estágio, nomeadamente à Enf^a. Iolanda Bernardo, a Jan Gillespie, RN, TNS e a todo o pessoal do *Loyola University Medical Center* e ao Enf^o. Hugo Sá e a todos os profissionais dos vários locais de estágio pela amável receção e pelo apoio prestado durante o estágio;

A todos os colegas que, no meu local de trabalho, me facilitaram as trocas e folgas para poder ter dias de exame ou realizar trabalhos e me possibilitaram aqueles minutos extra que me permitiram “exercer o dom da ubiquidade” e estar em dois lados em simultâneo;

Agradeço também à Prof^a. Sónia Ferrão e Prof. Cândida Durão pela orientação a todos os níveis durante o estágio e na realização deste relatório;

Por fim, mas não menos importante, um agradecimento especial à minha família e aos meus amigos por todo o apoio dado ao longo do percurso, pela paciência e, sobretudo, pelos momentos em que não estive presente.

O meu muito obrigado a todos...

RESUMO

O Trauma continua a ser uma problemática mundial atual que tem vindo a suscitar a implementação de diversos programas de abordagem e de melhoria da qualidade do atendimento à pessoa vítima de trauma grave. No nosso país, os números de mortalidade e morbidade são preocupantes, continuando acima da média europeia. Para tentar colmatar esta problemática, a Direção Geral de Saúde emitiu uma circular normativa com orientações para o atendimento a este tipo de pessoas. O enfermeiro desempenha um papel fundamental na abordagem e tratamento à Pessoa Vítima de Trauma Grave e à sua família, pois compreende o complexo processo transicional que estas pessoas estão a vivenciar, sendo responsável pelo desenvolvimento de um plano individualizado de um conjunto de intervenções terapêuticas de enfermagem que facilite este processo. Para tal, é essencial que os enfermeiros adquiram competências técnico-científicas e relacionais especializadas na prestação de cuidados de enfermagem com qualidade a estas pessoas.

Neste sentido, recorrendo à Metodologia do Projeto, propus a realização de um percurso de aquisição de competências especializadas na prestação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em situação Crítica, nomeadamente à Pessoa Vítima de Trauma Grave e seus familiares. Este percurso incluiu uma revisão da literatura sobre o tema e a realização de um estágio em diversos serviços de referência na área do trauma, nomeadamente uma Unidade de Cuidados Intensivos, um Centro de Trauma de nível 1 norte-americano e um Serviço de Urgência Polivalente. Durante a realização do estágio concretizaram-se diversas atividades planeadas de forma a atingir os objetivos previamente delineados e adquirir competências especializadas em enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em particular na prestação de cuidados à Pessoa Vítima de Trauma Grave, nomeadamente ao nível da responsabilidade profissional, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados, das aprendizagens profissionais, do cuidar da pessoa em situação crítica e na prevenção e controlo da infeção.

Palavras-chave: Pessoa Vítima de Trauma Grave, Enfermeiro, Transições

ABSTRACT

Trauma continues to be a worldwide problem which led to the implementation of various programs of assessment and improving the quality of care to the Person Victim of Severe Trauma. In our country, the numbers of mortality and morbidity are worrisome, above the European average. To try to remedy this problem, the Portuguese General Health Institute issued a document with guidelines for the assessment and treatment care of these people. Nurses plays a key role in addressing and treating the person victim of severe trauma and his family, because they understand the complex transitional process that these people are experiencing, being responsible for developing an individualized set of nursing interventions that facilitates this process. To achieve such goal, it is essential that nurses acquire technical, scientific and relational skills specialize in providing quality nursing care to these people.

By using the project management methodology, I proposed to fulfill a journey of skills acquisition in Critical Care Nursing, specifically in providing care to Person Victim of Severe Trauma and their families, which included a review of the literature on the subject and internship in an Intensive Care Unit, a North American Level 1 Trauma Center and an Emergency Department.

During the completion of the internship, various activities were implemented in order to achieve the goals previously outlined and acquire expert skills in Critical Care Nursing, in particular, providing care to the Person Victim of Severe Trauma, particularly in terms of professional responsibility, continuous quality improvement, care management, apprenticeships, the care of critical patients and in the prevention and control of infection.

Keywords: Person Victim of Severe Trauma, Nurse, Transitions

Índice Geral

LISTA DE FIGURAS	viii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	ix
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	5
2.1 – TRAUMA: UMA PROBLEMÁTICA ATUAL.....	5
2.1.1 - Organização do Sistema de Trauma em Portugal e o protocolo Via Verde Trauma	7
2.1.2. - A Importância do Enfermeiro na abordagem à Pessoa Vítima de Trauma.....	8
2.1.2.1 - O Enfermeiro na Triagem da Pessoa Vítima de Trauma	11
2.1.2.2 - A relevância do Registo em Trauma	13
2.1.2.3 - A Abordagem Inicial da Pessoa Vítima de Trauma pela Equipa de Trauma: uma sistematização baseada na evidência	13
2.2 – A TEORIA DA TRANSIÇÃO COMO SUPORTE PARA O DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM	15
3 - ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	21
3.1 - Cuidar da Pessoa em Situação Crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	23
3.2 - Centro de Trauma Norte-Americano: uma outra realidade do Trauma. 35	
3.3 - Cuidar da Pessoa Vítima de Trauma num Serviço de Urgência Polivalente	43
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Critérios de Ativação da Equipa de Trauma.....12

Figura 2: Resumo do Modelo das Teoria das Transições.....17

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSCT - *American College of Surgeons Committee on Trauma*

APN - *Advanced Practice Nurse*

ATCN[®] - *Advanced Trauma Care for Nurses*

ATLS[®] - *Advanced Trauma Life Support*

AVC - *Acidente Vascular Cerebral*

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CMEPSC - *Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica*

CRRNEU - *Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*

CT - *Centro de Trauma*

DGS - *Direção Geral de Saúde*

ED - *Emergency Department*

EMS - *Emergency Medical System*

ENA - *Emergency Nurses Association*

ESEL - *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

LUMC - *Loyola University Medical Center*

OE - *Ordem dos Enfermeiros*

OM - *Ordem dos Médicos*

REPE - *Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem*

RN - *Registered Nurse*

SO - Sala de Observação

SR - Sala de Reanimação

SU - Serviço de Urgência

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

STN - *Society of Trauma Nurses*

TNCC[®] - *Trauma Nursing Care Course*

TNS - *Trauma Nurse Specialist*

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VM - Ventilação Mecânica

VNI - Ventilação Não Invasiva

VVT - Via Verde de Trauma

WHO - *World Health Organization*

1. INTRODUÇÃO

A frequência do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC) resultou da necessidade de adquirir e desenvolver novas competências técnico-científicas e relacionais que possibilitam uma abordagem humana de excelência. Com este novo desafio, surgiu a oportunidade de traçar um caminho a percorrer, o que implicou uma reflexão crítica acerca do que faço e do que fiz, do que pretendo mudar e do que desejo ser. Neste sentido, este documento visa analisar criticamente o percurso realizado ao longo do estágio realizado no 3.º Semestre do 2.º CMEPSC da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), que decorreu de 01 de Outubro de 2012 a 08 de Março de 2013.

É consensual afirmar que as bases da enfermagem moderna surgiram com o trabalho desenvolvido por Florence Nightingale. Contudo, para se adaptar às exigências e necessidades crescentes de cuidados de saúde populacionais, a enfermagem tem evoluído ao longo dos anos, sofrendo sucessivas reestruturações, como por exemplo a integração do ensino da Enfermagem no Ensino Superior nos três ciclos de formação (Licenciatura, Mestrado e Doutoramento), ou com a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE), que permitiu a existência de regulamentação e controlo do exercício profissional, conquistando uma identidade própria (Silva, 2007). O artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiros (REPE) define Enfermagem como:

“(...) a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.

Por sua vez, Afaf Ibrahim Meleis definiu Enfermagem como “(...) a arte e a ciência de facilitar processos de transição dos seres humanos, abrangendo as suas experiências, tendo como finalidade a saúde e bem-estar das populações” (Meleis, 2010, p. 5).

A formação Pós-Graduada, nomeadamente o Mestrado, permite a aquisição de uma especialização de natureza profissional, que permite adquirir competências específicas do Enfermeiro Especializado em Enfermagem. De acordo com a OE, estes enfermeiros possuem um conhecimento aprofundado e competências numa área específica de enfermagem e, tendo em conta as necessidades humanas, os problemas de saúde e as diferentes fases do ciclo de vida do ser humano, emitem julgamentos clínicos que lhes permitem fundamentar as decisões pertinentes para resolver os problemas com os quais se deparam diariamente na sua prática clínica (OE, 2011b). Em 2010, a OE criou o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Esse documento refere que “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” (OE, 2010, p.1).

Este relatório visa analisar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências efetuado ao longo do estágio acima referido e foi elaborado utilizando como referencial o Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, os Descritores de Dublin para o 2.º ciclo de formação, as competências preconizadas pelo plano de estudos do CMEPSC e os documentos publicados pela OE (2011a, 2011b; 2011c).

Competência é definida por Phaneuf como “o conjunto integrado de habilidades cognitivas, de habilidades psicomotoras e de comportamentos sócio-afectivos que permite exercer, ao nível de desempenho exigido à entrada no mercado de trabalho, um papel, uma função, uma tarefa ou uma atividade” (2005, p. 2). Mendonça (2009) refere que as competências existem enquanto processo

dinâmico que articula conhecimentos técnico-científicos para obter um tipo de resposta satisfatória na interação com o meio envolvente. A aquisição de competências ao longo do estágio utiliza como ponto de partida o modelo de Dreyfus aplicado à Enfermagem por Benner, que refere que um estudante passa por cinco etapas sucessivas de proficiências, partindo do iniciado até ao perito (Benner, 2005). A autora encara a experiência profissional como base para o desenvolvimento de competências e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a vivência de situações reais.

O trabalho realizado ao longo do estágio teve como finalidade o desenvolvimento de competências de nível perito no âmbito da prestação de cuidados a doentes críticos, nomeadamente à pessoa vítima de trauma grave e à sua família pois, segundo Benner (2005), um perito possui uma vasta experiência, compreende intuitivamente cada situação e decide qual a melhor solução para a problemática em questão, sem se perder num leque de soluções e diagnósticos desnecessários. A escolha desta área temática surge do gosto pessoal e profissional pelo mesmo.

O Trauma continua a ser uma problemática atual no nosso país, com números de mortalidade e morbilidade acima da média europeia. Sendo a classe de enfermagem a que mais tempo passa em contacto com a pessoa vítima de trauma, desde o Pré-Hospitalar aos Serviços de Reabilitação, passando pela abordagem e estabilização no Serviço de Urgência (SU), compete a estes profissionais adquirir competências técnico-científicas e relacionais especializadas na prestação de cuidados de enfermagem com qualidade, para que se atinja a excelência do cuidar. O enfermeiro é um elemento integrante da equipa multidisciplinar de saúde, desempenhando um papel fundamental na abordagem à pessoa vítima de trauma grave. Nomeadamente, na Sala de Reanimação (SR) do meu contexto profissional, o enfermeiro é o primeiro elemento da equipa multidisciplinar a contactar com a pessoa vítima de trauma grave, iniciando frequentemente a abordagem inicial a estas pessoas.

De acordo com a OE, o enfermeiro especializado deve apresentar competências científicas, técnicas e humanas para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem (OE, 2009a). Possui também um conhecimento aprofundado num

domínio da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2011b). Para o desenvolvimento destas competências específicas, definiram-se os seguintes Objetivos Gerais:

- Desenvolver competências especializadas ao nível de perito na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente à Pessoa Vítima de Trauma Grave e seus familiares;
- Reconhecer a importância de uma abordagem sistematizada que permita melhorar a qualidade do atendimento às vítimas de trauma em tempo útil.

Foram delineados objetivos específicos para cada local do estágio, pelo que se encontram explicitados nos respetivos capítulos ao longo deste documento. Para atingir os objetivos propostos, desenhou-se um percurso de aquisição de competências, que incluiu a realização de um estágio em diversos contextos profissionais de excelência nesta área de intervenção, nomeadamente uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente com casuística de pessoas vítimas de trauma grave, um Serviço de Urgência Polivalente e um Centro de Trauma de nível 1 norte-americano com protocolo instituído de atendimento de pessoas vítimas de trauma grave. A metodologia utilizada para definir o meu percurso de estágio foi a metodologia de projeto, definida por Leite *et al.* (1989) como um conjunto de técnicas ou de procedimentos utilizados para estudar um qualquer aspeto da realidade, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas.

Este relatório encontra-se dividido em três partes distintas. O primeiro capítulo consiste na Revisão da Literatura, onde consta uma revisão bibliográfica sistematizada sobre a problemática do trauma no nosso país, o protocolo Via Verde Trauma (VVT) e a importância do enfermeiro na abordagem à pessoa vítima de trauma. Também se aborda sucintamente a Teoria de Médio Alcance das Transições de Afaf Ibrahim Meleis. No segundo capítulo consta a análise do percurso de desenvolvimento de competências que realizei. No terceiro e último capítulo constam umas breves considerações finais.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura é, segundo Fortin, “*um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação*” (1999, p. 74). Nesta perspectiva, a revisão da literatura corresponde à realização de um balanço das publicações existentes no domínio do tema em estudo, constituindo o suporte teórico deste percurso. Desta forma, durante o estágio e a realização deste relatório, teve-se em conta a evidência disponível, uma vez que é essencial que os profissionais de enfermagem apliquem nas suas práticas clínicas a evidência disponível, contribuindo para a investigação em Enfermagem (Craig & Smyth, 2004).

Foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados da EBSCO e em bases de dados de organizações internacionais de saúde de renome, como a *World Health Organization* (WHO), *Emergency Nurses Association* (ENA) ou a *Society of Trauma Nurses* (STN) utilizando os termos “*Trauma Nurses*”, “*Trauma Care*” e “*Emergency Department*”. De forma a abordar o problema em estudo, apresenta-se a contextualização do tema, onde se definem alguns conceitos importantes, salienta-se a importância do enfermeiro na abordagem à pessoa vítima de trauma grave e conclui-se o capítulo com o referencial teórico de enfermagem usado.

2.1 – TRAUMA: UMA PROBLEMÁTICA ATUAL

No âmbito deste relatório, considero importante definir alguns conceitos, nomeadamente Trauma, um dos conceitos centrais deste relatório. Trauma, no léxico comum, deriva do grego “*traûma*” e entende-se como uma lesão local proveniente de um agente vulnerante (Priberam, 2013). Várias definições deste conceito estão disponíveis em diferentes publicações de diversas organizações de saúde, pelo que optei pela definição de Manuila *et al.* (2003) que definem trauma como um conjunto de manifestações locais ou gerais provocadas por

uma ação violenta de um agente traumático contra o organismo, definição esta que é usada em alguns documentos relacionados com a temática do trauma emitidos pela OE, nomeadamente no “Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular” (OE, 2009b). Entende-se por doente politraumatizado toda a pessoa vítima de acidente que apresente duas ou mais lesões traumáticas graves (crânio-encefálico, facial, vertebral, torácico, abdominal, pélvico e extremidade), com necessidade de internamento hospitalar (Coimbra, 1998). Neste contexto, importa também referir que a Pessoa em Situação Crítica (PSC) é *“aquela em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”* (OM & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, p. 9). Da mesma forma, para a OE (2011c, p. 8656) uma PSC *“é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”*. Assim sendo, na perspetiva de enfermagem, visto este relatório estar integrado no âmbito do CMEPSC, optei por utilizar a expressão pessoa vítima de trauma grave em vez de doente politraumatizado.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005a) refere que o trauma é a principal causa de morte e incapacidade em indivíduos jovens em todo o mundo, sendo que as etiologias mais frequentes ocorrem de acidentes de viação e de trabalho, quedas, tentativas de suicídio e violência interpessoal. De acordo com dados publicados em 2005, mais de 1,2 milhões de pessoas morrem anualmente vítimas de acidentes de viação e cerca de 50 milhões sofrem lesões ou ficam incapacitadas. A nível Europeu, o trauma também é a primeira causa de morte até aos 44 anos e Portugal lidera a lista de países europeus em termos de incidência de trauma e mortalidade (WHO, 2005a). No nosso país, em consonância com a realidade internacional, os acidentes de viação são a etiologia mais comum do trauma, seguindo-se os acidentes de trabalho, violência interpessoal e, por fim, as tentativas de suicídio (Gomes *et al.*, 2011). Dados disponibilizados pela Direção Geral de Saúde (DGS 2010a) referentes a 2008 mostram que houve 776 mortos em acidentes de viação nesse ano.

2.1.1 - Organização do Sistema de Trauma em Portugal e o protocolo Via Verde Trauma

A organização do sistema de trauma em Portugal tem sofrido diversas alterações nos últimos 15 anos. Em 1996, foi criada a Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências que definiu os princípios precursores da Rede de Referenciação das Urgências. Em 2007, a Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral (CTAPRU) propôs níveis, critérios, condições de acesso e localização de pontos de rede de urgência. Na sequência deste trabalho, o Despacho nº5414/2008, de 28 de Janeiro define quais os Serviços de Urgência (SU) que constituem os pontos de referenciação de urgência/emergência. A hierarquização dos SU em 3 níveis proposta pela CTAPRU (2007): SU Básico, SU Médico-Cirúrgico e SU Polivalente (SUP), é aquela que ainda se mantém na atualidade.

Em 2011, o Ministério da Saúde criou a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU), que elaborou e publicou um relatório onde propôs a reorganização dos pontos de rede. Propôs ainda, pela primeira vez, a criação de Centros de Trauma (CT) a nível nacional, que se assumem como SUP dedicados ao doente politraumatizado, com responsabilidade em realizar a sua abordagem e tratamento definitivo, utilizando para tal as diversas valências/especialidades definidas nos níveis de responsabilidade do SU (CRRNEU, 2012). A estes CT serão referenciados as pessoas vítimas de trauma a incluir no protocolo Via Verde Trauma (VVT), desde o sistema de emergência pré-hospitalar ou desde as unidades de atendimento de menor diferenciação da rede. Vejamos de seguida como surgiu este protocolo no nosso país.

Para tentar diminuir a mortalidade e a morbilidade relacionadas com o trauma, a *World Health Organization* (WHO) redigiu 2 documentos orientadores para a implementação de sistemas de trauma e programas de melhoria da qualidade da abordagem e tratamento da pessoa vítima de trauma, que se intitulam: “*Guidelines for Essential Trauma Care*”, em 2004 e “*Guidelines for trauma quality improvement programmes*”, em 2009 respetivamente. No seguimento destes documentos, ao nível do nosso país, também a Ordem dos Médicos

(OM) redigiu, o manual “*Normas de Boa Prática em Trauma*” (2009), que define não só princípios básicos de abordagem do Doente Politraumatizado, como também alerta para a importância da atualização da rede de referência de urgência e emergência médica e da definição de CT, no contexto dessa mesma rede. A Comissão Regional do Doente Crítico, também em 2009, emitiu o documento “*Um Ano de Reflexão e Mudança*”, onde constam exemplos de recomendações para a implementação de circuitos de referência ao doente politraumatizado, como acontece já no nosso país para os casos de doença coronária ou doença vascular, com as vias verdes coronária e de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Este documento e os anteriores serviram de base para que a DGS emitisse a Circular Normativa nº07/DQS/DQCO de 31/03/2010, a “*Norma de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*”. Nesse documento, está implícito que, em todas as unidades de saúde com serviço de urgência deverá ser instituído o Protocolo Via Verde Trauma, que consiste sucintamente em 5 pressupostos: **1** - Critérios de ativação da Equipa de Trauma (Triagem); **2** - Existência de equipa de trauma organizada, com coordenador definido; **3** - Registos; **4** - Avaliação primária (realizada em menos de 20 minutos); **5** - Avaliação secundária (realizada em menos de 1 hora) (DGS, 2010b).

2.1.2. - A Importância do Enfermeiro na abordagem à Pessoa Vítima de Trauma

A ENA, na formação *Trauma Nurse Core Course* (TNCC[®]), refere que os enfermeiros são membros essenciais da equipa de trauma e desempenham um papel fundamental na avaliação e tratamento de lesões traumáticas ao prestarem cuidados competentes às pessoas vítimas de trauma. Refere ainda que a mortalidade e morbilidade podem ser reduzidas através da formação de enfermeiros para a prestação de cuidados competentes (ENA 2007). Por sua vez, a STN, na formação *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN[®]), defende a promoção e desenvolvimento do papel do enfermeiro de trauma na prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma grave, proporcionando uma abordagem

padronizada e diretrizes multidisciplinares para o seu atendimento (STN, 2008). Richmond e Aitken (2011) referem que os enfermeiros, como elementos da equipa de trauma, baseiam a sua prática em trauma na evidência científica disponível mais recente.

Os enfermeiros prestam cuidados de excelência à pessoa vítima de trauma e à sua família em diversas áreas de intervenção, como por exemplo na Urgência e Emergência, Cuidados Intensivos, Reabilitação ou Enfermagem Comunitária e desenvolvem competências específicas para satisfazer as complexas necessidades físicas e psicossociais das pessoas vítimas de trauma (Richmond e Aitken, 2011). Spisso *et al.* (1990) referem que os enfermeiros especializados em trauma contribuem para aumentar a qualidade dos cuidados prestados, para diminuir o tempo de espera nos SU, o tempo de internamento e as queixas dos doentes. Cupuro (1997), reportando-se à realidade norte-americana, refere que os enfermeiros especializados em trauma desempenham um papel diferenciado no sistema de trauma implementado, pois são responsáveis por cuidar da pessoa vítima de trauma desde a sua admissão na SR, acompanhando-os durante a permanência nas Unidades de Cuidados Intensivos e/ou Enfermarias, providenciam a alta clínica e são responsáveis pelo *follow-up* destas pessoas, contribuindo para a sua satisfação, garantindo uma continuidade dos cuidados e uma melhor preparação para a alta. Para Boyd (2011), o aparecimento de enfermeiros especializados em trauma elevou a qualidade dos cuidados prestados à PSC para níveis nunca vistos previamente.

Segundo a WHO (2004) uma abordagem bem planeada e organizada à pessoa vítima de trauma grave é essencial para uma gestão ótima de cuidados. A ressuscitação destas vítimas implica um conjunto coordenado de ações realizadas para assegurar a via aérea, suporte respiratório, restabelecimento da circulação e oxigenação tecidual. Uma equipa organizada de trauma melhora o processo, abordagem e resultado final dos cuidados ao cliente vítima de trauma (ACSCT, 2008). Para tal, é essencial que todos os elementos que compõem a equipa utilizem a mesma linguagem, ou seja, empreguem uma metodologia idêntica na abordagem ao cliente vítima de trauma grave,

apliquem os algoritmos mais recentes e tenham uma prática constante de trabalho (Nunes *et al.*, 2009).

Numa equipa de trauma de um SUP, de acordo com a norma da DGS (2010b), deverá existir um coordenador de equipa designado para o efeito e uma equipa multidisciplinar, constituída idealmente pelos seguintes elementos:

- Intensivista ou Médico com Formação em Medicina de Emergência,
- Médico Anestesiologista com Formação e experiência em trauma,
- Médico Cirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência,
- Médico Ortopedista com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência,
- Médico Neurocirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência,
- Médico Imagiologista com formação e experiência em trauma e, idealmente, em imagiologia de intervenção,
- 2 Enfermeiros com experiência em cuidados de emergência, com formação em Suporte Avançado de Vida e Suporte Avançado de Vida em Trauma,
- Auxiliar de Ação Médica conhecedor da metodologia de trabalho de uma Sala de Emergência e com formação em Suporte Básico de Vida e Técnicas de Trauma.

Para além da equipa de trauma presencial, deverá existir uma equipa de trauma consultiva que apoie a equipa multidisciplinar já descrita, sob articulação com o coordenador da equipa de trauma. Segundo a DGS (2010b), os SUP devem dispor de todas as especialidades em tempo útil, sejam elas em presença física, prevenção ou com protocolo de transferência, para poderem tratar de qualquer lesão traumática.

De acordo com a OM (2009), em cada centro de trauma deverá também existir um enfermeiro coordenador de trauma, incorporado ao SU ou a uma UCI. As suas responsabilidades são as seguintes:

- Integrar a equipa de trauma,

- Gerir recursos técnicos/equipamentos de trauma na sala de emergência,
- Preencher o registo de trauma,
- Acompanhar o líder de trauma na avaliação da evolução clínica diária dos clientes admitidos no dia anterior, no SU e nas áreas dependentes do mesmo,
- Colaborar na implementação de planos de avaliação de qualidade,
- Coordenar os planos de integração, educação e formação pós-graduada em trauma dos enfermeiros.

2.1.2.1 - O Enfermeiro na Triagem da Pessoa Vítima de Trauma

Existem diversas definições de Triagem, grande parte relacionadas com a Triagem em ambiente hospitalar, nomeadamente nos SU, dada a relevante e persistente procura dos mesmos. Triagem deriva do termo “*trier*”, que significa escolher ou seleccionar (Sheehy, 2011). Cook & Sinclair (1997) definem triagem como o processo de avaliação do cliente à chegada ao SU para determinar a gravidade do problema e canalizar os recursos adequados para a resolução do problema identificado. De acordo com o *American College of Surgeons Committee on Trauma* (ACSCT), triagem envolve a classificação dos doentes com base nas suas necessidades de tratamento e dos recursos existentes para providenciar esse mesmo tratamento (ACSCT, 2008).

Atualmente, a triagem de todas as pessoas que dão entrada num SU é realizada por enfermeiros, sendo este o primeiro profissional de saúde que entra em contacto com a pessoa e sua família (Sheehy, 2011). Cordeiro, Silveira e Raposo (2002), encaram o enfermeiro como o profissional de saúde de excelência para o desempenho desta atividade pois reúne as condições necessárias, dado que detém uma linguagem clínica orientada para os sinais e os sintomas e não para os diagnósticos, conseguindo estabelecer uma relação empática fundamental na minimização de emoções como a ansiedade, a agressividade ou a impaciência (muito frequentes neste contexto), explicando

calmamente ao cliente o objetivo do processo de triagem. Para além disso, os enfermeiros têm uma visão global do serviço e dos recursos disponíveis, bem como do cliente (Cordeiro, Silveira e Raposo 2002).

É pela triagem que é ativada a equipa de trauma. Compete aos enfermeiros a avaliação inicial da pessoa vítima de trauma e, se justificável, a ativação da equipa de trauma (DGS (2010b)). A DGS emitiu para o protocolo VVT um conjunto de recomendações para a ativação da equipa de trauma, que se encontram descritas na Figura 1.

Sinais Vitais e Nível de Consciência
Frequência respiratória <10 ou >29 ciclos/minuto
SpO2 < 90% com O2 suplementar
Pressão arterial Sistólica < 90mmHg
Escala de Coma de Glasgow < 14 ou queda > 2 pontos desde o acidente
Anatomia de Lesão
Trauma Penetrante: cabeça, pescoço, tórax, períneo, proximal ao cotovelo e ou joelho
Retalho costal
Fratura de 2 ou mais ossos longos
Fratura da bacia
Fratura do crânio com afundamento
Amputação proximal ao punho e/ou tornozelo
Associação de trauma + queimaduras
Queimaduras major / graves: 2º grau > 20% ou 3º grau >5%
Queimaduras com inalação
Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, circunferenciais nas mãos ou pés

Figura 1 - Critérios de Ativação da Equipa de Trauma (Fonte: DGS 2010b – Comunicado N° 07/DQS/DQCO)

Todavia, considero que este protocolo tem algumas lacunas relacionadas com os critérios de ativação da equipa de Trauma. Em consonância com a evidência científica (ENA, 2007; ACSCT, 2008; OM, 2009; Nunes et al., 2009) considero importante incluir também a Cinemática do Trauma como critério de ativação desta equipa. Uma análise do evento que motivou o trauma permite

prever com elevada margem de segurança potenciais lesões fatais de uma vítima de trauma, que podem passar despercebidas numa primeira avaliação, vindo a manifestar-se mais tarde (Nunes et *al.*, 2009).

2.1.2.2 - A relevância do Registo em Trauma

O registo é um instrumento essencial a todos os profissionais que se preocupam com a qualidade dos cuidados prestados. A documentação oportuna, precisa e apropriada dos cuidados prestados, da resposta do doente durante a fase de reanimação ou durante a estadia do mesmo no serviço de urgência é essencial para a continuidade de cuidados no trauma e uma parte essencial da comunicação necessária para garantir uma transferência para outra unidade intra ou extra hospitalar (ENA 2007). Além disso, os registos desempenham um papel fundamental na proteção legal da vítima e dos próprios profissionais de saúde (Sheehy 2011 e OE 2009).

Segundo a DGS (2010b), numa rede de trauma, o registo de dados permite estabelecer um plano de ação no tratamento das vítimas de trauma e possibilita uma análise da sua incidência e prevalência geográfica, causas e severidade da lesão, identificação do acesso de cuidados, eficácia do tratamento, desvio das normas e custos associados. Por sua vez, esta análise possibilita o desenvolvimento de programas de prevenção, avaliação e identificação de áreas do sistema passíveis de serem melhoradas e identificação de outros fatores que recomendem alterações no desenho e na implementação do sistema integrado de trauma (DGS 2010b).

2.1.2.3 - A Abordagem Inicial da Pessoa Vítima de Trauma pela Equipa de Trauma: uma sistematização baseada na evidência

Existem 3 picos distintos de morte devido a trauma descritos pelo ACSCCT (2008). O primeiro pico apresenta uma prevalência de cerca de 50% de todas

as mortes, ocorre normalmente no local do acidente e surge segundos ou minutos após o traumatismo devido a lesões no sistema nervoso central ou do coração e grandes vasos. Poucas vítimas poderão ser salvas nesta fase devido à gravidade das suas lesões (ACSCT, 2008). O segundo pico, com uma predominância de cerca de 30%, ocorre algumas horas após o acidente, em consequência de lesões relacionadas com Hematomas Subdurais e Epidurais, Hemopneumotórax, Rupturas do Baço, Lacerações do Fígado, Fraturas da Bacia ou lesões múltiplas associadas a perda significativa de sangue. Este grupo beneficia grandemente de um atendimento adequado no local e tão precoce quanto possível. A *Golden Hour* inicia-se quando ocorre o acidente, não apenas quando a vítima chega à unidade hospitalar, e é caracterizada pela necessidade de uma rápida abordagem e ressuscitação (Nunes *et al.*, 2009). O terceiro pico ocorre entre vários dias e semanas após a lesão traumática e a morte é derivada, geralmente, de sépsis ou disfunção multiorgânica (ACSCT, 2008), ocorrendo normalmente em ambiente de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) ou em Enfermarias (Nunes *et al.*, 2009).

O objetivo da equipa de trauma passa por providenciar uma avaliação hierarquizada das pessoas que se inserem no segundo pico, preferencialmente dentro da “*Golden Hour*”, identificando as lesões e providenciando o tratamento adequado para minimizar as lesões secundárias (Nunes *et al.*, 2009). A gestão dos cuidados prestados às pessoas vítimas de trauma deve passar por uma rápida avaliação primária, ressuscitação de funções vitais, uma avaliação secundária e pela instituição de um tratamento definitivo (ACSCT, 2008).

De acordo com a filosofia ATCN® implementada pela STN, a avaliação primária das vítimas de trauma é realizada utilizando a sequência ABCDE (**A** – Via Aérea com imobilização da coluna cervical; **B** – Ventilação e Oxigenação, **C** – Circulação (Suporte Cardiovascular), com controlo de hemorragia, **D** – Disfunção Neurológica; **E** – Exposição, evitando a hipotermia), que estabelece a prioridade dos tratamentos a efetuar (STN, 2008). Na avaliação primária são realizadas intervenções simultâneas de ressuscitação (ACSCT, 2008). Richmond e Aitkin (2011) referem que as intervenções de enfermagem realizadas durante a fase de ressuscitação no SU têm como principais finalidades assegurar uma Via Aérea permeável, manter a Estabilização

Cervical, garantir uma Saturação Periférica de O₂ mantida acima dos 90%, controlar Focos Hemorrágicos externos e assegurar uma Pressão Arterial Sistólica acima dos 90 mmHg.

Na avaliação secundária, a ENA (2007) sugere a utilização da mnemónica FGHI no curso TNCC[®] (**F** - Avaliação de parâmetros vitais (*Full Vital Signs*), intervenções focalizadas e presença da família (*Family*), **G** - providenciar conforto (*Give comfort*), **H** - História e **I** - Inspeção das superfícies posteriores). Esta avaliação pormenorizada e sistematizada permite identificar todas as lesões presentes e atualizar a história clínica do pessoa (ENA 2007 e Nunes *et al.*, 2009).

A avaliação primária e secundária devem ocorrer ordeiramente e de acordo com tempos rigorosos facilitando assim resultados finais ótimos (ACSCT, 2008).

2.2 – A TEORIA DA TRANSIÇÃO COMO SUPORTE PARA O DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Os referenciais teóricos em enfermagem desempenham um papel fundamental na definição da enfermagem como ciência e como profissão autónoma. Assim, os cuidados prestados à pessoa são influenciados pelo referencial teórico que se escolhe (Pearson e Vaughan, 1992), sendo que a pessoa em situação crítica não constitui uma exceção. Meleis refere que as teorias de enfermagem servem de suporte para compreender situações complexas que se colocam diariamente na prática de enfermagem (Meleis *et al.* 2000).

Ao longo do seu percurso como investigadora e como teórica de Enfermagem, Afaf Ibrahim Meleis atribuiu uma importância crescente às mudanças que ocorrem no indivíduo ao longo do seu ciclo vital. Essas mudanças, denominadas de Transições, desencadeiam alterações no ser humano

(Shumacher e Meleis 1994). A autora definiu Transição como a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro. Refere-se tanto ao processo como ao resultado de complexas interações pessoa-ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está embutida no contexto e na situação (Meleis e Trangenstein 1994). Salieta também que a transição implica uma mudança no estado de saúde, nos papéis sociais, nas expectativas e nas capacidades, exigindo que a pessoa adquira novos conhecimentos e altere comportamentos, o que vai implicar uma mudança do seu ser no contexto social. O conceito de transição é coerente com a filosofia de saúde holística, que é o centro da prática de enfermagem (Meleis, 2010). Os enfermeiros, ao longo do seu percurso académico, profissional e pessoal adquirem conhecimentos sobre o ser humano, o seu desenvolvimento e interações pessoa-ambiente, pelo que a Teoria da Transição pode ser a chave para o desenvolvimento de novos conhecimentos na área de enfermagem, com benefícios na sua prática (Chick e Meleis 1986). Para complementar o conceito de Transição, a autora definiu alguns conceitos e propôs uma nova teoria de enfermagem, a Teoria de Médio Alcance das Transições.

De acordo com a autora, uma teoria de médio alcance tem uma abrangência mais limitada, é menos abstrata que as teorias de longo alcance e direcionam-se para um fenómeno ou conceito mais específico, refletindo uma prática clínica, educacional ou administrativa (Meleis 2007). Neste contexto, a autora desenvolveu a Teoria das Transições com o intuito de servir de suporte para compreender o fenómeno das transições e providenciar orientações específicas para a prática, e direcionar questões de pesquisa mais específicas e coerentes (Meleis *et al.* 2000).

Um dos conceitos centrais desta teoria, o conceito de enfermagem, é definido pela autora como a arte em facilitar processos de transição saudáveis dos seres humanos, englobando experiências anteriores, com o intuito em promover a saúde e bem-estar das populações. A este conceito, a autora acrescenta como missão da enfermagem promover uma transição saudável de forma a aumentar os ganhos de saúde, focando as suas intervenções na prevenção, promoção e intervenção no processo de transição (Meleis 2010). O conceito de cuidar é definido como um processo que facilita o sucesso das

transições e que não necessita de vínculo clínico para se determinar o início e o final do evento transicional (Meleis 2010). Cliente é definido pela teórica como o destinatário das intervenções de enfermagem (Meleis *et al.* 2000).

Para demonstrar o alcance do fenômeno que pode ser conceptualizado como transições, Meleis e as suas colaboradoras definiram diversos elementos que constituem o modelo das Transições, como se pode constatar na Figura 2:

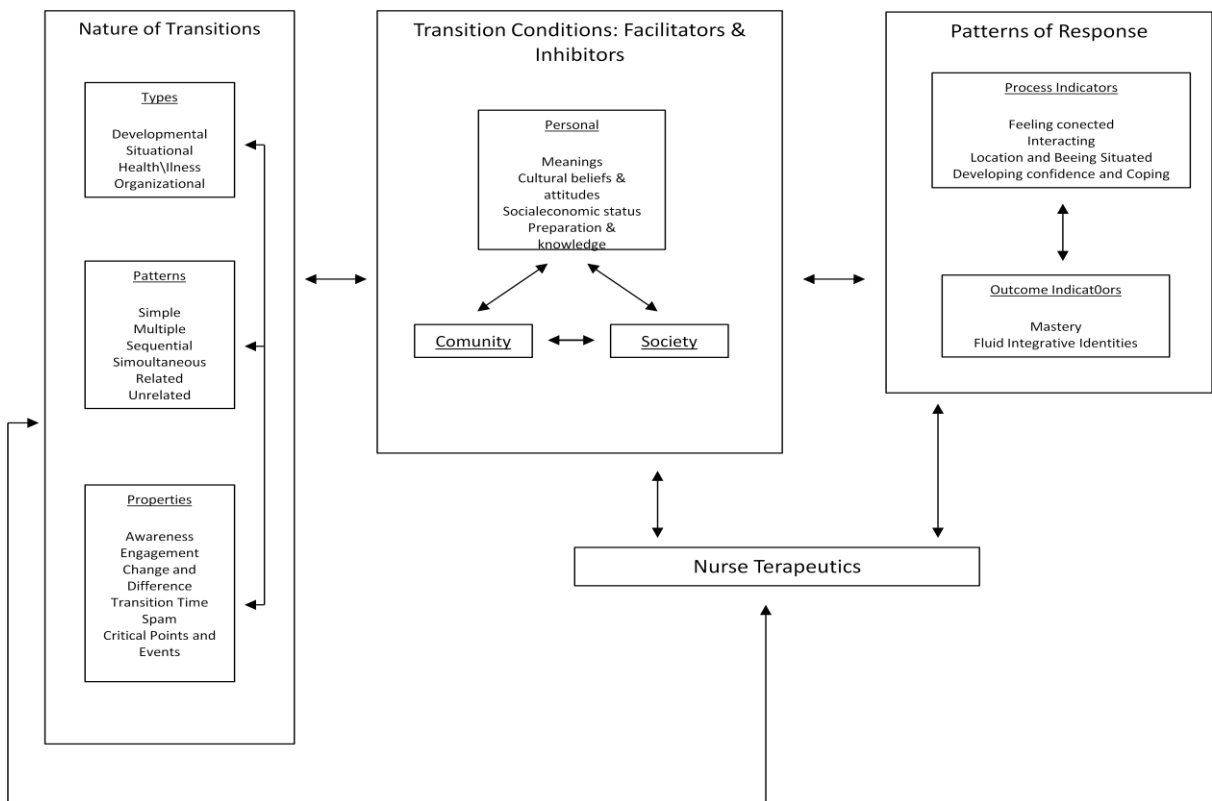


Figura- 2: Resumo da Teoria das Transições (Fonte: Meleis *et al.* 2000, p.17)

A pessoa vítima de trauma, bem como a sua família, iniciam um processo de mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que lhe exigem o desenvolvimento de novos conhecimentos e definições sobre si, alterando os seus comportamentos e hábitos de vida. Para me ajudar a compreender a problemática abordada, optei por usar a teoria proposta por Meleis.

A teórica descreveu alguns tipos de transições no trabalho dos enfermeiros com o cliente e os seus familiares (Schumacher e Meleis 1994; Meleis *et al.* 2000; Meleis *et al.* 2000, 13). Um cliente e a sua família podem estar a experienciar diversas transições em simultâneo, como por exemplo uma Transição de Saúde\Doença e uma Transição Situacional, definidas pela autora:

- Transição de Saúde-Doença ocorre em situações em que existe uma alteração súbita ou gradual de um estado saudável para um estado de doença aguda ou crónica e vice-versa.
- Transição Situacional inclui diversas situações que requerem uma reorganização de papéis e comportamentos por parte do cliente, como por exemplo o nascimento ou morte de um familiar. Em situação de morte, essa transição ganha uma outra dimensão para toda a sua família e conviventes significativos.

A dependência associada ao processo saúde-doença experienciada pela pessoa vítima de trauma e as respetivas consequências, como é o caso da hospitalização, constituem eventos de transição. As alterações que surgem desses acontecimentos, o nível de envolvimento da pessoa e o significado que este atribui ao que está a experienciar, são aspetos determinantes para a ocorrência duma transição saudável (Meleis *et al.* 2000).

A teórica definiu mais dois tipos de transições, as Transições Organizacionais que acontecem sempre que existem mudanças na estrutura e dinâmicas organizacionais (Schumacher e Meleis 1994), como por exemplo, no âmbito deste trabalho, as mudanças organizacionais que a DGS pretende instituir nos SU para a abordagem ao cliente politraumatizado com a implementação do protocolo VVT; e as Transições de Desenvolvimento que consistem em processos de maturação que ocorrem no decurso normal do ciclo vital do cliente, como por exemplo as mudanças que ocorrem desde a infância até à adolescência, a parentalidade ou as mudanças que ocorrem com o envelhecimento.

A importância do processo da transição para a atuação da enfermagem reflete-se no crescente número de estudos realizados por enfermeiros no âmbito das transições (Meleis, 2010). Os enfermeiros são, muitas vezes, os primeiros cuidadores dos clientes e das famílias que estão a experienciar uma transição. Estão atentos às mudanças e exigências impostas pela situação de transição e são também os agentes que preparam os clientes para as transições ajudando-os também a desenvolver competências para lidar com essa situação (Meleis *et al.* 2000).

Meleis (2007) defende que o cliente e a família estão naturalmente sujeitos a vivenciar processos transicionais de natureza distinta. Estes momentos revestem-se de grande *stress* pelo que se consideram momentos de crise natural (Alarcão, 2006). A mesma autora acrescenta que as transições situacionais assumem um caráter acidental que, por serem súbitas e inesperadas, têm consequências mais dramáticas e perturbadoras do equilíbrio familiar. As transições de saúde-doença compelem a família a deslocar-se de um estado de saúde e bem-estar para uma situação de doença. Apesar da natureza distinta dos processos de transição, estes não são mutuamente exclusivos, podendo coexistir a ponto de suscetibilizarem a família, perante a grande necessidade de adaptação (Meleis, 2007).

Nesta perspetiva, um episódio de doença aguda num cliente com necessidade de hospitalização prolongada, como é o caso da pessoa vítima de trauma grave, tem implicações em todo o sistema familiar, obrigando a uma redefinição de tarefas e redistribuição de papéis (Meleis e Tranggstein, 1994). Caso o indivíduo apresente um emprego com condições precárias, as faltas ao trabalho vão sequencialmente comprometer os seus rendimentos, vivenciando esta família um novo momento de crise. Todavia, o suporte familiar, quando presente, é assumido como um elemento facilitador no processo de transição saúde-doença que estão a experienciar, bem como noutros processos em que estão envolvidos (Mendes, Bastos e Paiva, 2010).

As Intervenções Terapêuticas de Enfermagem podem ser conceptualmente consideradas nas relações entre as transições, o que lhes antecede e as suas consequências. O foco de atenção do enfermeiro centra-se assim na pessoa,

que está em constante interação com o ambiente e que pode experimentar desequilíbrios, necessidades não satisfeitas ou incapacidade para cuidar de si (Zagonel, 1999). As intervenções do enfermeiro devem ser no sentido de facilitar essa adaptação a uma nova forma de estar e ser, fomentando o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas com as experiências de saúde e doença (Meleis *et al.*, 2000, Meleis, 2007). A autora defende que estes tipos de intervenções devem ser vistos como exemplos de intervenções terapêuticas de enfermagem utilizadas durante as transições e não apreendidas como as únicas possibilidades de intervenção para as experiências transicionais (Meleis 2010).

É importante o enfermeiro compreender que tipo de transição o cliente e a sua família estão a vivenciar, quais as propriedades e dimensões que esta engloba e tipo de resposta que o cliente tem perante elas, tornando-se assim essencial para o desenvolvimento de um plano conjunto de Intervenções Terapêuticas de Enfermagem adequadas a cada situação. Deve adotar novas perspectivas de reflexão para fazer face a este grande desafio e, para isso, deve estar atento às exigências da mudança, preparar os indivíduos para o processo de transição e ajudá-lo no desenvolvimento de competências para a enfrentar. Assim é fundamental fornecer informação à pessoa de modo a que seja capaz de tomar decisões assumindo a gestão do seu processo de doença.

3 - ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Por “Estágio” entende-se no léxico comum: *“período de trabalho por tempo determinado para formação e aprendizagem”*. (Priberam, 2013). Este período caracteriza-se por ser uma fonte de experiências que permite crescer e assegurar experiências significativas e exemplificativas da realidade, no sentido de se promoverem as competências necessárias ao desempenho autónomo e eficaz (Alarcão e Tavares 2003). Benner (2005) refere que no processo de aquisição e desenvolvimento de competências, a experiência não se refere apenas à passagem do tempo, mas também à vivência e reflexão sobre as situações reais. Desta forma, o desenvolvimento de competências pode ser realizado pela formação (Dias, 2004).

A minha experiência clínica na prestação de cuidados à PSC no âmbito da urgência e emergência num SUP tem a duração de cerca de sete anos. Como tal, realizei uma autoavaliação da experiência profissional atual tendo em conta os níveis de perícia propostos por Benner (2005). De acordo com a autora, o enfermeiro proficiente percebe as situações na sua globalidade e as suas ações são guiadas por princípios científicos (Benner, 2005). O enfermeiro com este nível de competência aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que podem vir ou não a suceder numa determinada situação. De acordo com a autora, encontramos enfermeiros proficientes que trabalham há cinco anos no mesmo serviço (Benner, 2005). Pelo exposto, ao nível da prestação de cuidados no âmbito da urgência, a minha autoavaliação versava no início do estágio no nível proficiente. No entanto, ao nível da prestação de cuidados no âmbito de UCI, a minha experiência incide no nível de Iniciado Avançado, porque vivenciei situações reais na SR que me permitiram adquirir alguma experiência e conhecer situações repetitivas. Todavia penso que ainda necessitava de experiência adicional que me permitisse enquadrar essas situações no contexto da prática clínica e de ajuda em relação ao estabelecimento de prioridades.

Para atingir os objetivos gerais delineados, optei por um percurso de aquisição de competências, que incluiu a realização de um estágio em diversos locais, nomeadamente uma UCI Polivalente, um Centro de Trauma norte-americano com protocolo de atendimento de pessoas vítimas de trauma grave instituído e um SUP. Neste capítulo analisa-se, de forma reflexiva, a experiência vivida nos vários campos de estágio, explanando as competências desenvolvidas, sem esquecer também a experiência anterior como enfermeiro.

A metodologia utilizada para o meu percurso de estágio foi a metodologia de projeto. Segundo Ruivo *et al.* (2010), a metodologia em questão constitui uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática constituindo-se um processo dinâmico que se pode adaptar ao longo da intervenção. Esta metodologia comporta diversas etapas, nomeadamente a identificação do problema e diagnóstico da situação, na qual se procede à recolha de informações de natureza objetiva e qualitativa; planificação de estratégias e programação de atividades, tendo em conta os objetivos definidos; execução das atividades e posterior avaliação do trabalho (Ruivo et al, 2010). Neste sentido, o projeto iniciou-se com uma revisão da literatura da problemática em questão seguido da elaboração de um diagnóstico de situação realizado durante o trabalho de campo desenvolvido no 2º semestre deste Curso de Mestrado, no âmbito da disciplina Ensino Clínico, nomeadamente com a visita aos serviços escolhidos e a realização de entrevistas informais aos Enfermeiros Chefe. Com base no conhecimento adquirido, definiram-se objetivos e programaram-se atividades a realizar, o que deu origem a um processo contínuo e interativo. A sua avaliação foi efetivada através da análise do percurso efetuado. Para a consecução deste percurso foi essencial garantir os aspetos éticos a ele associado. Desta forma, foi assegurada a aprovação do estágio nos diversos locais (UCI Polivalente, Centro de Trauma norte-americano e SUP) através de protocolos formativos entre a ESEL e as respetivas instituições. Para a visita ao Centro de Trauma norte-americano, foi necessário assinar um Acordo de Visitante, onde ficou claro que teria de respeitar o direito à confidencialidade da informação da pessoa vítima de trauma, em conformidade com o *HIPAA - Notice of Privacy Practices*.

3.1 - Cuidar da Pessoa em Situação Crítica numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

As UCI são locais qualificadas para assumir a responsabilidade integral pela PSC com disfunções multiorgânicas, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais (DGS, 2003). Da mesma forma, segundo Leach, Ward, & Sylvester (2009), a UCI fornece um nível de monitorização e tratamento às pessoas em condições graves potencialmente reversíveis.

As UCI podem ser classificadas em três níveis, de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respetiva unidade hospitalar (DGS, 2003). As unidades nível I e nível II correspondem a unidades de cuidados intermédios e são locais dotados de capacidade de monitorização e tratamento (humanos e instrumentais), que permitem cuidar de pessoas instáveis com disfunções de órgãos e em risco de falência de funções vitais. Nas unidades de nível I, a monitorização é não invasiva e pressupõe a capacidade de assegurar manobras de reanimação e a articulação com outras unidades de nível superior (DGS, 2003). As unidades de nível II têm capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, mas podem não proporcionar acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas, pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior (DGS, 2003). Por fim, as unidades de nível III correspondem às UCI e devem ter quadros próprios com uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, com uma formação aprofundada no campo dos cuidados críticos (Urden, Stacy, & Lough, 2008), em presença física nas 24 horas, pressupondo a possibilidade de acesso a meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, assim como dispõe de medidas de controlo da qualidade, programas de ensino e treino em cuidados intensivos (DGS, 2003).

A UCI de nível III escolhida para a realização do estágio, além de possuir as características anunciadas pela DGS (2003), tem a particularidade de receber pessoas com necessidades do foro Médico e do foro Cirúrgico, nomeadamente as do foro traumatológico. Segundo o ACSCT (2008), é neste ambiente que recai o terceiro pico de mortalidade. Como tal, planeei prestar cuidados à PSC,

nomeadamente à pessoa vítima de trauma. No decurso do estágio, as situações clínicas mais comuns com que me deparei ao longo do estágio foram Choque Séptico com Falência Multiorgânica e Insuficiência Respiratória Global. Ao contrário do planeado, tive pouca casuística de pessoas vítimas de trauma grave internadas, o que não me impediu de desenvolver competências comuns de Enfermeiro Especialista ou competências específicas de Enfermeiro Especializado em PSC.

Esta unidade está dotada de seis salas de cuidados intensivos com duas camas por sala (num total de 12 vagas de nível III), uma sala de isolamento com antecâmara e pressão negativa, duas salas de intermédios com duas camas por sala e uma sala de intermédios com quatro camas (com um total de 8 vagas nível II). Possui ainda uma Sala de Hemodiálise com duas vagas para a realização de técnicas dialíticas descontínuas a pessoas externas à unidade, uma sala equipada com instrumentos específicos para a realização de broncofibroscopias e colocação de estimuladores externos, nomeadamente pacemakers para pessoas internadas na unidade, no SU ou pessoas internadas noutros serviços do hospital e uma sala destinada para acolher os familiares da pessoa internada na unidade, que também é utilizada para as reuniões e formações dos profissionais do serviço.

A ocupação das camas da UCI é determinada pelo circuito da PSC que chega ao SU e que carece de tratamento intensivo e diferenciado, através do Bloco Operatório ou ainda, através de transferência intra ou inter-hospitalar, por necessidade de valências que a unidade pode oferecer. Cada vaga da unidade é composta pelo equipamento essencial para a monitorização invasiva e não invasiva de parâmetros vitais e suporte ventilatório invasivo e não invasivo. Nesta UCI também é possível facultar à pessoa internada tratamento com técnicas dialíticas contínuas, nomeadamente Hemodiafiltração Venovenosa Contínua (HDFVVC). Esta técnica aparentemente complexa é, na verdade, mais simples e com menos complicações que a hemodiálise e é um método de escolha para PSC e hemodinamicamente instáveis (Marcelino, *et al.*, 2006).

O rácio enfermeiro/doente internado da unidade por turno é de 1:2 em cuidados intensivos e de 1:4 em cuidados intermédios, o que está em conformidade com

os números preconizados pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, 2006). A carga de trabalho de enfermagem, definida por Severino *et al.* (2010) como o conjunto de exigências físicas e psíquicas necessárias para a execução de uma tarefa, é calculada com base nos índices *Therapeutic Intervention Scoring System – 28* (TISS-28) e no *Nursing Activities System* (NAS), ambos adaptados para sistema informático. O cálculo é efetuado diariamente no início do turno da noite, com base nos cuidados e procedimentos efetuados nas últimas 24 horas.

Para este estágio defini como Objetivo Geral desenvolver competências do Enfermeiro Especializado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, em particular na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma grave. Para o alcançar delineei dois objetivos específicos:

1. Conhecer a dinâmica do Serviço nomeadamente nas suas vertentes estruturais, funcionais e organizacionais,
2. Cuidar da pessoa vítima de trauma a vivenciar processos complexos de doença, nomeadamente a que implica risco de falência orgânica.

Para dar resposta ao primeiro objetivo específico realizei as seguintes atividades:

- Reunião informal com a Enfermeira-Chefe e com a enfermeira orientadora do serviço, com vista a compreender a sua organização e funcionamento, recursos humanos e materiais, projetos e atividades em que estavam envolvidos,
- Visita guiada ao serviço para conhecimento da sua estrutura física, equipamento e materiais disponíveis,
- Identificação do circuito da PSC desde a admissão na unidade até à sua transferência / alta,
- Consulta de protocolos, normas, manuais e folhas de registo existentes no serviço.

As atividades realizadas permitiram-me ficar a conhecer a estrutura física, o funcionamento e dinâmica da UCI, o percurso da PSC desde o contacto inicial

do SU ou de outros serviços ou de outras UCI até à sua transferência para outros serviços e tive a oportunidade de consultar os diversos protocolos disponíveis no serviço, apesar de quase todos se encontrarem em fase de revisão, devido ao processo de certificação que o hospital está a atravessar. Tive inclusive possibilidade de participar numa formação sobre a implementação de um Protocolo de Insulinoterapia Contínua. Esta formação trouxe contributos para o desenvolvimento de competências específicas de Enfermeiro Especializado em PSC relacionadas com a gestão de protocolos terapêuticos complexos (OE, 2011c).

Para atingir o segundo objetivo específico realizei as seguintes atividades:

- Prestação de cuidados especializados à PSC e antecipação de possíveis complicações que impliquem risco de falência respiratória, hemodinâmica e \ ou neurológica;
- Execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à PSC (ventilação invasiva e monitorização invasiva);
- Avaliação da dor e do bem-estar da PSC, otimizando as respostas a medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor;
- Estabelecimento de uma relação terapêutica perante a PSC e sua família;
- Prevenção e controlo da infeção;
- Comunicação eficaz com a PSC e sua família face ao seu estado de saúde.

Estas atividades permitiram-me desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especializado em Enfermagem em PSC (OE 2011b e OE 2011c), que passarei a explicitar.

Durante o desenrolar do estágio, tive a oportunidade de prestar de cuidados especializados à PSC, com necessidade de cuidados técnicos de alta complexidade. Estas pessoas tiveram necessidade de suporte ventilatório invasivo (Ventilação Mecânica - VM), de monitorização invasiva e não invasiva de parâmetros vitais, e, em alguns casos, de técnicas dialíticas contínuas.

A VM pode ser definida como “o procedimento de respiração artificial que envolve um aparelho mecânico para ajudar a substituir a função respiratória, podendo desde logo melhorar a oxigenação e influenciar a mecânica pulmonar” (Marcelino, 2008, p. 64). Este procedimento é feito através de pressão positiva nas vias aéreas, o que contraria a fisiologia normal do sistema respiratório, que recorre à pressão negativa das vias aéreas para a entrada de ar nos pulmões (Marcelino 2008). Burns (2010) refere que este tipo de ventilação é um dos procedimentos mais usados na prestação de cuidados à PSC e que os conhecimentos que os enfermeiros possuem acerca da ventilação mecânica são essenciais para garantir uma passagem segura destas pessoas desde a fase inicial em que iniciam a ventilação até ao desmame ventilatório. Dada a escassa experiência profissional prévia na prestação de cuidados de enfermagem a pessoas ventilados, este estágio foi rico em oportunidades para prestar cuidados a pessoas com este tipo de necessidades. Também tive oportunidade realizar intervenções relacionadas com a aspiração de secreções brônquicas com técnica asséptica e higiene oral com solução antisséptica à pessoas ventilada, uma vez que quer a aspiração de secreções brônquicas, quer uma higiene oral adequada diminuem a incidência de pneumonia associada à ventilação (Urden, Stacy, & Lough, 2008).

No que respeita à monitorização hemodinâmica, esta pode ser definida como o estudo dos movimentos e pressões da circulação sanguínea, através da observação metódica de parâmetros clínicos e laboratoriais, que permitirão a vigilância contínua do sistema cardiovascular de forma invasiva e não invasiva (Silva & Lage, 2010). Tendo em conta a minha escassa experiência neste campo, prestar cuidados à PSC com necessidade de monitorização invasiva, nomeadamente monitorização com Linha Arterial ou com Cateter da Artéria Pulmonar constituiu um desafio, exigindo da minha parte alguma pesquisa bibliográfica com vista à atualização de conhecimentos e procedimentos relacionados com a leitura e interpretação dos valores. De acordo com Jarman (2007) a Linha Arterial fornece valores contínuos e fidedignos da pressão arterial de pacientes críticos que necessitam de avaliações frequentes. Reportando-me à minha prática, no contexto de SU, é comum uma PSC necessitar de uma monitorização contínua não invasiva, nomeadamente,

monitorização cardíaca, Pressão Arterial, Pressão Venosa Central e registo de diurese.

Para além destes cuidados, também era necessário avaliar a dor, gerir medidas terapêuticas e prevenir e controlar a infeção. A dor é definida como “*uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão dos tecidos, real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão*” (OE, 2008, p. 25), sendo que a avaliação periódica da dor é uma parte essencial dos cuidados de enfermagem numa UCI (Urden, Stacy, & Lough, 2008).

A PSC pode experienciar dor devido a inúmeros fatores, como por exemplo a presença de lesões, a introdução de cateteres, tubo orotraqueal, posicionamento, entre outros, mas dificilmente consegue verbalizar essa mesma dor, pelo que são os enfermeiros que devem avaliar a dor da pessoa. Existem diversos instrumentos de avaliação da dor, sejam eles escalas unidimensionais (Escala Numérica da Dor), escalas pluridimensionais (Escala Doloplus) ou escalas comportamentais (*Behavioral Pain Scale*) (OE 2008).

Na UCI onde se realizou o estágio, tive oportunidade de utilizar uma escala que não conhecia previamente, a *Behavioral Pain Scale* (BPS) que avalia a resposta comportamental da dor da pessoa que não pode comunicar. Esta escala baseia-se em indicadores comportamentais para detetar e medir a dor na PSC com um bom grau de fiabilidade e validade. Consiste na pontuação de três critérios, nomeadamente a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adequação da pessoa à ventilação mecânica (Silva & Lage, 2010), pelo que o tratamento da dor é multidisciplinar e pode ser farmacológico e não farmacológico, com predomínio do tratamento farmacológico (Urden, Stacy, & Lough, 2008). Na UCI onde realizei o estágio, a avaliação da dor era efetuada e registada pelo menos uma vez por turno e todas as pessoas internadas tinham instituído tratamento farmacológico. Durante o estágio, tive a oportunidade de instituir com a enfermeira orientadora medidas não farmacológicas como o posicionamento, a massagem terapêutica e a crioterapia, com vista à promoção do conforto da pessoa, que complementaram as medidas farmacológica. De acordo com Meleis, o desconforto físico pode interferir negativamente numa experiência transicional, pelo que o cuidado

transicional com vista à promoção do conforto físico é essencial (Schumacher e Meleis, 1994 e Meleis *et al.* 2000)

No âmbito da UCI, para além da monitorização e vigilância, a administração de terapêutica constitui um objetivo primordial no tratamento à PSC (Silva & Lage, 2010). Mas, a administração de terapêutica não deve ser considerada como um ato isolado, uma vez que faz parte de um plano terapêutico multidisciplinar, onde o enfermeiro, na sua área de intervenção, deve efetuar a avaliação da pessoa e da situação patológica, colhendo os dados que considere pertinentes para que a sua intervenção seja individualizada e sem erros (OE, 2010). No estágio da UCI foi importante aprofundar conhecimento sobre a terapêutica utilizada, nomeadamente, anestésicos (Midazolam) e Aminas Simpaticomiméticas, nomeadamente a Noradrenalina, permitindo-me desenvolver competências na gestão de protocolos terapêuticos complexos (OE, 2011c).

De acordo com a WHO (2005b), uma em cada quatro pessoas internadas numa UCI tem um risco acrescido de adquirir uma infeção associada aos cuidados de saúde. A DGS (2007) recomenda a implementação de medidas de prevenção e controlo de Infeções Associadas a Cuidados de Saúde. Assim, os enfermeiros devem conhecer e compreender os métodos de controlo das infeções, nomeadamente a lavagem das mãos, o uso de máscara, luvas e bata quando indicado e utilizar material descartável e equipamento esterilizado. Nesta perspetiva, segundo a OE (2011c), o enfermeiro especializado tem de desenvolver competências na prevenção e controlo da infeção perante uma PSC. A Prevenção e Controlo da Infeção Hospitalar são muito importantes na prestação de cuidados à pessoa internada nesta unidade. Todos os cuidados que prestei foram realizados com medidas de proteção individual, que incluíram luvas e avental. Existem em cada sala um lavatório e três frascos de desinfetante para as mãos e existem também frascos extra espalhados ao longo do corredor da UCI. Existe uma preocupação bem patente em todos os profissionais de saúde em realizar os 5 momentos da desinfeção das mãos preconizados pela Comissão de Prevenção e Controle de Infeção Hospitalar. Além disso, todas as visitas às pessoas internadas são ensinadas a realizar a desinfeção das mãos antes e depois da visita. Esta experiência fez-me refletir

acerca da prática no meu local de trabalho e comecei a adotar algumas destas medidas, nomeadamente a utilização de medidas de proteção na receção de pessoas na Sala de Observação (SO) do meu serviço e nos posicionamentos realizados durante cada turno. Comecei também a incutir estes cuidados aos Assistentes Operacionais do meu serviço que colaboram comigo na prestação de cuidados.

A comunicação entre os profissionais de saúde e a pessoa em contexto de cuidados intensivos é cada vez mais, uma componente a valorizar, pela sua importância no estabelecimento da relação entre o profissional de saúde e a pessoa e família em situação crítica. Phaneuf (2005) aborda de forma sistematizada a comunicação e o estabelecimento da relação de ajuda Enfermeiro-Pessoa.

Quando a PSC é admitida na UCI, são efetuadas diversas intervenções invasivas, como sejam a entubação endotraqueal, a colocação de cateter central ou linha arterial. Vê-se então impossibilitada de falar e, por vezes, de se mexer, encontrando-se num local estranho onde os sons dos alarmes se ouvem vinte e quatro horas por dia, rodeada de estranhos e sem saber o que lhe está e vai acontecer. Uma das suas maiores preocupações é a de não poder falar, quando está entubada endotraquealmente, pois a impossibilidade de comunicar através de linguagem verbal, coloca-o numa posição de desvantagem não só por não conseguir fazer perguntas, como também por não conseguir partilhar preocupações e receios (Hafsteindóttir, 1996).

A comunicação é também inibida pelo ambiente, como as luzes intensas, os ruídos, os sinais de agitação, que perturbam e intimidam a pessoa e família, causando-lhes um grau de ansiedade elevado (Hudak e Gallo, 1997). Em conformidade com a equipa de Enfermagem, pude durante o estágio reduzir sempre que possível a utilização de luzes intensas, sobretudo no período noturno, utilizando para isso o modo noturno que reduz a luminosidade dos ecrãs dos ventiladores desta unidade e reduzindo as luzes do teto.

Notei que a equipa de enfermagem está desperta para o uso da linguagem não-verbal por parte da pessoa internada, utilizando como alternativa várias

estratégias para estabelecer uma relação de ajuda, nomeadamente o uso do “quadro mágico” ou a aplicação de um brinquedo de criança. Rosário (2009) refere que a multiplicidade de canais de comunicação verbais e não-verbais associam-se para obter uma comunicação eficaz, dando sentido às mensagens que são transmitidas através da palavra, do discurso e às mensagens não-verbais, transmitidas pelos gestos, mímicas e posturas. Durante este estágio, tive oportunidade de utilizar algumas destas estratégias, nomeadamente a comunicação por gestos ou fornecer à pessoa um bloco e caneta, com o intuito de estabelecer e desenvolver a relação de ajuda entre o enfermeiro-pessoa e promover o Bem-estar Físico e Emocional, definido por Meleis como uma das condições pessoais facilitadoras de uma transição saudável (Schumacher e Meleis, 1994 e Meleis *et al.*, 2000).

Quando se cuida da PSC não se pode esquecer a sua família. De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, família é uma *“unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes”* (ICN, 2011, p. 115). Nesta perspetiva, os enfermeiros são frequentemente o primeiro ponto de contacto para os familiares, tanto nas UCI, como nos SU e de internamento em geral, pelo que é vital para eles reconhecerem e responderem às necessidades dos familiares (Ridley, 2004). Os enfermeiros podem ainda minimizar o stress associado à hospitalização de familiares neste tipo de unidades, por antecipação e resposta às necessidades da família na obtenção de informações (Jamerson, *et al.*, 1996). Meleis refere que a presença da família ou de pessoas significativas pode contribuir para um bem-estar emocional da pessoa internada (Meleis *et al.* 2000). Os profissionais de enfermagem, para comunicarem eficazmente com as pessoas e suas famílias, necessitam para além do conhecimento das técnicas de comunicação, de desenvolver competências no domínio da relação de ajuda. Um aspeto importante desta relação centra-se na abordagem da família, cujos elementos estão a experienciar uma Transição Situacional pela reorganização de papéis e comportamentos que vivenciam ao longo do processo transicional. Ao apresentar-me como enfermeiro responsável pela prestação de cuidados à

pessoa internada e disponibilizando-me para esclarecimento de dúvidas, tornava-me o elo de ligação entre a instituição, a pessoa e a família, fomentando um indicador de resposta da transição, definido por Meleis, a Interação. De acordo com a autora, ao mediar as interações entre o cliente e a família, o enfermeiro ajuda-os a descobrir, clarificar e apreender o significado do processo transicional, bem como as respostas que este gerou (Schumacher e Meleis, 1994 e Meleis *et al.* 2000). Esta atitude encontrava-se em consonância com a filosofia da prestação de cuidados da equipa de enfermagem deste contexto.

Na UCI onde se realizou o estágio, existem dois períodos de visita diários distintos: um de manhã e outro à tarde e os enfermeiros desta unidade têm o cuidado de informar o pessoa e a família do seu estado de saúde. Nas situações vivenciadas, a equipa de enfermagem foi consistente nas suas avaliações e honesta quanto às incertezas da evolução clínica das pessoas internadas, lidando com os familiares demonstrando empatia com o objetivo de evitar conflitos e diminuir a ansiedade. Procurei ao longo do estágio demonstrar um comportamento semelhante para com os familiares, tentando esclarece-los, sempre que possível, da evolução do estado da pessoa sob o ponto de vista da enfermagem, remetendo para a equipa médica o esclarecimento de dúvidas acerca da evolução clínica. Pude assim desenvolver competências que me permitiram estabelecer uma relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica (OE, 2011c). Com esta atitude, os familiares mostraram confiança e seguiram as recomendações dadas por mim e pelos restantes enfermeiros da unidade.

A comunicação estabelecida ao longo do internamento na UCI predispõe a família para uma melhor aceitação das notícias acerca da evolução, tanto positiva como negativa, da pessoa. A confiança demonstrada pelos familiares surgia diariamente pelas questões realizadas e pelo seguimento das instruções dadas pelos enfermeiros o que motivava os enfermeiros para a prestação de cuidados diária às pessoas internadas e seus familiares. Tomando como exemplo os comportamentos demonstrados pela equipa de Enfermagem desta UCI, penso ser importante adotar um comportamento semelhante a adaptar à

minha prática diária no serviço de urgência de forma a diminuir o stress que a PSC e os seus familiares vivem perante uma doença aguda no SU.

Durante o estágio, surgiu a oportunidade de elaborar um Jornal de Aprendizagem (Apêndice B) utilizando como instrumento do processo de reflexão o Ciclo Reflexivo de Gibbs. Este instrumento faz-nos questionar as ações que realizamos e permite-nos descrever, avaliar, analisar e planear a ação/intervenção para futuras situações (Jasper 2003). A situação abordada relacionou-se com a presença de familiares menores na UCI e o incómodo que provocou nalguns elementos da equipa multidisciplinar. Para Knutsson (2007), a presença de menores nas UCI sempre foi controversa. Para a autora, as razões mais frequentes estão relacionadas com a gravidade da situação clínica do pessoa, o ambiente assustador e traumatizante para as crianças, muitas vezes associado a situações terminais e morte e riscos acrescidos de infeção para a criança e para o pessoa. Todavia, o Artigo nº 3 da Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro refere que as pessoas em situação de dependência *“têm o direito ao acompanhamento permanente de ascendente, de descendente, do cônjuge ou equiparado (...)”*. Este Jornal de Aprendizagem trouxe contributos para o desenvolvimento de competências relacionadas com a assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica e com a gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, ambas em consonância com o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2011c).

Sendo a gestão de cuidados uma área importante para os enfermeiros, torna-se necessário que um enfermeiro especializado adquirira algumas competências na área da gestão, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação entre os elementos da equipa multidisciplinar, fomentando o trabalho em equipa e garantindo a qualidade dos cuidados. De forma a contribuir para alcançar estas competências acompanhou-se de perto o chefe de equipa de enfermagem da UCI. Este enfermeiro não assume a responsabilidade de prestação de cuidados a nenhuma pessoa internada, mas tem conhecimento do que se passa em toda a unidade, pois qualquer dúvida, problema ou conflito existente, os enfermeiros, os médicos ou os assistentes

operacionais contactam-no para o resolver ou para indicar o melhor caminho para a sua resolução. Além disso, o enfermeiro chefe de equipa de enfermagem deve ser assertivo, confiante e justo nas decisões que toma, para que a sua gestão evite conflitos e promova uma coesão na equipa de trabalho, fazendo com que se motive os profissionais e melhore a qualidade dos cuidados a prestar. Nesta perspetiva, o desenvolvimento de competências na gestão de cuidados poderá contribuir para a valorização profissional futura. Pelo descrito, este estágio contribuiu para alcançar competências comuns e específicas ao nível da gestão de cuidados (OE, 2011b; OE, 2011c).

Durante o estágio, como estratégia para promoção de troca de experiências surgiu a oportunidade de realizar uma Ação de Formação com o tema “Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma Grave na Sala de Reanimação do Serviço de Urgência: uma troca de experiências”. Esta sessão permitiu apresentar uma visão sumária da abordagem à pessoa vítima de trauma grave no SU. A sessão foi muito participativa, com diversas trocas de opiniões e experiências, onde se confrontaram a visão da urgência com a visão da UCI das pessoas vítimas de trauma grave. O planeamento e operacionalização desta sessão formativa permitiram-me mobilizar competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente ser um elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho na área da especialidade e suportar a prática clínica na investigação (OE, 2011b) e no conhecimento dentro da área do Trauma. Os diapositivos encontram-se disponíveis no Apêndice C.

Após a análise dos dois objetivos propostos para o estágio de UCI, considero que atingi o primeiro objetivo específico mas, por fatores externos relacionados com a falta de casuística de pessoas vítimas de trauma durante o período de estágio, não pude atingir o segundo objetivo específico. Todavia, de acordo com o descrito anteriormente, considero que este estágio foi rico em situações que me permitiram o desenvolvimento de competências especializadas, tanto comuns ao Enfermeiro Especialista, nomeadamente ao nível da gestão de cuidados, da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria da qualidade e das aprendizagens profissionais; como específicas na prestação de cuidados à PSC, nomeadamente cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e maximizar a intervenção na prevenção e

controle de infecção perante a pessoa em situação crítica, tal como preconizado pela OE (2011b, 2011c), dando assim resposta ao objetivo geral definido para o estágio. Assim, o cumprimento do objetivo geral e de um objetivo específico previamente delineados para este estágio e o alcance das várias unidades de competência dos regulamentos de competências previstas pela OE (2011b, 2011c) foram objeto de avaliação.

3.2 - Centro de Trauma Norte-Americano: uma outra realidade do Trauma

O *Loyola University Medical Center* (LUMC) insere-se na *Loyola University of Chicago*, uma universidade privada de cariz religioso, fundada em 1870 como Colégio Santo Inácio e é uma das maiores instituições jesuítas educativas dos Estados Unidos da América. Esta universidade tem diversos polos espalhados pela cidade de Chicago e fora do estado de Illinois. Tive a oportunidade de visitar o *Health Sciences Campus*, sede do Departamento de Ciências de Saúde nos subúrbios de Chicago, que inclui o *Loyola University Medical Center*, a *Marcella Niehoff Nursing School*, a *Stritch School of Medicine*, programas de pesquisa biomédica da Escola de Pós-Graduação e vários outros institutos e centros que incentivam novas pesquisas e oportunidades de educação interprofissional.

O *American College of Surgeons* (ACS) define 4 níveis de trauma, sendo o de nível IV o menos diferenciado e o de nível I o mais diferenciado (ACS, 2006). O Estado de Illinois só tem hospitais de nível II e de nível I, sendo que o LUMC é um centro de trauma de nível I. De acordo com a Enfermeira que me acompanhou e orientou neste estágio, ainda não existe um programa nacional de avaliação do Trauma, existindo apenas programas estatais. O programa em vigor no Estado de Illinois encontra-se disponível *online* e compõe-se de 158 pontos, que incluem diversas temáticas que abordam epidemiologia, prevenção, desenvolvimento e implementação de novos sistemas de gestão do trauma, sistemas informáticos, *guidelines* para tratamento, controle da qualidade do Trauma, ou Reabilitação. A Área Metropolitana de Chicago está dividida em 12 regiões e o LUMC é o hospital de referência da região nº 8. O

Emergency Department (ED) deste hospital avalia diariamente cerca de 150 pessoas por dia.

Para esta visita, delineei como Objetivo Geral conhecer novas realidades com protocolos implementados de abordagem à Pessoa Vítima de Trauma Grave. Para me ajudar a atingir este objetivo propus os seguintes objetivos específicos:

- Compreender o sistema de referência das pessoas vítimas de trauma em Chicago,
- Observar os cuidados especializados prestados pelos *Acute Care Nurse Practicioners* na Sala de Trauma,
- Conhecer o registo de trauma implementado,

Para atingir os objetivos propostos realizei diversas atividades ao longo dos diversos dias de estágio, nomeadamente:

- Visitas às Escolas de Enfermagem e de Medicina,
- Observação do Serviço de Urgência,
- Acompanhamento do processo de registo do trauma,
- Reunião com o responsável do *Emergency Medical System* (EMS) e visita a um helicóptero do EMS (LIFESTAR),
- Presença em Reuniões de Programa de Qualidade em Trauma (intra, inter-hospitalares e reuniões estatais),
- Auditoria estatal a SU em situações de exceção (Planos de Catástrofe e o Programa “*Ped`s Friendly*”).

Como referido anteriormente, durante o planeamento da visita a este Centro de Trauma, assinei um Acordo de Visitante, onde ficou claro que teria de respeitar o direito à confidencialidade da informação do cliente e que não poderia prestar cuidados diretos às pessoas admitidas no ED ou no *Trauma Room*. Vejamos de seguida como cada uma das atividades acima descritas permitiram atingir os objetivos que me propus a atingir.

Com a visita às instalações da escola *Marcella Niehoff School of Nursing*, fiquei verdadeiramente impressionado com as condições físicas, nomeadamente com o equipamento tecnológico dos laboratórios, onde se realizam aulas práticas em que os alunos resolviam casos práticos baseados em simulações de situações clínicas. Durante a visita, a enfermeira reitora falou acerca dos diversos programas educacionais da instituição, nomeadamente a Licenciatura em Enfermagem, Programas de Especialização em Enfermagem, Pós-Graduações em *Acute Care Nurse Practitioners* e o programa *Trauma Advance Nursing*, uma formação avançada em trauma. Com esta visita, pude constatar o paralelismo americano dos Enfermeiros Especialistas: os *Advanced Practice Nurses (APN)*, definidos pela *American Nurse Association* como tendo conhecimento clínico especializado e competências adquiridas através de mestrados ou doutoramentos, que os prepara para uma especialização numa determinada área e o avanço da prática (ANA, 2004).

A visita prosseguiu para o ED do LUMC e, pelo que pude observar, cada pessoa vítima de trauma é admitida na Sala de Trauma por uma equipa multidisciplinar de trauma (constituída por elementos da Cirurgia Geral e *Trauma Nurse Specialists - TNS*, enfermeiros especialistas em Trauma), que realiza uma avaliação primária sistematizada (mnemónica ABCDE proposta pelo ACSCT, 2008), avaliação secundária que incluiu avaliação imagiológica (habitualmente Rx Tórax na Sala de Trauma e os restantes exames no Serviço de Imagiologia, que ficava ao lado do ED), avaliação analítica e instituição de medidas para estabilizar a pessoa. Esta equipa é ativada sempre que existe um alerta via rádio do EMS, o Pré-Hospitalar Americano. Todos os ED têm uma Sala de Comunicações, com um enfermeiro operador de rádio, que faz a gestão dos meios do pré-hospitalar e alerta a equipa do ED para a chegada de uma possível PSC. Uma alternativa ao CODU português, que me pareceu bastante funcional, pois um elemento da urgência, com conhecimento das características físicas e das vagas disponíveis faz a gestão dos pessoas críticos da área geográfica à qual pertence.

Numa situação em particular, fomos chamados para avaliar uma pessoa trazida em plano duro com colar cervical, vítima de acidente de viação, do qual tinha

resultado traumatismo crânio-encefálico sem perda de conhecimento e traumatismo facial. Fiquei impressionado, pois em 30 minutos, esta pessoa tinha uma Avaliação Primária, Avaliação Secundária com Rx Tórax e TAC CE realizados e, após exclusão de lesões da coluna, foi retirado do plano e retirou-se o colar cervical. Fiquei impressionado com a eficácia e eficiência da avaliação clínica. Speck *et al.* (2012) mencionam que numa Sala de Trauma, o trabalho em equipa é essencial e que a avaliação inicial e ressuscitação das vítimas de trauma são realizadas com sucesso sempre que existe uma equipa organizada de trauma. Enquanto os elementos da equipa médica efetuavam a avaliação primária e secundária, a TNS ficou aos pés da pessoa a efetuar registos num registo de trauma criado por uma equipa multidisciplinar que coordena e avalia os cuidados prestados à pessoa vítima de Trauma. Este registo é aplicado a todas as pessoas vítimas de trauma, sendo posteriormente avaliados pelo Grupo de Coordenação do Trauma do LUMC.

Para compreender o funcionamento do EMS, tive uma reunião com o seu coordenador médico. De acordo com as informações disponibilizadas, o EMS do estado de Illinois é assegurado na sua maioria por Paramédicos, apesar de existirem alguns enfermeiros que colaboram de forma voluntária. Também existe um registo específico dos cuidados prestados no pré-hospitalar, que é posteriormente auditado pela equipa de coordenação do EMS, esta sim, constituída por enfermeiros. Tive também a oportunidade de visitar uma empresa de helicópteros (LIFESTAR) que efetua evacuações primárias do EMS ou transporte de PSC entre unidades hospitalares. A tripulação desta equipa é constituída por um enfermeiro de voo com experiência em cuidados intensivos e um piloto. Segundo os próprios, a maioria dos voos efetuados destinam-se a transportes inter-hospitalares de PSC.

Tive a oportunidade de realizar visitas a pessoas vítimas de trauma internadas em diversos serviços da unidade hospitalar com os elementos da Equipa de Trauma, visitas essas apelidadas de “*Trauma Surveys*”. De acordo com Mower-Wade e Pirrung (2010), o objetivo deste tipo de visitas é promover a discussão Entre a equipa multidisciplinar e a pessoa internada acerca do plano de cuidados instituído bem como do plano de alta. A equipa aborda a evolução

clínica do paciente e os eventuais problemas que possam adiar uma alta rápida e segura. As visitas começavam no serviço de Imagiologia, onde eram vistos os exames realizados às pessoas vítimas de trauma nas últimas 24h e depois dirigíamo-nos aos diversos serviços do LUMC (UCI e Enfermarias). Foi inevitável a comparação do que observei com a realidade portuguesa. Ao contrário da nossa realidade, a família tem a possibilidade de estar permanentemente junto da pessoa internada e ambos são envolvidos na tomada de qualquer decisão terapêutica. Durante as visitas, houve datas de cirurgia combinadas de acordo com a disponibilidade da pessoa e da família. Fazendo aqui a ponte com Meleis, ter a oportunidade de planejar a data de um evento crítico pode facilitar o processo transicional do cliente e da família, sendo assim uma condição facilitadora da Transição (Schumacher e Meleis, 1994). Além disso, permitir a presença da família em ambiente hospitalar contribui para o bem-estar, um indicador de resultado de uma transição saudável (Meleis *et al.* 2000).

Como referi anteriormente, o registo de trauma utilizado é auditado pelo Grupo de Coordenação do Trauma do LUMC. A Enfermeira que me orientou a minha visita a este centro de trauma é a Coordenadora de Enfermagem deste grupo. Como tal, as suas funções são as seguintes:

- Fornece e providencia meios para alcançar o cuidado ideal da pessoa vítima de trauma grave,
- Garante a qualidade do programa de trauma,
- Coordena os enfermeiros que pertencem ao grupo de trauma,
- Lidera o funcionamento do programa de trauma,
- Colabora no registo do trauma para fornecer informações relacionadas com grande trauma,
- Coordena os coordenadores da região VIII, os diretores médicos e comissões regionais e estatais de Trauma,
- É o elemento de ligação entre o Departamento de Saúde Pública de Illinois e o LUMC relativamente às questões de trauma e auxilia o estado em iniciativas relacionadas com o trauma.

Ao longo do estágio, tive a possibilidade de participar em inúmeras atividades do Grupo de Coordenação do Trauma, nomeadamente em reuniões intra-hospitalares deste grupo, onde se discutiram problemáticas relacionadas com a qualidade da abordagem às pessoas vítimas de trauma realizadas no mês anterior, propondo soluções para os problemas que surgiram e sugestões de melhoria. Também se discutiram os motivos que levaram ao abandono de algumas pessoas vítimas de trauma do SU. Tive também a oportunidade de assistir a encontros regionais e estatais deste grupo, onde se discutiram atas de encontros anteriores, orçamentos, alterações a efetuar ao programa de avaliação da qualidade do trauma em vigor. Estas atividades contribuíram para o desenvolvimento de competências gerais do Enfermeiro Especialista na área da Gestão, nomeadamente ao nível da gestão dos cuidados de enfermagem, otimização da resposta da equipa e articulação com a equipa multidisciplinar (OE, 2011b).

Tive ainda a oportunidade de acompanhar uma equipa de auditores estatais numa visita a 2 hospitais (“*Our Lady of Resurrection Medical Center*” e “*Presence Resurrection Center*”), onde foram avaliadas situações de exceção (Planos de Catástrofe e o Programa “*Ped’s Friendly*”, um programa que incentiva os SU a protocolos de atendimento pediátrico). Em cada um, visitámos o ED, o Serviço de Pediatria e a UCI Pediátrica (se existente), consultaram-se *check-lists* de material pediátrico disponível e avaliaram-se os Planos de Catástrofe em vigor. Posteriormente consultaram-se alguns documentos necessários para a certificação e emitiram um parecer, com base numa análise S.W.O.T., onde foram referidos pontos fortes das instituições e aspetos a melhorar. Estas visitas trouxeram contributos para o desenvolvimento de competências gerais do Enfermeiro Especialista na área da gestão e colaboração em programas de melhoria da qualidade (OE, 2011b).

Tive ainda a possibilidade de participar em reuniões dotadas de um conceito inovador: as “*Schwartz Surveys*”, um espaço de partilha aberto a diversos grupos profissionais onde, com base em temas/histórias clínicas apresentadas, os participantes eram convidados a partilharem sentimentos e experiências similares, com o objetivo de prestar apoio emocional/religioso. Este conceito

surgiu no final da década de 90 com um advogado (Dr. Schwartz), vítima de uma Doença Oncológica e, que no decurso do tratamento, decidiu criar um grupo de reflexão e apoio entre pares onde eram discutidos e compartilhados sentimentos. Poder participar nestas reuniões permitiu-me refletir acerca das parcas condições emocionais do meu contexto profissional, onde lidamos diariamente com mais de 400 pessoas que vivenciam diversos processos transicionais, bem como as respetivas famílias e, muitas vezes, não temos qualquer suporte emocional onde nos apoiar. Sem dúvida que a existência de espaços que convidem à reflexão e à partilha, como é o caso das “*Schwartz Surveys*”, poderão vir a desempenhar um papel muito importante para manter a sanidade emocional das equipas que diariamente cuidam de pessoas. Esta atividade trouxe contributos para desenvolver competências gerais de Enfermeiro Especialista, nomeadamente na promoção de um ambiente físico, psicossocial, espiritual e religioso gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos (OE, 2011b).

Após a descrição sucinta das atividades realizadas durante a minha visita ao LUMC, levanta-se a questão quais os contributos da visita para o meu percurso de aquisição de competências como enfermeiro especializado em PSC?

A realidade norte-americana é substancialmente diferente da realidade portuguesa. A existência de formação especializada para a PSC em trauma, nomeadamente os APN e os TNS nos *Trauma Rooms*, foi sem dúvida uma das particularidades que mais me surpreendeu em toda a visita. De acordo com a enfermeira orientadora, estes enfermeiros têm autonomia para efetuar procedimentos técnicos complexos (Entubações Endotraqueais, colocação de Drenos Torácicos ou de Cateteres Venosos Centrais), prescrevem terapêutica (exceto Metadona) e Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento (Rxs, Ecos e TACs) e fazem consultas de *follow-up* a todas as pessoas vítimas de trauma com internamento. Nestas consultas são realizados ensinamentos, esclarecem-se dúvidas, são extraídos pontos de feridas suturadas, enfim, um conjunto diverso de intervenções autónomas de enfermagem. Abel Paiva e Silva (2007) aborda o conceito de Prática Avançada como resposta à crescente preocupação com o aumento dos custos dos cuidados de saúde, dando como

exemplo o aparecimento de enfermeiros norte-americanos com formação avançada em fisiopatologia e farmacologia, com autonomia para desempenhar as funções atrás referidas. No nosso país, a pretensão em desenvolver uma enfermagem avançada baseada nas teorias de enfermagem (Enfermagem Avançada) ou o desenvolvimento do modelo biomédico que, à semelhança da realidade norte-americana, evolui para uma prática prescritiva continua a ser alvo de discussão (Silva, 2007).

Refletindo acerca desta visita, parece-me pertinente a existência de um enfermeiro com competências técnicas e científicas para poder dar resposta às necessidades específicas de uma pessoa vítima de trauma, o que vai de encontro a um dos objetivos deste Mestrado: “Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica” e de uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica definidas pela OE: “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (OE, 2011c).

Sem dúvida que a existência de uma equipa de trauma é fundamental, como pude constatar pela eficiência e eficácia da abordagem que descrevi anteriormente. Pelo que pude constatar, cabe ao TNS acompanhar todas as vítimas de trauma que são recebidas na Sala de Trauma e garantir que sejam avaliadas pelas diversas especialidades médico-cirúrgicas. Todavia este enfermeiro serve sobretudo de elo de ligação entre a equipa multidisciplinar e a família. Está também implicado na garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e atos médicos, sendo responsável por monitorizar todo o período de internamento da pessoa em situação crítica, indo ao encontro das responsabilidades dos enfermeiros de trauma definidas por Richmond e Aitkin (2012).

Por último, ter observado a existência de um registo hospitalar de trauma e de um grupo que monitoriza os registos e avalia a qualidade dos cuidados prestados, apresentando soluções e alternativas para os problemas detetados fez-me refletir sobre a importância da criação e implementação de tal ferramenta na minha realidade profissional, sabendo que não existe ainda nada

implementado. Esta observação possibilitou o desenvolvimento de algumas competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente na avaliação da qualidade dos cuidados de Enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado, planejar programas de melhoria contínua e no suporte da prática clínica em investigação e no conhecimento da área de especialidade, algumas das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2011, b).

Considero que a visita que fiz ao LUMC foi uma experiência muito enriquecedora quer a nível pessoal, quer a nível profissional e considero que atingi em pleno os objetivos que propus inicialmente para este estágio.

3.3 - Cuidar da Pessoa Vítima de Trauma num Serviço de Urgência Polivalente

Um SU é, segundo o Despacho Normativo n.º 11/2002, um serviço multidisciplinar e multiprofissional que tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações de urgência e emergência. A organização dos serviços de urgência é realizada pelo Despacho n.º 18 459/2006, atualizado posteriormente pelo Despacho n.º 727/2007. Assim, um SU polivalente é o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência / emergência, localizando-se num hospital central e articula-se com urgências específicas de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Psiquiatria (Despacho n.º 727/2007).

O SU escolhido, para além de ser um SUP com casuística em trauma, possui uma abordagem da pessoa vítima de trauma no Balcão de Trauma e tem em curso um projeto de implementação de registos de trauma que utilizam a mnemónica ABCDEFGH preconizada pela ENA (2007).

Para este estágio, defini como objetivo específico prestar cuidados especializados na abordagem à Pessoa Vítima de Trauma Grave em contexto

de Sala de Reanimação e Balcão de Trauma. Para atingir este objetivo específico, delineei um conjunto as atividade, que passo a expor:

- Identificar o circuito existente no serviço para a pessoa vítima de trauma,
- Consultar os protocolos existentes no serviço para o tratamento da pessoa vítima de trauma,
- Colaborar na abordagem inicial à pessoa vítima de trauma e envolver a família no processo terapêutico,
- Consultar e elaborar os registos de enfermagem destes pessoas de acordo com a metodologia implementada no serviço,
- Partilhar informações e experiências com a equipa de enfermagem.

Tendo em conta a experiência profissional na área da urgência e emergência e as características físicas do serviço em questão e após uma breve passagem de um turno por todos os sectores do respetivo serviço, para ter uma noção da organização do serviço e do percurso do pessoa crítico neste serviço, nomeadamente o do pessoa politraumatizado, optei por incidir a prestação de cuidados na SR e no Balcão de Trauma.

O sistema de triagem implementado neste SU é o sistema de triagem de Manchester, também usado no meu serviço, tal como previsto no Despacho n.º 18459/2006. Este sistema caracteriza-se por selecionar as pessoas com maior prioridade, com base nas queixas ou sintomas apresentados por ela, sem fazer quaisquer presunções sobre o diagnóstico (Grupo Português de Triagem, 2002). Segundo o mesmo autor, após a identificação da queixa da pessoa, escolhe-se o fluxograma correspondente, procedendo depois à recolha e análise de informação de forma a permitir a determinação da prioridade real (discriminador), traduzindo-se por uma cor: vermelho (emergente), laranja (muito urgente), amarelo (urgente), verde (pouco urgente) e azul (não urgente). Depois de a triagem, a pessoa é encaminhada para o sector onde irá ser avaliada. Neste SU, a triagem é realizada por enfermeiros, sendo o primeiro profissional de saúde a iniciar o processo terapêutico junto da pessoa e da família, estando em consonância com a revisão da literatura efetuada. Neste sentido, importa mencionar que os enfermeiros são, muitas vezes, os primeiros

cuidadores dos clientes e das suas famílias, estando atentos às mudanças e exigências impostas pela situação de transição (Meleis *et al.* 2000)

De salientar algumas diferenças entre a triagem deste SU e a minha prática clínica. Neste serviço, o enfermeiro da triagem, através de protocolos previamente estabelecidos, solicita uma avaliação imagiológica à pessoa vítima de monotrauma, o que permite ganhar tempo, contribuindo assim para uma diminuição do tempo de permanência no SU. Jarrett e Emmett (2009) referem que a presença de enfermeiros na equipa de trauma contribuiu para a diminuição do tempo de permanência de doentes no SU nos 4 grupos do *Injury Severity Score* no SU.

Houve uma situação relacionada com uma ativação do protocolo Via Verde AVC, que embora não fizesse parte da área temática do projeto, despertou-me a atenção e mereceu a realização de um Jornal de Aprendizagem, que se encontra no Apêndice E. A utilização deste instrumento é importante, pois permite registar e refletir acerca de situações de cuidados vivenciadas no contexto clínico. Contudo, é também um utensílio de pesquisa que permite identificar os processos contributivos para o desenvolvimento pessoal e profissional (Santos e Fernandes, 2004). De acordo com o protocolo em vigor neste serviço de urgência, sempre que é ativado o protocolo Via Verde AVC, o enfermeiro da triagem aplica a escala FAST adaptada (*Face, Arm, Speech Test*), uma escala que avalia quatro parâmetros de forma rápida e eficaz (o T de *Test* é substituído pelo T de Tempo, que permite avaliar o início da sintomatologia). De acordo com Harbison *et al.* (2003), esta escala foi desenvolvida a partir de instrumentos de avaliação norte-americanos como a *Cincinnati Prehospital Stroke Scale* (CPSS) e a *Los Angeles Prehospital Stroke Screen* (LAPSS) como um instrumento simples para a identificação precoce do AVC no pré-hospitalar em 1998 por neurologistas, médicos de urgência e paramédicos do Reino Unido. Achei pertinente a utilização desta escala, pois comparando com minha realidade, em que só são avaliados os sintomas presentes e o início da sintomatologia, esta escala pareceu-me simples e eficaz, permitindo uma avaliação sistematizada e mais completa. A elaboração deste Jornal de Aprendizagem contribuiu para o desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em PSC relacionadas

com a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (OE, 2011c).

À semelhança do meu contexto profissional e de acordo com o previsto no Decreto de Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho, na área de ambulatório deste SU, as pessoas estavam acompanhadas permanentemente por um familiar ou pessoa significativa.

Para avaliar, estabilizar e tratar a PSC proveniente do Pré-Hospitalar ou mesmo do próprio SU existe uma SR com capacidade para 4 pessoas. Sempre que é admitida uma pessoa nesta sala, o enfermeiro aciona o sinal sonoro, de forma a alertar a equipa e permitir a estabilização e tratamento desta pessoa. A abordagem e tratamento de uma pessoa em situação crítica obedecem a uma abordagem sistematizada de cuidados defendida por vários autores (Conselho Português de Ressuscitação [CPR], 2011; Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2011; *American College of Surgeons* [ACSCT], 2008; *Society of Trauma Nurses* [STN], 2008; *Emergency Nurse Association* [ENA], 2008).

Na SR existiu a oportunidade de prestar de cuidados a pessoas vítimas de doença súbita. Depois de estabilizadas, as pessoas permaneciam nesta sala onde existe um ambiente de UCI nível II, eram transferidos para Sala de Observação (SO), Sala de Decisão Clínica, Balcão ou eram transferidos para uma UCI nível III ou mesmo para uma Enfermaria, dependendo do nível de cuidados e vigilância exigidos. O internamento em SO deve ser efetuado para manter em observação, durante algumas horas, um pessoa cuja evolução tem de ser analisada antes de tomar uma decisão (Peneff, 2002).

Na SR assumi a responsabilidade de prestação de cuidados a PSC, que necessitavam de monitorização hemodinâmica, ventilação não invasiva (VNI) e/ou gestão de medidas terapêuticas. A maioria destes conceitos foi já descrita anteriormente, pelo que apenas se realça a importância da VNI no tratamento de situações agudas. A VNI pode ser definida como um tipo de ventilação em que não existe intubação traqueal (Marcelino, 2008), pelo que a interface do ventilador com a pessoa é feito através de máscara facial. A VNI tem indicações específicas em situações de urgência nomeadamente no tratamento

da Insuficiência Respiratória Aguda (Edema Agudo do Pulmão Cardiogénico ou Pneumonia) e Insuficiência Respiratória Crónica Agudizada (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) (Marcelino, 2008). O sucesso deste tipo de ventilação depende da colaboração da pessoa e do empenho dos enfermeiros, que devem ser capazes de atuar com os aparelhos de ventilação, correspondendo à experiência clínica corrente. Na minha prática clínica é comum o uso deste procedimento na PSC de etiologia respiratória.

Em consonância com o meu enfermeiro orientador, após a abordagem à PSC, havia uma preocupação da minha parte em informar em tempo oportuno os familiares acerca da evolução da situação, sem entrar em pormenores clínicos, com o objetivo de transmitir a informação disponível referente ao estado de saúde da pessoa cuidada. Estas intervenções promovem, segundo Meleis, o bem-estar físico e emocional, uma das condições pessoais facilitadoras do processo de transição (Schumacher e Meleis, 1994 e Meleis *et al.*, 2000). Durante os turnos que realizei na SR, não tive oportunidade de prestar cuidados à pessoa vítima de trauma grave, por ausência de casuística. Paralelamente a esta situação, o aparelho que realizava TAC encontrava-se avariado, pelo que as pessoas vítimas de trauma grave eram desviados para outras unidades hospitalares, com capacidade para realizarem este tipo de exame complementar de diagnóstico.

A minha experiência no Balcão de Trauma foi muito interessante. Ao contrário do sucedido na SR, houve casuística suficiente que me permitiu realizar as atividades propostas. Comparando com a minha realidade, achei curioso haver um local específico para a abordagem da pessoa vítima de trauma (não grave), onde as diversas especialidades que dão apoio ao Trauma, nomeadamente a Cirurgia Geral, Ortopedia e Neurocirurgia, deslocam-se a este setor para avaliar as pessoas. Neste local, o enfermeiro realiza a avaliação primária à pessoa vítima de monotrauma, utilizando a metodologia ABCDE proposta pelos diversos autores anteriormente referidos. Quando presente um Cirurgião, é ele que realiza esta abordagem, ficando o enfermeiro responsável pela estabilização cervical. O Enfermeiro também presta apoio às intervenções realizadas pela Ortopedia, como a imobilização provisória de membros ou a colocação de Trações Cutâneas.

Tive oportunidade de prestar os cuidados à pessoa vítima de trauma referidos anteriormente. Os registos destas pessoas foram realizados utilizando uma metodologia em fase de implementação no serviço, que utiliza também a mnemónica ABCDE para a avaliação primária e FGH para a avaliação secundária e cuidados prestados à família. De salientar que o programa informático utilizado neste SU é o *Health Care Information Systems* (HCIS).

Para permitir atingir o objetivo definido para este estágio, surgiu a necessidade de elaborar um Estudo de Caso, disponível no Apêndice D, que me permitiu articular os conhecimentos teóricos adquiridos na pesquisa bibliográfica realizada e a prestação efetiva de cuidados em contexto real, favorecendo a reflexão e o desenvolvimento de competências na área da prestação de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente à pessoa vítima de trauma grave. Benner (2005) refere que os Enfermeiros aprendem melhor quando utilizam estudos de caso que põem à prova os conhecimentos e requerem a capacidade de aprender uma situação. A escolha da pessoa alvo do estudo foi partilhada por mim e pelo Enfermeiro orientador do local de estágio, tendo como base o desenvolvimento de competências gerais e específicas que permitiram dar resposta ao objetivo delineado. Desta forma, decidi elaborar este Estudo de Caso acerca de um indivíduo do sexo masculino de 38 anos de idade, vítima de acidente de viação com veículo de 2 rodas, do qual resultou traumatismo crânio-encefálico, traumatismo torácico e traumatismo da clavícula, trazido pela equipa da Viatura Médica de emergência e Reanimação do Pré-Hospitalar para o SU do meu contexto profissional, sendo posteriormente transferido para o SUP onde estava a realizar estágio. A necessidade de internamento no SU resultou da abordagem integrada enquanto pessoa vítima de trauma grave, com necessidade de monitorização contínua de parâmetros vitais, controle da dor e apoio à família a experienciar um processo transicional.

A elaboração deste Estudo de Caso permitiu-me refletir sobre a prática, enquadrando as atividades realizadas, o referencial teórico escolhido e os cuidados prestados dentro da evidência científica mais recente, desenvolvendo Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nomeadamente ao suportar

a prática clínica na investigação e conhecimento (OE, 2011b) e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em PSC, nomeadamente na prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (OE, 2011c).

Como forma de promoção de uma troca de experiências, tive a oportunidade de realizar uma sessão de formação no local de estágio, onde pude partilhar com os meus pares o estudo de caso realizado. O planeamento e operacionalização desta sessão formativa permitiram-me mobilizar Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente ser um elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho na área da especialidade e suportar a prática clínica na investigação (OE, 2011b) e no conhecimento dentro da área do Trauma. Os diapositivos encontram-se disponíveis no Apêndice F.

Após a análise do objetivo proposto para o estágio de SUP, considero ter desenvolvido competências tanto comuns, como específicas na área de especialização em PSC (OE, 2011b; OE, 2011c), nomeadamente a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria da qualidade, das aprendizagens profissionais e cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso de aquisição de competências realizado durante o estágio baseou-se em três vertentes: a prestação de cuidados à PSC em contexto de UCI, conhecer outras realidades, nomeadamente um centro de trauma com protocolos implementados de abordagem à Pessoa Vítima de Trauma Grave e a prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma grave em contexto de SU. Para orientar este percurso definiram-se dois objetivos gerais que serviram de base a todo o percurso e objetivos específicos adaptados aos três locais de estágio. Estes foram atingidos permitindo a aquisição e o desenvolvimento de competências gerais de enfermeiro especialista e competências específicas na área de especialização em enfermagem à PSC, em particular no âmbito da prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma grave.

Desta forma, tendo como referencial o plano de estudos do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem em PSC e os documentos publicados pela OE (2011a, 2011b; 2011c) no que diz respeito às competências, tanto comuns a todos os especialistas, como específicas da área de especialização, pode-se afirmar que foram adquiridas e desenvolvidas competências especializadas em diversas áreas, nomeadamente ao nível da responsabilidade profissional, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados, das aprendizagens profissionais, da promoção de ambiente seguro, do cuidar da PSC e na prevenção e controlo da infeção. O desenvolvimento de competências nos diversos locais de estágio teve por base a revisão da literatura efetuada e o estabelecimento de relações de trabalho construtivas com as equipas, com o objetivo de compilar saberes, aprofundar conhecimentos e desenvolver competências especializadas. Cada um dos campos de estágio de estágio desempenhou um papel fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional tanto na área da PSC em geral, como na área da pessoa vítima de trauma grave.

O estágio realizado na UCI foi fundamental para a aquisição e desenvolvimento de competências técnicas e relacionais na prestação de cuidados de

enfermagem na área da pessoa em situação crítica, nomeadamente competências comuns do enfermeiro especialista e específicas da área de especialização PSC relacionadas com as responsabilidades profissional, ética e legal, melhoria da qualidade e das aprendizagens profissionais, cuidar da pessoa e da sua família, que vivenciam processos complexos de doença crítica e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.

A elaboração de um Jornal de Aprendizagem que visava a presença de familiares menores na UCI foi um instrumento utilizado para refletir acerca de competências relacionadas com a assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica e com a gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.

A sessão de formação realizada foi utilizada como estratégia para promoção de troca de experiências sobre a temática da abordagem da pessoa vítima de trauma grave na SR, o que me permitiu ser um elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho na área da especialidade e suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento dentro da área do Trauma, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. A possibilidade de realizar alguns turnos de coordenação com o enfermeiro chefe de equipa trouxe alguns contributos para a aquisição de competências na área da gestão de cuidados.

A visita ao Centro de Trauma de nível I norte-americano foi uma experiência muito enriquecedora por diversos motivos. O sistema de trauma implementado foi pensado, validado e a qualidade dos cuidados prestados é auditada frequentemente, com o objetivo de promover uma melhoria contínua. Constatar a existência de enfermeiros especializados em trauma, a existência de uma equipa de Trauma e a importância que estes têm na qualidade da abordagem ao pessoa vítima de trauma fortaleceu a convicção em trabalhar esta área temática e lutar no sentido de importar alguns contributos para a minha realidade prática. Poder acompanhar o Enfermeiro Coordenador de Emergência no desempenho das suas funções despertou-me para a importância do papel de Enfermeiro Coordenador de Trauma descrito no documento da OM e permitiu-me desenvolver competências na área da gestão

e da melhoria contínua. Por último, ter observado a existência de um registo hospitalar de Trauma e de um grupo que monitoriza os registos e avalia a qualidade dos cuidados prestados, apresentando soluções e alternativas para os problemas detetados faz-me refletir sobre a importância da criação e implementação de tal ferramenta.

O estágio no SU Polivalente contribuiu para aperfeiçoar as competências especializadas no cuidado à PSC, nomeadamente à pessoa vítima de trauma. A realização de um estudo de caso com base na Teoria de Médio Alcance das Transições de Meleis muito contribuiu para esse mesmo aperfeiçoamento. Esta teoria de enfermagem permitiu-me desenvolver uma visão holística da pessoa vítima de trauma e compreender o conjunto de mudanças que ocorrem desde o evento crítico que originou todo o processo até ao momento em que este é transferido para outra unidade hospitalar. É importante o enfermeiro compreender o processo de mudanças que a pessoa está a atravessar e quais as respostas que tem perante elas, para poder adotar novas perspetivas de reflexão e facilitar o processo de transição, ajudando-a no desenvolvimento de novas competências, promovendo assim uma transição saudável. Desta forma conhecer uma realidade diferente foi importante para abrir novos horizontes, conhecer perspetivas diferentes, práticas diferentes e, sem dúvida, novas formas de resolução de problemas.

O término deste relatório revela o final do trabalho desenvolvido ao longo dos últimos meses, primando-se o tratamento da temática de uma forma sequencial e lógica, permitindo desenvolver competências de nível perito. Deste modo, este relatório espelha o trabalho desenvolvido e o momento de partilha de experiências face a situações decorrentes da prática profissional, permitindo a análise das atividades desenvolvidas, a interiorização dos seus resultados pedagógicos e o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem à pessoa em situação crítica e mais especificamente na vertente da prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma grave.

Espera-se que o aumento da qualidade dos cuidados prestados a estas pessoas contribua para uma diminuição da elevada mortalidade e morbilidade

do trauma no nosso país. Para tal, a implementação do protocolo Via Verde Trauma nos Serviços de Urgência pode vir a ser uma ferramenta útil.

Ao refletir acerca do percurso realizado nestes últimos meses surge a questão será que sou um enfermeiro mais competente? A resposta é claramente afirmativa, pois acrescento às competências desenvolvidas a congruência e a experiência adquiridas. Ou seja, refletir de uma forma crítica sobre os fenómenos observados e integrá-los na prática estabelecendo relações interpessoais à luz das lógicas defendidas pela evidência científica e pelas teorias de enfermagem, permitiu-me atingir o nível de competência espectável para o Enfermeiro Especializado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Todavia, tenho a plena consciência de que o percurso realizado serviu de base para uma nova etapa pessoal e profissional como enfermeiro. De futuro, conto vir a ser uma referência no trauma no seio da minha equipa e no meu serviço, na prestação de cuidados especializados com qualidade à Pessoa Vítima de Trauma Grave. Gostaria de propor à chefia do serviço a implementação de um Plano de Intervenção, onde constem critérios de ativação da equipa de Cirurgia Geral na SR, protocolos de integração e formação de enfermeiros para a prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma na SR, a elaboração e implementação de um registo de trauma baseado na evidência, a criação de comissões de auditoria dos cuidados prestados e a implementação do papel de Enfermeiro Coordenador do Trauma. Gostaria também de vir a assumir as responsabilidades definidas previamente.

Assim, a finalização deste trabalho é a demonstração do caminho percorrido de aquisição de competências e que não termina aqui, pois é importante ter a noção que no futuro existem novos caminhos a percorrer, novas oportunidades e novos desafios a alcançar, pelo que se deve lutar pelo desenvolvimento da qualidade dos cuidados prestados na área do Trauma e pelo desenvolvimento da Enfermagem.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares*. (3ª ed). Lisboa: Quarteto.
- Alarcão, I. e Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- American College of Surgeons. (2006). *Resources for Optimal Care of the Injured Patient*. Recuperado em 24 de Abril de 2013 em: <http://www.facs.org/trauma/hospitallevels.pdf>
- American College of Surgeons Committee on Trauma. (2008). *Advanced Trauma Life Support for Doctors*. Chicago: American College of Surgeons,
- American Nurses Association (ANA). (2004). *Nursing: Scope and standards of practice*. Washington DC: Author.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a Perito* (2.ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Boyd, D. R. (2011). Trauma Nurses: Historical Notes and Appreciation. *Journal of Trauma Nursing*. Vol. 18, nº 3. pp. 187-192.
- Burns, S. M. (2010). Mechanical Ventilation of Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome and patients requiring Weaning - The Evidence Guiding Practice. *Critical Care Nurse*. V. 25, nº 4. pp. 14-24.
- Chick, N., Meleis, A. I. (1986). Transitions: A Nursing Concern. In Chinn, P. L. (Ed.) *Nursing research methodology*. pp. 237-257.
- Coimbra, R. S. M. (1998). *Emergências Traumáticas e não Traumáticas*. São Paulo : Editora Atheneu.
- Comissão Regional do Pessoa Crítico. (2009). *Um Ano de Reflexão e Mudança*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte.

Conselho Português de Ressuscitação. (2011). Versão Portuguesa das Recomendações 2010 para a Reanimação do *European Resuscitation Council*. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. Vol. 18. nº 1. pp. 1-79.

Cook, S., Sinclair, D. (1997) Emergency Department Triage: a program assessment using the tools of continuous quality improvement. *Journal of Emergency Medicine*. pp. 889-894.

Cordeiro, A., Silveira A., & Raposo, A. (2002). Triagem nos Serviços de Urgência Geral. *Nursing*, Ano 14, nº 143. pp. 12-16.

Craig, J. V., Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.

CRRNEU. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. Lisboa.

Cupuro, P. A., Alperovich, C. G. (1997). Letters to the Editor. *The Journal of Trauma Injury, Infections and Critical Care*. nº 43 (6), pp. 988.

Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março. *Diário da República nº 60/2006, I série-A*, Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa.

Decreto de Lei nº 33/2009 de 14 de Julho. Recuperado em 20/11/2012 de [dre.-pt/pdf1s/2009/07/13400/0446704467.pdf](http://dre.pt/pdf1s/2009/07/13400/0446704467.pdf)

Decreto de Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro. Recuperado em 06 de Abril de 2013 de http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/19F2FF80-E580-4965-8DEB-C7951DDF4832/0/Lei106_2009_AcompahamentoHospitalar.pdf.

Descritores Dublin. (s.d.). Recuperado em 06 de Abril de 2013 de <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>

Despacho Normativo nº 11/2002. *Diário da República nº 55/2002, I série B*, Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 18459/2006. *Diário da República n.º 176/2006, 2.ª série*, Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 727/2007 do Gabinete do Ministro. *Diário da República n.º 10/2007, 2.ª série*, Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 5414/2008. *Diário da República, 2ª série, n.º 42*, Ministério da Saúde. Lisboa.

Dias, J. (2004). *Formadores: Que desempenho?* Loures: Lusociência.

Direcção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: DGS.

Direcção-Geral da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: DGS.

Direcção Geral de Saúde. (2010a). *Elementos Estatísticos Informação Geral Saúde 2008*. Lisboa: DGS.

Direcção Geral de Saúde. (2010b). *Organização dos Cuidados Hospitalares ao Traumatizado*. Lisboa: DGS.

Emergency Nurse Association. (2007). *TNCC - Trauma Nursing Core Course Provider Manual* (6ª ed.). Des Plaines: ENA.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Gomes, E., Moreira, D., Chaló, D., Dias, C., Neutel, E., Aragão, I., Costa.Pereira, A. (2011). O Pessoa Politraumatizado Grave, Implicações da Ruralidade na Mobilidade, Incapacidade e Qualidade de Vida. *Acta Médica Portuguesa. n.º 24*. pp. 81-90.

Grupo Português de Triagem (2002). *Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formando* (2.ª ed.). Lisboa: BMJ Publishing Group.

Hafsteindóttir, T. (1996). Patient's experiences of communication during the respirator treatment period. *Intensive and Critical Care Nursing*. Nº 12, pp.261-271.

Harbison, J. Hossain, O., Jenkinson, D., Davis, J., Louw, S. J., Ford, G. A. (2003). Physicians, and Ambulance Staff Using the Face Arm Speech Test Diagnostic Accuracy of Stroke Referrals From Primary Care, Emergency Room. *Stroke*, nº;34:71-76.

Hudak, C.; Gallo, B. (1997). *Cuidados Intensivos de Enfermagem*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). *Suporte Avançado de Vida*. Lisboa: INEM.

International Council of Nurses. (2006). *Dotações Seguras Salvam vidas*. Genebra : International Council of Nurses.

International Council of Nurses. (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Jarrett, A. M., Emmett, M. (2009). Utilizing Trauma Nurse Practitioners to reduce Length of Stay. *Journal of Trauma Nursing*. Vol. 16, nº2. pp - 68-72.

Jasper, M. (2003). *Beginning Reflexive Practice*. Cheltenham UK: Nelson Thornes.

Jamerson, P. A., Scheibmeir, M., Bott, M. J., Crighton, F., Hinton, R. H., & Cobb, K. (1996). The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart & Lung*, 25 (6), pp. 467-474.

Jarmen, H. (2007). Invasive Haemodynamic Monitoring: The role of Emergency Nurses in helping to provide critical care. *Emergency Nurse*, vol 15, nº 1. pp. 20-23.

Knutsson, S., Bergbon, I. (2007). Nurses' and physicians' viewpoints regarding children visiting/not visiting adult ICUs. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, Vol 12, Nº 2, pp. 64-73.

Leite, E., Malpique, M.; Santos, M. R. (1989). *Trabalho de Projecto* (4ª ed.). Porto: Afrontamento.

Leach, R., Ward, J., Sylvester, J. T. (2009). *Compêndio de Medicina Intensiva*. Lisboa: Editora Piaget.

Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P., Nicoulin, M. (2003). *Dicionário Médico* (3ª ed.). Lisboa: CLIMEPSI.

Marcelino, P. (2008). *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto: Abordagem ao Pessoa Crítico*. Loures: Lusociência.

Marcelino, P., Marum, S., Fernandes, A., Ribeiro, J. (2006). Técnicas Dialíticas Híbridas. *Acta Médica*. nº 19. pp. 275-280.

Meleis, A. I., Trangestein, P. A. (1994) Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*. Nº 42. November\December. pp. 255-259.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., Schumacher, K. (2000) Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1). pp. 12-28.

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress*. (4th ed.). New York: Lippincott, Williams, & Wilkins.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer.

Mendes, A. P., Bastos, F., Paiva, A. (2010). A Pessoa com Insuficiência Cardíaca. Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência*. III série - nº 2. pp. 7-16-

Mendonça, S. (2009). *Competências Profissionais dos Enfermeiros: A Excelência do Cuidar*. Lisboa: Editorial Novembro.

Mower-Wade, D., Pirrung, J. M. (2010). Advanced Practice Nurses Making a Difference: Implementation of a Formal Rounding Process. *Journal of Trauma Nursing*. vol. 17, nº2. pp. 69-71.

Nunes, F. M., Meira, P. M., Martins, A. G., Carvalho, I., Saraiva, M., Silva, P. N. ... Ribeiro, E. (2009). *Manual de trauma*. (5^o ed.). Lisboa: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2009a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros: Nova redação conferida pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2009b). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem Dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Recuperado em 06 de Abril de 2013 de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem Dos Enfermeiros. (2011a). Proposta do Programa Formativo da Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ordem Dos Enfermeiros (2011b). Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.^a Série, 8648-8653.

Ordem Dos Enfermeiros. (2011c). Regulamento n.º 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série, 8656-8657.

Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*, Lisboa: Ordem dos Médicos.

Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Pessoas Críticas: Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Pearson, A., Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.

Peneff, J. (2002). *O Hospital na Urgência: Estudo por observação participante*. Coimbra: Formasau.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Priberam. (2013). *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa Online*. Recuperado em 18 de Abril de 2013, de <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=trauma>

Regulamento Do Exercício Profissional Do Enfermeiro (1996) – Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril. Recuperado em 06 de Abril de 2013, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf>

Richmond, T. S., Aitken, L. M. (2011) - A model to advance nursing science in trauma practice and injury outcomes research. *Journal of Advanced Nursing*. n.º 67 (12). pp. 2741-2753.

Ridley, S. (2004). Loved ones of seriously ill patients need information. *British Journal of Nursing*, 13 (17), 1010.

Rosário, E. (2009). *Comunicação e Cuidados de Saúde: Comunicar com o Pessoa Ventilado em Cuidados Intensivos*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Coimbra: Universidade Aberta.

Ruivo, M., Ferrito C., Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*. nº 15, pp. 3-37.

Santos, E., Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*. nº 11, 59-62.

Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S., Nunes, L. (2010). Nursing Activities Score; Índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na UCI. *Percursos*. V. 16, pp. 3-13.

Schumacher, K. L., Meleis, A. I. (1994) Transitions: A Central Concept in Nursing. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*. Vol 26, nº 2. pp. 119-127.

Sheehy, S., Newberry, L. (2011). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. (6ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, pp. 11-20.

Silva, A. R., & Lage, M. J. (2010). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Coimbra: Formasau.

Society of Trauma Nurses. (2008) *Advanced Trauma Care for Nurses Student Manual*[®]. STN. Portuguese Edition.

Speck, R. M., Jones, G., Barg, F. K., McCunn, M. (2012). Team Composition and Perceived Roles of Team Members in the Trauma Bay. *Journal of Trauma Nursing*. vol. 19, nº 3. pp. 133-138.

Spisso, J., O'Callaghan, C., McKennan, M. & Holcroft, J. W. (1990). Improved Quality of Care and Reduction of Housestaff Workload Using Trauma Nurse Practitioners. *The Journal of Trauma*. Nº 30 (6), pp. 660-665.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção* (5.^a ed.). Loures: Lusodidacta.

World Health Organization (2004). *Guidelines for Essential Trauma Care*. Geneva.

World Health Organization. (2005a). *The solid facts on unintentional injuries and violence in the WHO European Region*. Geneva.

World Health Organization. (2005b). *WHO: guidelines on Hand Hygiene in Health Care (Advanced Draft): A Summary*. Geneva.

World Health Organization (2009). *Guidelines for Trauma Quality Improvement Programmes*. Geneva.

Zagonel, I. P. S. (1999). O cuidado Humano Transicional na trajetória de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v. 7, n. 3. pp. 35-32.

APÊNDICES

Apêndice A

Cronograma de Estágio

Ano	2012												2013											
Mês	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			Fevereiro			Março					
Semana	03 a 07	08 a 14	15 a 21	22 a 28	29 a 04	05 a 11	12 a 18	19 a 25	26 a 02	3 a 09	10 a 16	17 a 23	24 a 30	31 a 06	07 a 13	14 a 20	21 a 27	28 a 03	04 a 10	11 a 17	18 a 24	25 a 03	04 a 10	11 a 15
Estágio UCI																								
Estágio Centro de Trauma Norte-Americano																								
Estágio SUP																								

Apêndice B

Jornal de Aprendizagem 1

A presença de familiares menores

na UCI

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Jornal de Aprendizagem

A presença de familiares menores na UCI

Rui Miranda, nº 4180

01-12-2012

De acordo com Santos (2004), *“A Prática Reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e suas práticas”* (p.59).

Este exercício permite que o profissional reflexivo reavalie as suas intervenções, tentando compreender o impacto que as suas ações têm no Outro e em Si, produzindo significados e aprendizagens significativas para as situações reais com as quais este se depara diariamente na sua prática. O enfermeiro recorre ao conhecimento declarativo para melhor sustentar as suas análises, mas transforma-o na sua mente misturando-o com a sua própria experiência, ou seja, atribui-lhe um significado próprio.

De acordo o modelo de Dreyfus aplicado à Enfermagem por Benner (...) *um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiências: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito”* (Benner, 2005, p. 39). A autora encara a experiência profissional como base do desenvolvimento de competências e considera que o conhecimento prático é adquirido com a vivência de situações reais.

Este estágio tem sido rico em situações de aprendizagem, mas houve uma situação que me marcou, pelo que decidi refletir um pouco sobre ela, elaborando um Jornal de Aprendizagem. Como ferramenta para a elaboração deste Jornal de Aprendizagem, optei pela utilização do Ciclo de Gibbs (Jasper, 2003), um ciclo reflexivo que se divide em seis etapas que nos fazem questionar as ações que realizamos e nos permite descrever, avaliar, analisar e planear a ação/intervenção para futuras situações.

➔ **Etapa 1 - Descrição**

Durante a realização do Ensino Clínico na Unidade de Urgência Médica (UUM) do Centro Hospitalar Lisboa Centro – Hospital de S. José (CHLC – HSJ), tive a oportunidade de me deparar com uma situação relacionada com a Humanização dos cuidados de enfermagem, nomeadamente o

acompanhamento de familiares \ conviventes significativos de uma pessoa em situação de dependência.

Esta Unidade de Cuidados Intensivos tem uma Norma de Qualidade de Acolhimento e de Acompanhamento de Conviventes Significativos, onde está patente as intervenções da equipa de enfermagem na gestão destes processos. Também refere que nestes processos estão envolvidos os diversos elementos da equipa multidisciplinar e que o Enfermeiro é responsável pela pessoa internada.

Existem dois momentos distintos em que é permitida a visita de familiares aos doentes, um no início da tarde e outro ao final da tarde, havendo ainda disponibilidade para outros horários sempre que a situação o exija. O Enfermeiro é responsável pela decisão de quem visita o doente, bem como o número de pessoas que pode estar junto dos pessoas internados.

Durante a prestação de cuidados ao Sr. JP, um doente Insuficiente Renal Crónico do sexo masculino, de 47 anos de idade, internado neste serviço na sequência de uma agudização da sua doença. O doente foi encontrado inconsciente no domicílio pelos próprios filhos menores, de 7 e 9 anos, respetivamente. Estes contactaram o 112 e o CODU (Centro de Orientação de Pessoas Urgentes) ativou uma VMER (Viatura Médica de Urgência e Emergência) que, após a avaliação primária no domicílio optou por entubar Orotraquealmente para assegurar a Via Aérea e foi encaminhado para o Serviço de Urgência do HSJ, tendo sido internado na UUM para estabilização da situação clínica, estando inicialmente sedado e ventilado. O internamento teve uma duração de 8 dias (5 dias numa Sala de Intensivos e 3 dias numa Sala de Intermédios), sendo transferido para um Serviço de Medicina, com boa evolução clínica.

Pelo que pude observar na UUM, é pouco frequente a presença de crianças neste serviço. Os médicos também intervêm pouco neste processo mas, por motivos desconhecidos, nesta situação particular, dois elementos distintos da equipa médica decidiram intervir ativamente nesta situação.

Durante o internamento, a mãe do Sr. JP começou a vir às visitas e informou a equipa médica e de enfermagem dos antecedentes clínicos do pessoa e de dados relevantes da dinâmica sócio-familiar, constatando-se que o Sr. JP era divorciado, vivia com a mãe e com os seus dois filhos menores de quem detinha a custódia parental. Ficou claro que a mãe das crianças está ausente e não desempenha um papel ativo na educação dos filhos. A relação dele com os filhos era muito próxima e de acordo com a mãe do Sr. JP, os filhos estavam muito ansiosos e manifestavam vontade de ver o pai. Uma equipa multidisciplinar constituída por elementos da equipa de Enfermagem, e a avó, preparou as crianças para o facto de irem encontrar o pai sedado, ligado a um ventilador, informação que as crianças aceitaram e ao 3º dia de internamento os filhos puderam finalmente visitar o pai. De referir que eu não me encontrava presente e não pude assistir à primeira visita dos filhos do Sr. JP.

Durante a visita, um dos elementos da equipa médica ia a passar entrou na Sala do Sr. JP e, incomodado com a situação, começou a gritar com o elemento da equipa de enfermagem presente na sala na altura e com a família do pessoa referindo não compreender o que estavam a fazer 2 crianças no quarto do pessoa sem terem sido previamente preparadas por um Psicólogo Clínico, que a visão do pai naquele estado as poderia traumatizar e que podiam apanhar uma infeção. A visita terminou de seguida com as crianças visivelmente transtornadas e a chorar. O enfermeiro presente de imediato pediu desculpas à família do Sr. JP pelo sucedido e acompanhou-os até à saída da unidade.

Este incidente foi reportado à Enfermeira Chefe do Serviço que, no dia seguinte, reuniu com o médico, explicando-lhe os direitos do doente, as vantagens e a importância da visita dos filhos para o pessoa e para a própria família.

No 4º dia de internamento, a visita decorreu sem intercorrências, coincidindo com o dia em que o Sr. JP terminou a sedação e despertou do estado comatoso em que se encontrava.

No dia seguinte, durante a prestação de cuidados de higiene, verbalizou-nos que foi uma alegria imensa ver os filhos e estes tinham-lhe deixado um desenho que ficou a decorar a unidade do doente. Neste dia, durante o primeiro período de visita, outra médica opôs-se de forma mais diplomática à entrada dos filhos do Sr. JP na unidade, alegando que é difícil prever o impacto que a alteração da imagem corporal do doente poderia ter nas crianças. Todavia, devido ao tato mostrado pela minha orientadora, que estava a coordenar a equipa de enfermagem, foi acordar com médica a visita dos filhos. Este segundo episódio, ao invés do primeiro, não se passou em frente da família, só estavam presentes a minha orientadora, a médica responsável pelo Sr. JP, o próprio e eu. Este episódio também foi reportado à Enfermeira Chefe do serviço, que também optou por reunir com a médica em questão e não se decidiu mais nada.

Nos restantes dias de internamento não houve mais registo de incidentes críticos relativos à presença dos filhos do Sr. JP.

➤ Etapa 2 - Descrição de Sentimentos

De salientar que existem alguns pontos comuns com a minha realidade profissional, nomeadamente a importância do Enfermeiro na gestão do acompanhamento dos familiares \ conviventes significativos. No serviço onde desempenho funções, os familiares estão presentes em todo o processo desde a admissão do pessoa no Serviço de Urgência até à alta ou transferência do pessoa para outro serviço ou outra unidade hospitalar, com exceção das situações emergentes em que o pessoa é admitido na Sala de Reanimação ou em SO, momentos estes em que existe, sempre que possível, disponibilidade da equipa multidisciplinar em informar os familiares do estado clínico do pessoa e dos procedimentos \ tratamentos que estão a ser efetuados para reverter a situação que coloca em risco imediato a vida do pessoa.

Em ambos os serviços, o Enfermeiro é responsável pela gestão das visitas. Já no meu serviço, os elementos da equipa médica (ou outras especialidades Médicas ou Cirúrgicas) pouco intervêm neste processo, sendo quase

necessário solicitar que prestem informações ao pessoa e/ou aos familiares, com exceção para os elementos da equipa médica fixa, que estão despidos para a importância de envolver os familiares no processo terapêutico.

Como pessoa, toda esta situação me despertou sentimentos de indignação e de revolta inicialmente, de orgulho e alívio posteriormente, ao verificar que a equipa de enfermagem soube gerir a situação e levá-la a bom porto. Estando consciente dos riscos que os filhos do Sr. JP poderiam correr ao visitar o pai, acreditei piamente que as vantagens se sobrepujam aos riscos e que o bem-estar psicológico do doente e da família era o mais importante.

Como prestador de cuidados de enfermagem a atravessar um processo de mudança, crescimento e aquisição de competências, considero essencial a inclusão da família (com ou sem menores) em todo o processo terapêutico. Todavia, ao conhecer os riscos inerentes à visita de menores a uma unidade de cuidados intensivos, fiquei dividido, sem saber muito bem como resolver esta situação, pelo que optei por não verbalizar os meus sentimentos e observar o desenrolar da situação.

As crianças vivenciaram este processo num turbilhão de emoções como o medo, ansiedade, tristeza, alegria, alívio.

➔ **Etapa 3 - Avaliação**

Esta situação teve um desenrolar favorável para o pessoa e para a família, muito graças à intervenção de diversos elementos da equipa de enfermagem, ou seja, com paciência, serenidade e utilizando argumentos válidos, a equipa de enfermagem conseguiu acordar com a equipa médica a permissão da visita dos entes significativos do pessoa, promovendo o bem-estar emocional do pessoa e da sua família.

De aspetos negativos gostaria de realçar a renitência dos profissionais da equipa médica em deixar entrar as crianças nesta unidade, o que acabou por

despoletar uma situação que pode perfeitamente ter traumatizado os filhos do Sr. JP, alegando razões que não deixam de ser válidas, mas que acabam por perder relevância quando comparadas com a necessidade que a família manifestou em querer ver o doente.

➔ Etapa 4 - Análise

O Artigo nº 3 da Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro refere que as pessoas em situação de dependência *“têm o direito ao acompanhamento permanente de ascendente, de descendente, do cônjuge ou equiparado (...)”*.

Este serviço tem estabelecido uma norma de Acolhimento e de Acompanhamento de conviventes significativos desde 2005, foi revista em 2009 e encontra-se em fase de revisão para que os direitos da pessoa e da família sejam respeitados.

Para Knutsson (2007), a presença de crianças nas Unidades de Cuidados Intensivos sempre foi controversa. Para a autora, as razões mais frequentes estão relacionadas com a gravidade da situação clínica do pessoa, o ambiente assustador e traumatizante para as crianças, muitas vezes associado a situações terminais e morte e riscos acrescidos de infeção para a criança e para o pessoa.

Penso que os elementos da equipa médica, numa visão paternalista da questão, quiseram impedir o acesso das crianças ao serviço, pois estavam genuinamente preocupados com a segurança e bem-estar das crianças, alegando razões comuns às descritas no artigo acima referido. Todavia os elementos da equipa de enfermagem optaram por analisar a situação e permitir a visita dos filhos do Sr. JP, conversando com elementos renitentes da equipa médica fazendo-os compreender a opção tomada.

➔ Etapa 5 - Conclusão

Apesar de considerar infeliz as atitudes dos elementos da equipa médica, considero haver fundamento válido nas suas preocupações, todavia, as razões

apontadas eram facilmente contornáveis nesta situação específica, já para não falar da falta de tacto demonstrada pelo elemento da equipa médica durante a primeira visita ao ter aquela explosão em frente aos filhos do doente. Penso que a equipa de enfermagem esteve de parabéns ao fazer prevalecer a vontade da família do Sr. JP, tendo em conta os prós e os contras de toda a situação.

Gostaria de ter tido um papel mais ativo em toda a situação mas como visitante e estando a desempenhar um papel de aluno \ enfermeiro achei pertinente não agir diretamente e tentar perceber como é que os meus colegas iriam gerir esta situação. Fiquei contente em perceber que todos os elementos tinham uma opinião semelhante e gostei de ver a Enfermeira Chefe do serviço a envolver-se pessoalmente e a defender o ponto de vista dos seus enfermeiros perante os pares da equipa médica, fomentando o trabalho de equipa multidisciplinar.

Considero que houve uma falha de comunicação entre os responsáveis pela gestão do processo de visitas neste serviço: a Enfermagem e a equipa médica, que gosta de ser informada de tudo o que se passa no serviço apesar de optarem por não se envolver. Essa falha poderia ter sido facilmente contornada se previamente todos os elementos da equipa multidisciplinar tivessem discutido os benefícios da visita destes menores e os riscos a que estariam submetidos, de forma a tomarem em conjunto uma decisão favorável a todos os intervenientes.

➤ **Etapa 6 - Planeamento para situações futuras**

Se me deparar com uma situação semelhante no futuro, irei sempre recordar o Sr. JP e tentarei agir de forma muito semelhante a esta equipa de enfermagem, que teve a preocupação em perceber a dinâmica sócio-familiar do pessoa e tentar perceber qual o melhor para ele, tentando envolver a família em todo o processo terapêutico em conjunto com todos os elementos da equipa multidisciplinar, tentando gerir da melhor forma todos os conflitos que daí possam advir. Estas situações poderiam ser aproveitadas e discutidas em

sessões clínicas sobre a importância do envolvimento da família na qualidade dos cuidados prestados.

Bibliografia

- Benner, P. (2005). *De iniciado a Perito* (2.^a ed.). Coimbra: Quarteto.
- Decreto de Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro, disponível em <http://dre.pt/pdf1s/2009/09/17800/0625406255.pdf>.
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflexive Practice*. Cheltenham UK: Nelson Thornes.
- Knutsson, S.; Bergbon, I. (2007) - Nurses' and physicians' viewpoints regarding children visiting/not visiting adult ICUs. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care*, Vol 12,Nº 2, pp. 64-73.
- Santos, E.; Fernandes, A. (2004) – Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*, nº 11, pp 59-62.

Apêndice C

Sessão de Formação 1

**Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma Grave na Sala
de Reanimação do Serviço de Urgência:
uma troca de experiências**



Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma Grave na Sala de Reanimação do Serviço de Urgência: uma troca de experiências

Orientado por:
Prof. Cândida Durão,
Enfª Especialista Iolanda Bernardo

Elaborado por:
Enfª Rui Miranda, nº 4190

3ª feira, 27 Novembro 2012

Objectivos da Sessão

- Apresentar uma visão sumária da abordagem ao doente politraumatizado no Serviço de Urgência,
- Dar a conhecer as intervenções de ressuscitação realizadas no Serviço de Urgência,
- Uniformizar linguagem utilizada no Serviço de Urgência e nas UCIs.

Definições

- **Trauma:** uma lesão causada por uma força física que o corpo não consegue tolerar

(American Trauma Society in Michigan Statewide Trauma Care Commission, 2002, p. 11)

- **Politraumatizado grave** todo o doente vítima de acidente, que apresente duas ou mais lesões traumáticas graves que necessite de internamento

(Coimbra, 1998, p. 20)

Cinemática do Trauma

- Analisar o acidente,
- Perceber a movimentação das forças envolvidas (leis da energia e do movimento),
- Energia Cinética ($EC = 1/2 MxV^2$)
- Transferência de Energia nos Tecidos Humanos pode provocar lesões tecidulares
- Indivíduo de 70 kg a circular num Motociclo a 30-60-90 km/h

EC = 35 x 900

EC = 35 x 3600 (4 vezes)

EC = 35 x 8100 (9 vezes)

Etiologia

- Principal causa de morte e incapacidade em indivíduos jovens em todo o mundo.
- A etiologia mais comum: acidentes de viação e de trabalho, quedas, tentativas de suicídio e a violência interpessoal (Gomes et al. 2011, p. 82).
- Dados do INE de 2004: 1135 mortos em acidentes de viação (Gomes, 2011, p. 82).

Mortalidade

Nunes et al. (2009) descrevem 3 picos de morte devido a trauma.

1º - cerca de 50% de todas as mortes, surge após o traumatismo, normalmente no local do acidente e as mortes geralmente resultam de lesões no sistema nervoso central, do coração e grandes vasos.

2º - cerca de 30% ocorre algumas horas após o acidente, em consequência de lesões como HSD e H, Epitórax, Hemopneumotórax, Ruptura do Baço, Lacerações Hepáticas, # Bacia ou Hemorragias Massiças. Este grupo beneficia de um atendimento adequado no local, a **Golden Hour**.

3º - vários dias ou semanas após a lesão traumática e a morte é derivada, geralmente, de Sepsis ou Disfunção Multiorgânica.


Classificação do Trauma





- Trauma fechado (principal causa de morte)
 - ⇒ Compressão
 - ⇒ Mudança de velocidade (aceleração e desaceleração)
- Trauma Aberto ou Penetrante
 - ⇒ Área frontal do Projétil, Capacidade de Rolamento, Fragmentação e velocidade do Projétil,
 - ⇒ Ferida de Entrada e Ferida de Saída

7

Contextualização




⇒ Circular Normativa da DGS 2010, Qualidade dos cuidados prestados ao Doente Politraumatizado

- 1 - Critérios de Activação da Equipa de Trauma (Triagem);
- 2 - Existência de Equipa de Trauma organizada, com coordenador definido;
- 3 - Registos;
- 4 - Avaliação Primária (realizada em menos de 20 minutos);
- 5 - Avaliação Secundária (realizada em menos de 1 hora).

8

Constituição da Equipa de Trauma




- Intensivista ou Médico com Formação em Medicina de Emergência.
- Médico Anestésista com Formação e experiência em trauma.
- Médico Cirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência.
- Médico Ortopedista com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência.
- Médico Neurocirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência.
- Médico Imagiologista com formação e experiência em trauma e idealmente, em imagiologia de intervenção.
- 2 Enfermeiros com experiência em cuidados de emergência, e com formação em Suporte Avançado de Vida e Suporte Avançado de Vida em Trauma.
- Auxiliar de Acção Médica conhecedor da metodologia de trabalho de uma Sala de Emergência e com formação em Suporte Básico de Vida e Técnicas de Trauma.

Fonte: Direcção Geral de Saúde (2010) – Comunicado Nº 07/DGS/DQCO

9

Funções do Enfermeiro Coordenador de Trauma



- Integrar a equipa de trauma.
- Gerir recursos técnicos/equipamentos de trauma na sala de emergência.
- Preencher o registo de trauma.
- Acompanhar o líder de trauma na avaliação da evolução clínica diária dos clientes admitidos no dia anterior, no SU e nas áreas dependentes do mesmo.
- Colaborar na implementação de planos de avaliação de qualidade.
- Coordenar os planos de integração, educação e formação pós-graduada em trauma dos enfermeiros.

Fonte: Direcção Geral de Saúde (2010) – Comunicado Nº 07/DGS/DQCO

10

Registo de Trauma



- Estabelecer um plano de acção no tratamento das vítimas de trauma,
- Permite uma análise da incidência e prevalência geográfica do trauma, causas e severidade da lesão, identificação do acesso de cuidados, eficácia do tratamento e desvio das normas e custos associados,
- Desenvolver programas de prevenção, identificação de áreas do sistema com necessidade de melhoria

11


Organização dos SU



- 1996 CTAPRU (Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências);
- 2008 Hierarquização dos Serviços de Urgência



12



- 2001 CRRNEU (Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência),
- Centros de Trauma (CT) a nível nacional, que se assumem como SUP dedicados ao doente politraumatizado (CRRNEU, 2012).
- A estes CT serão referenciados os doentes a incluir na VVT, (CRRNEU, 2012, p.43).

13

Critérios de Activação da VVT

Sinais Vitais e Nível de Consciência

- Frequência respiratória <10 ou >29 ciclos/minuto
- SpO2 < 90% com O2 suplementar
- Pressão Arterial Sistólica < 90mmHg
- Escala de Coma de Glasgow < 14 ou queda < 2 pontos desde o acidente

14

Critérios de Activação da VVT

Anatomia de Lesão

- Trauma Penetrante: cabeça, pescoço, tórax, períneo, proximal ao cotovelo e ou Joelho
- Retalho costal
- Fractura de 2 ou mais ossos longos
- Fractura da bacia
- Fractura do crânio com afundamento
- Amputação proximal ao punho e/ou tornozelo
- Associação de trauma + queimaduras
- Queimaduras maior / graves: 2º grau > 20% ou 3º grau >5%
- Queimaduras com inalação
- Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, circunferenciais nas mãos ou pés

Fonte: Direcção Geral de Saúde (2010) – Comunicado Nº 07/DGS/DQCO

15

Salas de Reanimação HSM



16

Salas de Reanimação HSM




17

Equipa de Emergência do HSM


- Intensivista ou Médico com Formação em Medicina de Emergência.
- Médico Anestesta com Formação e experiência em trauma.
- **Médico Cirurgião com formação** e experiência em trauma e cirurgia de emergência.
- **Médico Ortopedista com formação** e experiência em trauma e cirurgia de emergência.
- **Médico Neurocirurgião** com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência.
- **Médico Imagiologista** com formação e experiência em trauma e idealmente, em imagiologia de intervenção.
- **2 Enfermeiros com experiência** em cuidados de emergência, e com formação em Suporte Avançado de Vida e Suporte Avançado de Vida em Trauma.
- **Auxiliar de Acção Médica** conhecedor da metodologia de trabalho de uma Sala de Emergência e com formação em Suporte Básico de Vida e Técnicas de Trauma.

18

Antes de Receber o Doente 

- Sala aquecida, Soros aquecidos;
- Ter todo o material necessário pronto a utilizar;
- Medidas Universais de Protecção Individual;
- Quem está na Sala?
 - Médico Cirurgião
 - 2 Enfermeiros
 - 1 Auxiliar de Acção Médica
 - Restantes elementos da equipa multidisciplinar em *standby*


19

Avaliação Primária 

A – Controle da Via Aérea e Coluna Cervical


- Assegurar a permeabilidade da Via Aérea com imobilização da cervical;
- Elevação do Mento e\ou Sub-Luxação da Mandíbula,
- Visualização da Orofaringe e extração de corpos estranhos,
- Usar Adjuvantes da VA (Guedell),
- Assegurar VA Temporária (ML, Combitube, Crico) ou Definitiva (TOT, Traqueostomia Urgência).
- Atender ao alinhamento anatómico e imobilização da coluna cervical (Colar Cervical e Imobilizadores Laterais),

20

B - Ventilação 

- VOS,
- Auscultação,
- Exposição e Visualização do Tórax
- Palpação Torácica e Percussão

21

C -Circulação 

- Avaliar sinais de Choque:
 - Nível de Consciência,
 - Pulso
 - Temperatura e coloração da pele,
 - Hemorragias Visíveis,
 - Preenchimento capilar,
 - Pressão Arterial,
- Puncionar 2 acessos de grande calibre,
- Fluid-Challenge (1 a 2L de Solução Isotónica aquecida)

22

D – Disfunção Neurológica 

- Avaliação do Estado de Consciência (GCS)
- Avaliação Pupilar,
- Sinais de Lateralização,
- Sinais de Lesão Espinal Medula

E – Exposição

- Tirar as roupas ao doente
- Controle da Temperatura Corporal,
- Ambiente aquecido


23

Monitorização e MCDTs 

- Monitorização de PVs,
- ECG,
- Algáliação,
- ENG\EOG,
- Gasimetria,
- Avaliação Imagiológica (Tórax e Bacia)

24

Avaliação Secundária Exame Objectivo



- Cabeça (Avaliação Pupilar),
- Pescoço,
- Tórax,
- Abdómen,
- Extremidades,
- Tecidos Moles,
- Região Dorsal e Coluna Vertebral,

25

Recolha de Informação




CHAMU
 C - Circunstâncias do acidente,
 H - História Progressiva (AP),
 A - Alergias
 M - Medicação,
 U - Última Refeição.

AMPLE
 A - Alergias,
 M - Medicação,
 P - AP \ Gravidez (*Pregnancy*),
 L - Última Refeição,
 E - Eventos relacionados com o incidente

26

Transferência



- Fases do transporte
 - Decisão,
 - Planeamento,
 - Efectivação

Doente
Politraumatizado

UCI

BO

Outros

- Serviços de Especialidades MC
- Outras Unidades Hospitalares
- Alta


27





28

QUESTÕES / SUGESTÕES



29

Síntese



- Definições e Contextualização da temática do Trauma,
- VVT,
- Organização dos SU,
- Cinemática do Trauma,
- Avaliação Primária,
- Avaliação Secundária,
- Transferência

30

"Existirá alguém tão esperto que aprenda pela experiência dos outros?" *Voltaire*

"A experiência não é o que nos acontece; é o que fazemos com aquilo que nos acontece." *Huxley*

"O homem prudente aproveita a sua experiência; o homem sábio aproveita a experiência dos outros." *Collins*

Bibliografia

- American College of Surgeons Committee on Trauma. (2008). *Advanced Trauma Life Support for Doctors*. Chicago: American College of Surgeons
- Coimbra, R, et al. (1998). *Emergências Traumáticas e não Traumáticas*. São Paulo : Editora Atheneu.
- CIRNEU. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. Lisboa.
- Direcção Geral de Saúde. (2010). *Organização das Cuidados Hospitalares ao Traumatizado*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Graymire, V. J. et al. (2008) *Advanced Trauma Care for Nurses Student Manual*. Society of Trauma Nurses. Portuguese Edition.
- Gomes, E. et al. – O Doente Politraumatizado Grave, Implicações da Ruralidade na Mobilidade, Incapacidade e Qualidade de Vida. *Acta Médica Portuguesa*. nº 24 (2011) pp. 81-90.
- Michigan Statewide Trauma Care Commission. (2002). *Report of the Michigan Statewide Trauma Care Commission*. Bureau of Health Services.
- Nunes et al. (2009). *Manual de trauma*. (5ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- Sheehy, S., Newberry, L. (2001). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. (4ª edição). Lisboa: Lusociência.

Apêndice D

Estudo de Caso



Estudo de Caso

Prestação de Cuidados à Pessoa Vítima de
Trauma Grave

Rui Miranda, nº 4180

Índice

Lista de siglas.....	86
1 - INTRODUÇÃO.....	87
2. REVISÃO DA LITERATURA	89
2.1 - Referencial Teórico.....	81
2.2 – Contextualização do Tema.....	95
2.2.1 - Triagem.....	96
2.2.2 - Equipa de Trauma.....	97
2.2.3 - Registo de Trauma.....	99
2.2.4 - Avaliação Primária e Secundária	99
2.2.5 - Organização do Sistema de Trauma em Portugal	101
3. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM.....	102
3.1 Antecedentes Pessoais.....	105
3.2 Farmacocinética e farmacodinâmica.....	106
4. PLANEAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	108
5. DISCUSSÃO	116
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
7. BIBLIOGRAFIA	119

Lista de siglas

ATLS – *Advanced Trauma Life Support*

CRRNEU – Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

CT – Centro de Trauma

DT - Drenagem Torácica,

DVF – Drenagem vesical funcionante

FC – Frequência Cardíaca

FV – Frequência Ventilatória

GCS – *Glasgow Coma Score*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

PA – Pressão Arterial

PSC - Pessoa em Situação Crítica,

REPE - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem,

SF – Soro Fisiológico

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUC - Serviço de Urgência Central,

SUG - Serviço de Urgência Geral,

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TA - Tensão Arterial

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TAE - Técnico de Ambulância de Emergência

TCE – Traumatismo Crâneo-Encefálico

TVM – Traumatismo Vértebro-Medular

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Projeto de Estágio que visa a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especializado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, propus como uma das atividades “prestar cuidados especializados de enfermagem ao utente vítima de trauma e sua família, baseado em evidências científicas”, para dar resposta a um objetivo que defini, nomeadamente “desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especializado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa vítima de trauma grave”.

Como tal, surgiu a necessidade de elaborar um Estudo de Caso que me permitiu articular os conhecimentos teóricos adquiridos na sala de aula e da revisão da literatura e a prestação efetiva de cuidados em contexto real, favorecendo a reflexão e o desenvolvimento de competências na área da prestação de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica. Benner (2011) refere que os Enfermeiros aprendem melhor quando utilizam estudos de caso que põem à prova os conhecimentos e requerem a capacidade de aprender uma situação.

Este trabalho tem então como objetivo desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especializado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica na prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa Vítima de Trauma Grave.

A escolha do cliente alvo de estudo foi partilhada entre mim e o Enfermeiro orientador do local de estágio, tendo como base a aquisição e desenvolvimento de competências gerais e específicas que permita dar resposta aos objetivos delineados no início do Estágio. Desta forma, decidi elaborar este Estudo de Caso tendo por base a situação de um homem de 38 anos, vítima de acidente de viação com veículo de 2 rodas, do qual resultou traumatismo crânio-encefálico, traumatismo torácico e traumatismo da clavícula. A necessidade de internamento no Serviço de Urgência resultou da necessidade de uma

abordagem integrada enquanto pessoa vítima de trauma grave, com necessidade de monitorização contínua de parâmetros vitais, controle da dor e apoio à família a viver uma transição situacional. A prestação de cuidados individualizados a este jovem permitiu-me o desenvolvimento de algumas das competências a que me propus no início deste Estágio e esplanados nos objetivos do mesmo.

A elaboração deste Estudo de Caso permitiu-me a reflexão sobre a prática, enquadrando as atividades realizadas e os cuidados prestados dentro da evidência científica mais recente.

Este documento está organizado em diversos capítulos. Primeiramente, de forma introdutória, contextualiza-se o problema e enumeram-se os objetivos propostos. De seguida procede-se a uma breve revisão de literatura, onde se aborda entre outras temáticas o referencial teórico de enfermagem escolhido.

Posteriormente tem-se a caracterização da situação, antecedentes pessoais e conseqüentemente o planeamento dos cuidados de Enfermagem, onde se descrevem os diagnósticos, os resultados esperados e as intervenções de Enfermagem.

As considerações finais surgem no quarto ponto, onde se expõem as principais linhas conclusivas que se apreenderam da realização deste trabalho. Por último, surge a bibliografia, onde se expõem todas as referências utilizadas.

Em relação à metodologia a utilizar na realização deste trabalho, pretende-se que seja fundamentalmente descritiva e analítica, servindo a bibliografia consultada a base do estudo a realizar.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura é, segundo Fortin, “*um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação*” (1999, p. 74). Nesta perspectiva, a revisão da literatura corresponde à realização de um balanço das publicações existentes no domínio do tema em estudo. Desta forma, durante o estágio e a realização deste relatório, teve-se em conta a evidência disponível, uma vez que é essencial que os profissionais de enfermagem apliquem nas suas práticas clínicas a evidência disponível, contribuindo para a investigação em Enfermagem (Craig & Smyth, 2004).

A revisão da literatura realizada permitiu aprofundar conhecimento sobre o tema em estudo, constituindo o suporte teórico deste percurso. Para isso foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados da EBSCO, nos catálogos da ESEL, e em base de dados de organizações de renome, como a *World Health Organization* (WHO), *Emergency Nurses Association* (ENA) ou a *Society of Trauma Nurses* (STN) utilizando os termos “*Trauma Nurses*”, “*Trauma Care*” e “*Emergency Department*”. De forma a abordar o problema em estudo, apresenta-se a contextualização do tema, onde se definem alguns conceitos importantes, aborda-se a importância da enfermagem na abordagem à pessoa vítima de trauma grave e termina-se com o referencial teórico de enfermagem usado.

Para abordar o problema em estudo, apresenta-se o referencial teórico de enfermagem e a contextualização do tema.

2.1 – Referencial Teórico

Os referenciais teóricos em enfermagem desempenham um papel fundamental na definição da enfermagem como ciência e como profissão autónoma. Assim, os cuidados prestados à pessoa são influenciados pelo referencial teórico que se escolhe (Pearson e Vaughan, 1992), sendo que a pessoa em situação crítica não constitui uma exceção. Meleis refere que as teorias de enfermagem

servem de suporte para compreender situações complexas que se colocam diariamente na prática de enfermagem (Meleis *et al.* 2000).

Ao longo do seu percurso como investigadora e como teórica de Enfermagem, Afaf Ibrahim Meleis atribuiu uma importância crescente às mudanças que ocorrem no indivíduo ao longo do seu ciclo vital. Essas mudanças, denominadas de Transições, desencadeiam alterações no ser humano (Shumacher e Meleis 1994). A autora definiu Transição como a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro. Refere-se tanto ao processo como ao resultado de complexas interações pessoa-ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está embutida no contexto e na situação (Meleis e Trangenstein 1994). Salaria também que a transição implica uma mudança no estado de saúde, nos papéis sociais, nas expectativas, nas capacidades, exigindo que a pessoa adquira novos conhecimentos e alteração de comportamentos o que vai implicar mudar o seu eu no contexto social. O conceito de transição é coerente com a filosofia de saúde holística, o que é o centro da prática de enfermagem (Meleis, 2010). Os enfermeiros, ao longo do seu percurso acadêmico, profissional e pessoal adquirem conhecimentos sobre o ser humano e o seu desenvolvimento, e interações pessoa-ambiente, pelo que a Teoria da Transição pode ser a chave para o desenvolvimento de novos conhecimentos na área de enfermagem, com benefícios na sua prática (Chick e Meleis 1986).

A pessoa vítima de trauma, bem como a sua família, iniciam um processo de mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que lhe exigem o desenvolvimento de novos conhecimentos e definições sobre si alterando os seus comportamentos e hábitos de vida. Para me ajudar a compreender a problemática abordada, optei por usar a teoria proposta por Meleis.

Para complementar o conceito de Transição, a autora definiu alguns conceitos e propôs uma nova teoria de enfermagem, a teoria de médio alcance das Transições.

Um dos conceitos centrais, o conceito de enfermagem, é definido pela autora como a arte em facilitar processos de transição saudáveis dos seres humanos,

englobando experiências anteriores, com o intuito em promover a saúde e bem-estar das populações. A este conceito, a autora acrescenta como missão da enfermagem promover uma transição saudável de forma a aumentar os ganhos de saúde, focando as suas intervenções na prevenção, promoção e intervenção no processo de transição (Meleis 2010). O conceito de cuidar é definido como um processo que facilita o sucesso das transições e que não necessita de vínculo clínico para se determinar o início e o final do evento transicional (Meleis 2010). Cliente é definido pela teórica como o destinatário das intervenções de enfermagem (Meleis *et al.* 2000).

Uma teoria de médio alcance tem uma abrangência mais limitada, é menos abstrata que as teorias de longo alcance e direcionam-se para um fenómeno ou conceito mais específico, refletindo uma prática clínica, educacional ou administrativa (Meleis 2007). Neste contexto, a autora desenvolveu a Teoria das Transições como uma teoria médio alcance, com o intuito de servir de suporte para compreender o fenómeno das transições e providenciar orientações específicas para a prática, e direcionar questões de pesquisa mais específicas e coerentes (Meleis *et al.* 2000).

Para demonstrar o alcance do fenómeno que pode ser conceptualizado como transições, Meleis e as suas colaboradoras definiram diversos elementos que constituem o modelo das Transições, como se pode constatar na Figura 2:

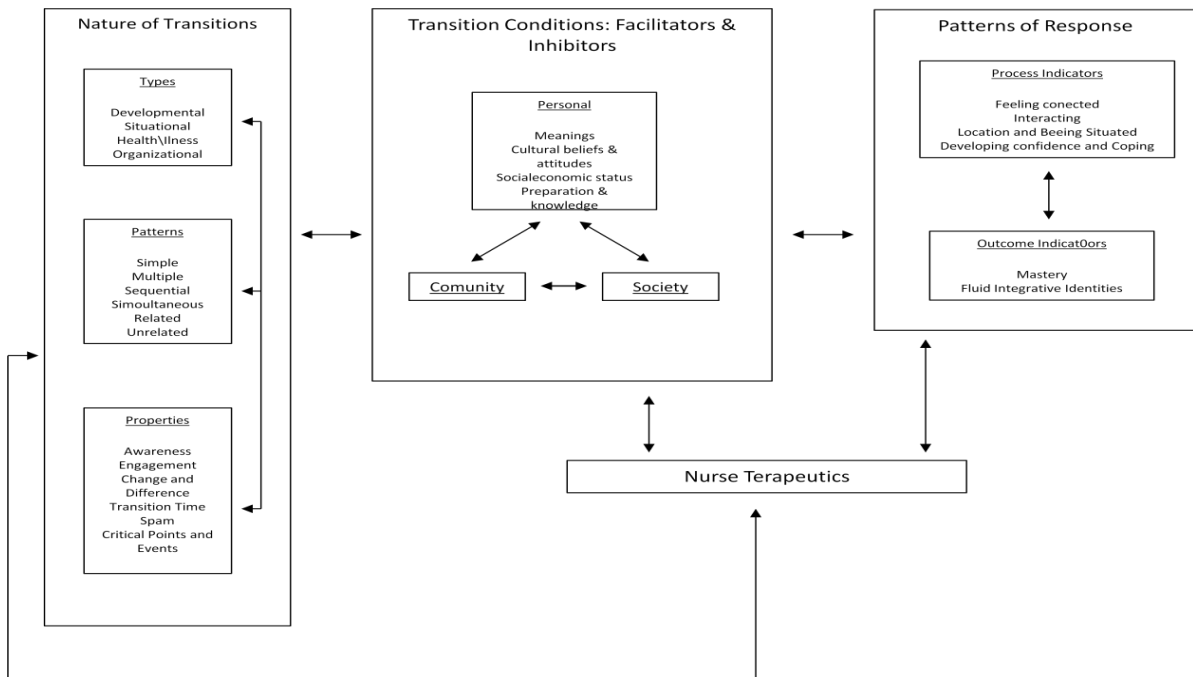


Figura 2: Resumo da Teoria das Transições (Fonte: Meleis *et al.* 2000, p.17)

A teórica descreveu alguns tipos de transições no trabalho dos enfermeiros com o cliente e os seus familiares (Schumacher e Meleis 1994; Meleis *et al.* 2000; Meleis *et al.* 2000, 13). Um cliente e a sua família podem estar a experienciar diversas transições em simultâneo, como por exemplo uma Transição de Saúde\Doença e uma Transição Situacional, definidas pela autora:

- Transição de Saúde-Doença ocorre em situações em que existe uma alteração súbita ou gradual de um estado saudável para um estado de doença aguda ou crónica e vice-versa.
- Transição Situacional inclui diversas situações que requerem uma reorganização de papéis e comportamentos por parte do cliente, como por exemplo o nascimento ou morte de um familiar. Em situação de morte, essa transição ganha uma outra dimensão para toda a sua família e conviventes significativos.

A dependência associada ao processo saúde - doença experienciada pelo pessoa politraumatizado e as respetivas consequências, como é o caso da hospitalização, constituem eventos de transição. As alterações que surgem desses acontecimentos, o nível de envolvimento da pessoa e o significado que

este atribui ao que está a experienciar, são aspetos determinantes para a ocorrência duma transição saudável (Meleis *et al.* 2000).

A teórica definiu mais dois tipos de transições, as Transições Organizacionais que acontecem sempre que existem mudanças na estrutura e dinâmicas organizacionais (Schumacher e Meleis 1994), como por exemplo, no âmbito deste trabalho, as mudanças organizacionais que a DGS pretende instituir nos SU para a abordagem ao cliente politraumatizado com a implementação do protocolo VVT; e as Transições de Desenvolvimento que consistem em processos de maturação que ocorrem no decurso normal do ciclo vital do cliente, como por exemplo as mudanças que ocorrem desde a infância até à adolescência, a parentalidade ou as mudanças que ocorrem com o envelhecimento.

A importância do processo da transição para a atuação da enfermagem reflete-se no crescente número de estudos realizados por enfermeiros no âmbito das transições (Meleis, 2010). Os enfermeiros são, muitas vezes, os primeiros cuidadores dos utentes e suas famílias que estão a experienciar uma transição. Estão atentos às mudanças e exigências impostas pela situação de transição e são também os agentes que preparam os indivíduos para as transições, e também ajudam as pessoas a desenvolver competências para lidar com essa situação (Meleis *et al.* 2000).

Meleis (2007) defende que o cliente e a família estão naturalmente sujeitos a vivenciar processos transicionais de natureza distinta. Estes momentos revestem-se de grande *stress* pelo que se consideram momentos de crise natural (Alarcão, 2006). A mesma autora acrescenta que as transições situacionais assumem um caráter acidental que, por serem súbitas e inesperadas, têm consequências mais dramáticas e perturbadoras do equilíbrio familiar. As transições de saúde/doença compelem a família a deslocar-se de um estado de saúde e bem-estar para uma situação de doença. Apesar da natureza distinta dos processos de transição, estes não são mutuamente exclusivos, podendo coexistir a ponto de suscetibilizarem a família, perante a grande necessidade de adaptação (Meleis, 2007).

Nesta perspectiva, um episódio de doença aguda numa pessoa com necessidade de hospitalização prolongada, como é o caso da pessoa vítima de trauma, tem implicações em todo o sistema familiar, obrigando a uma redefinição de tarefas e redistribuição de papéis (Meleis e Trangestein, 1994). Caso o indivíduo pessoa apresente um emprego com condições precárias, as faltas ao trabalho vão sequencialmente comprometer os seus rendimentos, vivenciando esta família um novo momento de crise.

Todavia, o suporte familiar, quando presente, é assumido como um elemento facilitador no processo de transição Saúde-Doença que estão a experienciar, bem como noutros processos em que estão envolvidos (Mendes, Bastos e Paiva, 2010).

As Intervenções Terapêuticas de Enfermagem podem ser conceptualmente consideradas nas relações das transições, o que lhes antecede e as suas consequências. O foco de atenção do enfermeiro centra-se assim no pessoa, que está em constante interação com o ambiente, e que pode experimentar desequilíbrios, necessidades não satisfeitas ou incapacidade para cuidar de si (Zagonel, 1999). As intervenções do enfermeiro devem ser no sentido de facilitar essa adaptação a uma nova forma de estar e ser, fomentando o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas com as experiências de saúde e doença (Meleis, 2000, 2007). A autora defende que estes tipos de intervenções devem ser vistos como exemplos de terapêuticas de enfermagem utilizadas durante as transições e não apreendidas como as únicas possibilidades de intervenção para as experiências transicionais (Meleis 2010).

É importante o enfermeiro compreender que tipo de transição o cliente e a sua família estão a vivenciar, quais as propriedades e dimensões que esta engloba e tipo de resposta que o cliente tem perante elas, tornando-se assim essencial para o desenvolvimento de um plano conjunto de Intervenções Terapêuticas de Enfermagem adequadas a cada situação. Deve adotar novas perspectivas de reflexão para fazer face a este grande desafio e, para isso, deve estar atento às exigências da mudança, preparar os indivíduos para o processo de transição ajudando-o no desenvolvimento de competências para a enfrentar.

Assim é fundamental fornecer informação à pessoa de modo a que seja capaz de tomar decisões assumindo a gestão do seu processo de doença.

2.2 – Contextualização do Tema

A *American Trauma Society* define trauma como uma lesão causada por uma força física e o *American College of Surgeons Committee on Trauma* acrescenta que o trauma pode ter diversos graus de severidade (*Michigan Statewide Trauma Care Commission, 2002, p. 11*). Entende-se por politraumatizado grave todo o doente vítima de acidente, que apresente duas ou mais lesões traumáticas graves (crânio-encefálico, facial, vertebral, torácico, abdominal, pélvico e extremidade), que necessite de internamento (Coimbra, 1998).

Para Gomes et al. (2011), o trauma é a principal causa de morte e incapacidade em indivíduos jovens em todo o mundo. A etiologia mais comum do trauma provém de acidentes de viação e de trabalho, quedas, tentativas de suicídio e a violência interpessoal.

De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) publicados em 2005, mais de 1,2 milhões de pessoas morrem de por acidentes de viação anualmente e cerca de 50 milhões sofrem lesões ou ficam incapacitados. O trauma é a principal causa de morte mundial em indivíduos entre os 5 e os 44 anos. A nível Europeu, o trauma também é a primeira causa de morte até aos 44 anos e Portugal lidera a lista de países europeus em termos de incidência de trauma e mortalidade (WHO, 2005, p.1). No nosso país os acidentes de viação são a principal causa de trauma, seguindo-se os acidentes de trabalho, violência interpessoal e tentativas de suicídio. Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) mostram que em 2004, o número total de mortos em acidentes de viação ascendeu a 1135 (Gomes, 2011, p. 82).

Para tentar diminuir a mortalidade e a morbilidade relacionadas com o trauma, a OMS redigiu 2 documentos orientadores para a implementação de sistemas de trauma e programas de melhoria da qualidade da abordagem e tratamento

do doente traumatizado. No seguimento destes documentos também a Ordem dos Médicos redigiu o manual “*Normas de Boa Prática em Trauma*” (2009), que define não só princípios básicos de abordagem do Doente Politraumatizado, como também alerta para a importância da atualização da rede de referência de urgência e emergência médica e da definição de centros de trauma, no contexto dessa mesma rede. A Comissão Regional do Doente Crítico, também em 2009, emitiu o documento “*Um Ano de Reflexão e Mudança*”, exemplos de recomendações para a implementação de circuitos de referência à pessoa vítima de trauma.

Este documento e os anteriores serviram de base para que a Direção Geral de Saúde (DGS) emitisse a Circular Normativa nº07/DQS/DQCO de 31/03/2010, a “*Norma de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*”. Nesse documento, está implícito que, em todas as unidades de saúde com serviço de urgência deverá ser instituído o Protocolo Via Verde Trauma, que consiste sucintamente em 5 pressupostos: **1** - Critérios de ativação da Equipa de Trauma (Triagem); **2** - Existência de equipa de trauma organizada, com coordenador definido; **3** - Registos; **4** - Avaliação primária (realizada em menos de 20 minutos); **5** - Avaliação secundária (realizada em menos de 1 hora).

2.2.1 - Triagem

É pela triagem que é ativada a equipa de trauma. Com implementação em vários hospitais do país, a triagem de prioridades de *Manchester* é realizada por enfermeiros. Compete aos enfermeiros a avaliação inicial do cliente vítima de trauma e conseqüentemente, se justificável, a ativação da equipa de trauma. A DGS (2010) emitiu as recomendações de ativação de equipas de trauma, que se encontram descrita na tabela seguinte:

Sinais Vitais e Nível de Consciência

Frequência respiratória <10 ou >29 ciclos/minuto

SpO2 < 90% com O2 suplementar

Pressão arterial Sistólica < 90mmHg

Escala de Coma de Glasgow < 14 ou queda < 2 pontos desde o acidente

Anatomia de Lesão

Trauma Penetrante: cabeça, pescoço, tórax, perineo, proximal ao cotovelo e ou joelho

Retalho costal

Fratura de 2 ou mais ossos longos

Fratura da bacia

Fratura do crânio com afundamento

Amputação proximal ao punho e/ou tornozelo

Associação de trauma + queimaduras

Queimaduras major / graves: 2º grau > 20% ou 3º grau >5%

Queimaduras com inalação

Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, circunferenciais nas mãos ou pés

Fonte: Fonte: Direção Geral de Saúde (2010) – Comunicado Nº 07/DQS/DQCO

2.2.2 - Equipa de Trauma

Segundo a OMS (2004) uma abordagem bem planeada e organizada é essencial para uma gestão ótima de cuidados. A ressuscitação implica um conjunto coordenado de ações realizadas para assegurar a via aérea, suporte respiratório e restabelecimento da circulação e oxigenação tecidual. Uma equipa organizada de trauma melhora o processo, abordagem e resultado final dos cuidados ao cliente vítima de trauma.

Numa equipa de trauma de um SUP, de acordo com a DGS (2010) deverá existir a cada momento um coordenador de equipa designado para o efeito e uma equipa multidisciplinar, constituída pelos seguintes elementos:

- Intensivista ou Médico com Formação em Medicina de Emergência.
- Médico Anestesiologista com Formação e experiência em trauma.
- Médico Cirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência.
- Médico Ortopedista com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência.
- Médico Neurocirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência.
- Médico Imagiologista com formação e experiência em trauma e idealmente, em imagiologia de intervenção.
- 2 Enfermeiros com experiência em cuidados de emergência, e com formação em Suporte Avançado de Vida e Suporte Avançado de Vida em Trauma.
- Auxiliar de Ação Médica conhecedor da metodologia de trabalho de uma Sala de Emergência e com formação em Suporte Básico de Vida e Técnicas de Trauma.

Para além da equipa de trauma, deverá existir uma equipa de trauma consultiva que apoie a equipa multidisciplinar já descrita, sob articulação com o coordenador da equipa de trauma. Os SUP, segundo a DGS (2010), devem dispor em tempo útil, de todas as especialidades, sejam elas em presença física, prevenção ou com protocolo de transferência, para poderem tratar de qualquer lesão traumática.

De acordo com a OM (2009), em cada centro de trauma deverá também existir um enfermeiro coordenador de trauma, incorporado ao SU ou a uma UCI. As suas responsabilidades são as seguintes:

- Integrar a equipa de trauma.
- Gerir recursos técnicos/equipamentos de trauma na sala de emergência.
- Preencher o registo de trauma.

- Acompanhar o líder de trauma na avaliação da evolução clínica diária dos clientes admitidos no dia anterior, no SU e nas áreas dependentes do mesmo.
- Colaborar na implementação de planos de avaliação de qualidade.
- Coordenar os planos de integração, educação e formação pós-graduada em trauma dos enfermeiros.

Para Boyd (2011), o aparecimento de Enfermeiros Especializados em Trauma elevou a qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico para níveis nunca vistos previamente. O papel do Enfermeiro coordenador de trauma tornou-se essencial para a prestação de cuidados hospitalares com qualidade.

2.2.3 - Registo de Trauma

Os registos são essenciais a todos os profissionais que se preocupam com a qualidade dos cuidados prestados. Segundo a OM (2009), numa rede de trauma, o registo de dados é fundamental. Ajuda a estabelecer um plano de ação no tratamento das vítimas de trauma, permite uma análise da incidência e prevalência geográfica do trauma, causas e severidade da lesão, identificação do acesso de cuidados, eficácia do tratamento e desvio das normas e custos associados. Esta análise possibilita o desenvolvimento de programas de prevenção, identificação de áreas do sistema com necessidade de melhoria e identificação de outros fatores que recomendem alterações no desenho e na implementação do sistema integrado de trauma.

2.2.4 - Avaliação Primária e Secundária

De acordo com a filosofia ATCN[®] implementada pela *Society of Trauma Nurses* (STN), as vítimas de trauma são abordadas pela sequência ABCDE (**A** – Via Aérea com imobilização da coluna cervical; **B** – Ventilação e oxigenação, **C** – Circulação (Suporte Cardiovascular), com controlo de hemorragia, **D** –

Disfunção Neurológica; **E** – Exposição (Avaliação do Hábito Externo), evitando a hipotermia), que estabelece a prioridade dos tratamentos a efetuar.

Nunes *et al.* (2009) descrevem 3 picos distintos de morte devido a trauma. O primeiro pico, cerca de 50% de todas as mortes, surge segundos ou períodos após o traumatismo, normalmente no local do acidente e as mortes geralmente resultam de lesões no sistema nervoso central, do coração e grandes vasos. Poucas vítimas poderão ser salvas nesta fase devido à gravidade das suas lesões.

O segundo pico, cerca de 30% ocorre algumas horas após o acidente, em consequência de lesões como hematomas subdurais e epidurais, hemopneumotórax, ruturas do baço, lacerações do fígado, fraturas da bacia ou lesões múltiplas associadas a perda significativa de sangue. Este grupo beneficia de um atendimento adequado no local, a *Golden Hour*, que é caracterizada pela necessidade de uma rápida abordagem e ressuscitação.

O terceiro pico ocorre entre vários dias e semanas após a lesão traumática e a morte é derivada, geralmente, de sépsis ou disfunção multiorgânica.

A gestão dos cuidados deve passar por uma rápida avaliação primária, ressuscitação de funções vitais, uma avaliação secundária e finalmente, a iniciação de um tratamento definitivo.

É realizada uma avaliação da vítima identificando risco potencial de vida pela sequência ABCDE. Na avaliação primária e segundo a *Society of Trauma Nurses* (Graymire, 2008) serão realizadas intervenções simultâneas de ressuscitação, de acordo com a prioridade ABCDE. Já na avaliação secundária é realizada uma avaliação sistemática e pormenorizada, da cabeça aos pés, identificando todas as lesões presentes. Deverá ser também atualizada a história clínica da vítima de possível.

Avaliação primária e secundária, de acordo com a STN (2008), devem ocorrer ordeiramente e de acordo com tempos rigorosos facilitando assim resultados finais ótimos. O enfermeiro com um conhecimento sólido e com compreensão

dos conceitos chave do cuidado avançado em trauma, é parte integral e fundamental da equipa de trauma.

2.2.5 - Organização do Sistema de Trauma em Portugal

A organização do sistema de trauma em Portugal tem sofrido diversas alterações nos últimos 15 anos. Em 1996, foi criada a Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências que, pela primeira vez desde a criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979, definiu os princípios precursores da Rede de Referência das Urgências. Em 2007, a Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral (CTAPRU) propôs níveis, critérios, condições de acesso e localização de pontos de rede de urgência. Na sequência deste trabalho, o Despacho nº5414/2008, de 28 de Janeiro define quais os SU que constituem os pontos de referência de urgência/emergência. A hierarquização dos serviços de urgência em 3 níveis (Básico, Médico-Cirúrgico e Polivalente) proposta pela CTAPRU é aquela que se mantém na atualidade.

Em 2001, o Ministério da Saúde criou a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU), que elaborou e publicou um relatório onde propõe a reorganização dos pontos de rede. Propõem ainda, pela primeira vez, a criação de Centros de Trauma (CT) a nível nacional, que se assumem como SUP dedicados ao doente politraumatizado (CRRNEU, 2012). A estes CT serão referenciados os doentes a incluir na VVT, desde o sistema de emergência pré-hospitalar ou desde as unidades de atendimento de menor diferenciação da rede. O relatório do CRRNEU acrescenta que *“a estes CT cabe a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave, tendo de cumprir os critérios de presença de valência/especialidades definidas nos níveis de responsabilidade do SU. A estes CT serão referenciados os doentes a incluir na VVT...”*. (CRRNEU, 2012, p.43).

O enfermeiro especializado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica desempenhará um papel preponderante na implementação deste protocolo. Não só a sua formação permite a sua atuação em todas as fases deste processo (triagem, abordagem da vítima, registos adequados e de qualidade), como também poderá ocupar cargo de gestão e avaliação do sistema implementado, tal como preconizado pela OM (2009), que refere que um plano interno de trauma deverá ter um diretor médico e um enfermeiro coordenador, que se responsabilizem pela execução e pela avaliação do programa de trauma, a nível interno e externo.

3. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM

O Sr. TM (nome fictício para preservar o direito à privacidade, confidencialidade de dados e segredo profissional), do sexo masculino, de 38 anos de idade, deu entrada no SUC do HSM às 19:58 de 29 de Janeiro de 2013, trazido pela VMER do HSFX, vítima de acidente de viação, condutor de veículo ligeiro, que embateu noutro veículo, com projeção de cerca de 20 m, havendo danificação do capacete. Do acidente resultou TCE com PC e amnésia para o sucedido, traumatismo torácico e traumatismo do ombro à esquerda e membro superior esquerdo. Doente trazido em Plano Duro, com Colar Cervical e Imobilizadores Laterais. Durante o transporte o doente terá tido queixas álgicas ao nível do MSE, pelo que foi puncionado acesso venoso periférico e administrou-se 10 mg de Morfina ev, com melhoria do quadro álgico.

À entrada em SOA, transferiu-se doente do Plano Duro dos TAEs para o Plano Duro do SUC, de acordo com protocolo TVM.

Foi efetuada a seguinte avaliação primária, de acordo com o preconizado pela DGS (2010) e pela ACSCT (2008):

A – Via Aérea Permeável e Estabilidade Cervical mantida;

B – Apresenta respiração espontânea, com expansão torácica simétrica. Palpação torácica dolorosa à esquerda e percussão torácica bilateral sem alterações. Auscultação dos campos pulmonares simétrica, sem alterações. Apresentava FV de 18 cpm, com aporte de O₂ por Máscara Facial a 3 l/m, com oximetrias periféricas entre os 98-100%;

C – Pele e mucosas coradas e hidratadas. Sem sinais visíveis de Hemorragia. Hemodinamicamente com uma TA de 158/85 mmHg, FC de 63 bpm, com pulso periférico cheio e regular e BMT de 121 mg/dm³. Tinha 1 avp no MSD perfundindo SF e foi puncionado 2º avp no MSD, tendo ficado obturado.

D – Doente consciente, orientado e colaborante (GCS: 15 = O4+M6+V5). Pupilas isocóricas e isorreativas, tamanho 3.

E – Apresentava uma Temperatura timpânica de 36,1 °C, foram retiradas as roupas e realizou-se um exame físico sumário, tendo-se detetado um Hematoma na região clavicular à esquerda. Região Cervical, MSD, Bacia e MIs sem lesões visíveis e sem alterações à palpação. Apresentava diversas escoriações em ambos os MSs, nomeadamente no 2º dedo da mão esquerda.

Como adjuvantes da Avaliação Inicial foi colhido sangue para 3 tubos e tipagem, iniciou-se monitorização da FC, TA e oximetrias periféricas. Foi algaliado com Foley nº 16, após exclusão de lesão na região pélvica, com saída de urina clara, sem vestígios hemáticos visíveis. Iniciou-se monitorização de Débito Urinário. Mantém Dor grau 6 da Escala Numérica da Dor, pelo que se administrou 1g ev de Paracetamol. Administrou-se dose de vacina antitetânica.

Esta avaliação inicial demorou cerca de 10 minutos, tempo inferior aos 20 minutos preconizados pela DGS na norma nº 07/DQS/DQCO de 2010 e foi realizada por um Cirurgião Geral. Todavia, não foi colocado Cateter Gástrico, não foram realizadas gasimetria nem Eco FAST.

A equipa de Cirurgia Geral pediu apoio às especialidades de Neurocirurgia, Cirurgia Córdio-Torácica e Ortopedia para avaliação do doente.

De seguida o doente foi realizar a seguinte Avaliação Imagiológica:

- Ecografia Abdómino-Pélvica e Renal,
- TAC CE e Cervical e Torácica,
- Rx Coluna Cervical, Tórax, Grelha Costal, Ombro esquerdo, Clavícula Esq^a, Membro Superior Esquerdo e Antebraço Esquerdo.

Após realização da avaliação imagiológica, doente ficou internado em SOA, para monitorização dos PVs vitais. Foi realizada Lavagem e Desinfecção das escoriações e penso do 2º dedo da mão esquerda com Gaze Gorda e ligadura de contenção. Iniciou elevação do MSE, para conforto e prevenção de edema do membro.

Os exames imagiológicos e avaliação analítica revelaram o seguinte:

- Ecos sem alterações agudas relevantes,
- TAC CE e Cervical sem alterações agudas,
- TAC Torácico revela fratura cominutiva da Clavícula à esq^a com densificação das partes moles e hematoma e fraturas do 2º ao 7º Arcos Costais à esquerda, em mais do que uma localização, com pequeno derrame pleural por provável hemotórax, sem Pneumotórax. Apresenta enfisema centrilobular e paraseptal na vertente superior de ambos os campos pulmonares.
- Rx revela fratura mediodiafisária da Clavícula esq^a.
- Analiticamente doente apresenta Hb 16,3g, Leuc 14610, N 71,8%, Pla^q 202000, INR de 0,99, Ureia 32, Creat 0,8, Na 140, K 3,7, Amilase 10, ALT 29, AST 63, GGT 225, Bilirrubina 0,4, CK 201 e PCR 0,2.

Foi posteriormente avaliado pela Ortopedia, que realizou o Exame Secundário, tendo confirmado a presença de hematoma ao nível do terço médio da região clavicular à esquerda, com crepitação à palpação. Retirou Colar Cervical e Plano Duro e colocou suspensão braquial do Membro Superior Esquerdo.

Foi avaliado pela Neurocirurgia, que refere não haver alterações neurológicas, pelo que pode ser transferido para hospital da área de residência.

A Cirurgia Córdio-torácica refere que as bolhas de enfisema relatadas na TAC Torácico estão associadas a provável doença pulmonar crónica. E acrescenta não haver necessidade de drenagem ou outras intervenções da especialidade, podendo ser transferido para hospital da área de residência.

Doente terminou a Avaliação Secundária por volta das 22: 15, não cumprindo o tempo estipulado pela DGS para avaliação secundária (menos de 1 hora).

Doente foi transferido para o HSFX no dia 30 de Janeiro, por volta das 14:30, com acompanhamento de enfermagem, tendo dado entrada no SUG do HSFX às 15:03. Nesta unidade, doente foi avaliado no Balcão de Trauma e foi internado na Sala de Decisão Clínica 1. Manteve monitorização dos PV, instituiu-se analgesia com Ceterolac 30 mg ev e Metamizol Magnésico (Nolotil) 2g ev de 8/8h.

Fez nova avaliação analítica a 31 de Janeiro que revelou Hb de 14,5g (perda de 2g em 48h não foi relevante). Ainda durante o turno da manhã, foi colocada Drenagem Torácica à esquerda (*Malecot* nº 34 no 5º Espaço Intercostal à esquerda, ao nível da linha média axilar), sob Anestesia Local, tendo drenado cerca de 200 cc de conteúdo hemático.

Às 19:31 do mesmo dia, doente é transferido para o Hospital Fernando Fonseca, com acompanhamento de Enfermagem. DT mantinha-se oscilante e funcional, tendo drenado cerca de 500 cc de conteúdo hemático.

3.1 Antecedentes Pessoais

O cliente é casado, reside em habitação própria, dotada de todas as condições sanitárias próprias com a esposa.

Como Antecedentes Pessoais, sabe-se que o Sr. TM teve hábitos toxicómanos e é portador do vírus da Hepatite C. De acordo com ambos, este encontra-se

presentemente em programa de Metadona e refere ter tido uma recaída, tendo consumido cocaína antes do acidente. A dosagem diária de Metadona é de 20 mg, que toma de manhã e a esposa do cliente forneceu-nos as doses individualizadas para os dias seguintes.

3.2 Farmacocinética e farmacodinâmica

Neste capítulo procede-se a uma breve revisão da farmacocinética e farmacodinâmica dos fármacos administrados.

Grupo	Indicações	Farmacocinética	Farmacodinâmica	Efeitos Secundários
Cetorolac 30 mg				
- Analgésico Não Opiáceo, - Anti-Inflamatório não-esteróide	. Tratamento a curto prazo da dor	- Absorvido rápida e completamente após administração por qualquer via, - Metabolizado pelo fígado, - Excretado pelo rim, - Semi-vida: cerca de 4,5h	- Inibe a síntese de prostaglandinas produzindo analgesia periférica, - Tem propriedades anti-piréticas e anti-inflamatórias	- Sonolência, - Hemorragia.
Metadona				
- Analgésico Opiáceo (agonista)	- Tratamento da dor severa, - Suprime os sintomas do Síndrome de abstinência na desintoxicação dos opiáceos	- Absorvido pelo tracto GI e pelos locais IM e SC, - Amplamente distribuído, - Metabolizado pelo fígado, - Semi-vida de 15-25h	- Liga-se aos receptores de opiáceos do SNC, - Altera a percepção e a resposta aos estímulos dolorosos, produzindo depressão	- Sedação, - Confusão, - Hipotensão, - Obstipação

			generalizada do SNC	
Metamizol Magnésico 2g				
- Analgésico, - Anti-pirético, - Espasmolítico	- Tratamento da dor aguda no período pós-operatório ou pós-traumático, - Tratamento das dores espasmódicas, - Tratamento da dor tumoral, - Tratamento da febre alta refratária a outras terapêuticas	- Rapidamente absorvido após administração oral, IM ou EV, - Metabolizado no fígado, - Excreção Renal, Semi-vida: cerca de 10h	- Depois de metabolizado, liga-se às proteínas plasmáticas	- Hipotensão, - Dor no local de administração, - Reação cutânea
Morfina				
- Analgésico Opiáceo (agonista)	- Tratamento da dor aguda, - Tratamento do edema Agudo Pulmonar, - Tratamento da dor associada ao EAM	- Bem absorvido por via EV, - Distribuição sistêmica ampla, - Metabolizado pelo fígado, - Semi-vida de 2-3h	- Liga-se aos recetores opiáceos do SNC, - Altera a percepção do estímulo da dor e a resposta a estímulos dolorosos, enquanto produz depressão de SNC generalizada	- Sedação, - Confusão, - Depressão Respiratória, - Hipotensão, - Obstipação
Paracetamol 1000 mg				
- Analgésico - Antipirético - Anti-inflamatório	- Dor ligeira a moderada, - Pirexia.	- Absorção gastrointestinal, - Excreção renal, - Semi-vida: 1 a 3 horas	- Promove o aumento do limiar da dor, - Diminuição da temperatura por actuação no centro talâmico	- Doenças hematológicas, - Erupções Cutâneas, - Pancreatite, - Insuficiência hepática e renal

4. PLANEAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Da observação realizada, para elaborar o Plano de cuidados identificaram-se problemas que se traduzem em diagnósticos de enfermagem, construídos com base na classificação NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*).

De seguida explano o Plano de Cuidados de Enfermagem elaborados para o Sr. TM, cujos resultados esperados, intervenções realizadas e respetiva avaliação, contemplou uma compilação de um manual que estabelece uma ligação entre NANDA, NOC (*Nursing Outcomes Classification*) e NIC (*Nursing Interventions Classification*), adaptados ao cliente em estudo (Johnson *et. al.*, 2009).

Plano de Cuidados de Enfermagem

Início	Diagnóstico (NANDA)	Resultados	Intervenções	Avaliação	Término
29/01/2013	Risco de Obstrução da Via Aérea <u>relacionado com posicionamento em Decúbito Dorsal e manutenção do Plano Duro</u>	<ul style="list-style-type: none"> Permeabilidade das Vias Aéreas (A) 	<ul style="list-style-type: none"> - Controle da Via Aérea, - Prevenção contra Aspiração, - Supervisão, - Monitorização de PVs, - Retirar Plano Duro após exclusão de Lesão Cervical, 	<ul style="list-style-type: none"> - VA permeável durante o internamento até à transferência para HFF 	30/01/2013
		<ul style="list-style-type: none"> Ventilação (B) 	<ul style="list-style-type: none"> - Instituição de Oxigenoterapia, - Monitorização da Função Respiratória: FR, Oximetrias, 	<ul style="list-style-type: none"> - FV entre os 16 e os 18 cpm, com aporte de O₂ por Máscara Facial e ON a 3 l/m, com oximetrias periféricas entre os 98-100%; 	30/01/2013

Início	Diagnóstico (NANDA)	Resultados	Intervenções	Avaliação	Término
29/01/2013	Risco de Débito Cardíaco Diminuído relacionado com Cinémática do Trauma	<ul style="list-style-type: none"> Estado Circulatório do doente (C) 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenção do Choque, - Monitorização dos PVs, - Monitorização do Balanço Hídrico, - Punção Venosa, - Administração de Fluidos Endovenosos - Redução da ansiedade 	<ul style="list-style-type: none"> - PV na admissão: TA de 158/85 mmHg, FC de 63 bpm, com pulso periférico cheio e regular e BMT de 121 mg\dm3; - PVs a 01/02/2013: TA:135/64 mmHg, FC: 65 bpm, BMT: 96 mg\dm3 	30/01/2013
		<ul style="list-style-type: none"> Perfusão Tecidual Cerebral (D) 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da Perfusão Cerebral, - Monitorização Neurológica 	<ul style="list-style-type: none"> - Manteve score 15 da GCS e Pupilas isocóricas e isorreativas 	30/01/2013

Início	Diagnóstico (NANDA)	Resultados	Intervenções	Avaliação	Término
29/01/2013	Risco de Hipotermia relacionada com Acidente de Viação, <u>manifestada</u> por exposição corporal durante transporte, Avaliação Primária e Avaliação Secundária	<ul style="list-style-type: none"> Controlo da Termorregulação (E) 	<ul style="list-style-type: none"> Regulação da temperatura do ambiente de trabalho, Monitorização dos PVs (temperatura, FC), Iniciar o mais precocemente possível aquecimento corporal, Cobrir o doente com lençóis aquecidos e cobertores, 	- Doente manteve-se com Temperatura timpânica entre os 36,1°C e os 36,6°C	30/01/2013
Início	Diagnóstico (NANDA)	Resultados	Intervenções	Avaliação	Término
29/01/2013	Risco de Lesão Medular relacionada com a Cinemática do Acidente de Viação <u>manifestada</u> por Transporte com Colar Cervical e Plano Duro	<ul style="list-style-type: none"> Controlo do alinhamento corporal 	<ul style="list-style-type: none"> Manter colar cervical e garantir correto alinhamento da coluna cervical, Mobilizar em bloco, de acordo com Protocolo TVM, 	- Doente sem lesões da coluna cervical	29/01/2013

Início	Diagnóstico (NANDA)	Resultados	Intervenções	Avaliação	Término
29/01/2013	<p>Dor Aguda em grau moderado, relacionada com</p> <p>Acidente de Viação e manifestada por</p> <p>Traumatismo torácico e traumatismo da clavícula</p> <p>do ombro à esquerda</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controle da Dor 	<ul style="list-style-type: none"> - Quantificar a dor do doente com a escala numérica da dor, - Monitorização de sinais vitais, - Proporcionar suporte emocional - Implementação de medidas: <ul style="list-style-type: none"> a) Farmacológicas <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Monitorizar os fármacos prescritos para evitar administrações excessivas ou em doses inferiores, ⇒ Administrar medicamentos analgésicos regularmente conforme prescrição para manter os níveis terapêuticos, ⇒ Documentar o plano de tratamento para manter a continuidade dos cuidados, b) Não Farmacológicas: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Informar o utente da existência de várias técnicas de controlo da dor, ⇒ Informar de estratégias de alívio da dor física através da alteração da resposta fisiológica da dor, tais como: calor, frio, entre outras, ⇒ Elevação, com uma almofada, do membro superior esquerdo, - Avaliar efeitos terapêuticos do tratamento ao fim de uma hora bem como os efeitos colaterais do mesmo, se presentes 	<p>Apresentava dor grau 6 da Escala Numérica da Dor e instituiu-se analgesia em esquema com:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paracetamol 1g ev, - Cetorolac 30 mg ev, - Metamizol Magnésico 2g ev. <p>Ao fim de 30 min, referiu dor grau 3 da Escala Numérica da Dor.</p> <p>Sem queixas de agravamento da dor.</p>	30/01/2013

Início	Diagnóstico (NANDA)	Resultados	Intervenções	Avaliação	Término
15/12/2010	<p>Integridade da Pele Prejudicada, relacionada com Acidente de Viação, manifestada por diversas escoriações e feridas sangrantes em ambos os MSs em doente com HCV</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que as feridas do doente não apresentem sinais inflamatórios • Que ocorra cicatrização das feridas e escoriações por segunda intenção 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionar sobre o Plano Nacional de Vacinação (Tétano), - Proceder à limpeza das feridas com soro fisiológico, - Proceder à desinfeção das feridas com anti-séptico tópico (Iodopovidona Dérmica), - Vigiar a evolução cicatricial das feridas (aspeto, cheiro, dor, edema e coloração), - Realização dos pensos periodicamente, de forma a diminuir o risco de infeção local, - Refazer os pensos sempre que necessário, - <u>Instrução para:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Auto-observação das feridas e escoriações para deteção de sinais e sintomas de infeção local (calor, rubor, dor aumentada, edema), - Elevação, com uma almofada, do membro superior esquerdo, diminuindo o edema do MS, - Documentar no processo clínico da utente para promover a continuidade dos cuidados. 	<p>- Vacina Td administrada a 29/01/2013 e efetuado encaminhamento para administração da 2ª dose nos CSP,</p> <p>- Efetuado penso do 2º dedo da mão esqª com Gaze Gorda, compressa seca e penso de contenção. Ferida sem sinais inflamatórios, com boa evolução cicatricial</p>	30/01/2013

Início	Diagnóstico (NANDA)	Resultados	Intervenções	Avaliação	Término
29/01/2013	Risco de Ansiedade <u>relacionada com a</u> situação a Transição Situacional <u>manifestada</u> <u>por</u> desconforto físico e verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da Ansiedade 	<ul style="list-style-type: none"> - Aconselhamento, - Administração de fármacos, <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ansiolíticos - Comunicar com a Pessoa vítima de trauma e família, - Descrever os procedimentos a efetuar, desmistificando dúvidas e medos, - Encorajar estratégias adaptativas usadas com sucesso no passado, - Envolver, dentro do possível, a família na prestação de cuidados, - Escuta ativa, - Fornecer informação realista da situação, sem retirar espaço para a esperança, - Suporte Emocional 	<ul style="list-style-type: none"> - Validação com o doente da presença ou não de ansiedade 	30/01/2013

Início	Diagnóstico (NANDA)	Resultados	Intervenções	Avaliação	Término
29/01/2013	Comportamento de Saúde alterado <u>relacionada</u> com consumos toxicómanos, em programa de Metadona, <u>manifestada</u> <u>por</u> recaída recente de cocaína	<ul style="list-style-type: none"> • Controle de Risco: Uso de Drogas 	<ul style="list-style-type: none"> - Educação para a Saúde, - Prevenção e Tratamento do Uso de Drogas, - Administração da dose diária de Metadona 	- Validação da toma de Metadona	30/01/2013

5. DISCUSSÃO

Como se pode constatar na descrição da situação, foi feita uma abordagem primária rápida e eficaz, de acordo com o preconizado pela DGS, o que permite descartar precocemente lesões potencialmente fatais para o cliente. Já a avaliação secundária demorou mais tempo do que o que é preconizado pela DGS, pois o envolvimento das diversas especialidades médico-cirúrgicas acarreta uma gestão de recursos humanos e materiais que nem sempre é eficiente.

De uma forma geral, tentou-se dar resposta aos problemas identificados, envolvendo sempre que possível a esposa no processo terapêutico. O Sr. TM após o acidente de viação foi encaminhado para o Hospital de Santa Maria, hospital que não era o hospital da área de residência, onde foi avaliado e estabilizado. Infelizmente, com a organização da rede hospitalar, este cliente passou por 3 unidades hospitalares diferentes em pouco mais de 72h, cada uma com a sua filosofia de funcionamento, o que não facilita em nada o conforto e a adaptação do Sr. TM e da sua família.

O Trauma é um acontecimento súbito e repentino que leva a que o cliente e a sua família experienciem um conjunto simultâneo de transições, donde se destaca uma transição de Saúde-Doença, requerendo uma adaptação rápida destes à nova situação em que se encontram. O processo de transição envolve novas competências e a adoção de comportamentos necessários para gerir a nova situação, em conjunto com a necessidade de definir as mudanças de si mesmo (Meleis, 2010). Segundo a mesma autora, o confronto com um diagnóstico médico ou a experiência de uma doença são reconhecidas como um evento marcante, sendo um ponto de partida para a identificação de uma transição. Face a um evento traumático como o descrito neste estudo de caso, tanto a pessoa vítima de trauma grave como a sua família são afetados, pelo que o Enfermeiro deverá direcionar as suas intervenções no sentido de identificar e facilitar os processos de transição de todos os intervenientes. No caso aqui abordado, podemos identificar que tanto o cliente TM como a sua família vivenciam em simultâneo três tipos de processos de transição: Transição Saúde-Doença, Transição Situacional e Transição Organizacional.

Ainda de acordo com a mesma autora, as transições podem ser classificadas de simples ou múltiplas, sendo que estas são assim denominadas quando ocorrem várias transições em simultâneo. No caso abordado, os intervenientes encontram-se a experienciar uma série de transições em simultâneo.

Para melhor compreender as experiências vivenciadas pelas pessoas em processos de transição, é necessário que o Enfermeiro conheça as condições que podem facilitar ou inibir uma transição saudável. Como exemplo, uma condição que detetei como inibidora do processo de Transição foi a falta de Preparação e conhecimento, dado que o acidente de viação foi um acontecimento súbito. Para Meleis (2010), conhecer, preparar e antecipar uma transição podem facilitar o processo transicional, no sentido em que se podem planejar quais as estratégias mais adequadas para lidar com a mesma, para que todo o processo seja saudável para o cliente. Já uma condição facilitadora neste processo foi a presença de suporte familiar representada pela esposa, que contribuiu para nos inteirar da situação do cliente, disponibilizou-nos as doses de Metadona e deu apoio emocional ao Sr. TM.

Meleis (2010) refere que os significados atribuídos pela Pessoa às transições podem ser positivos, negativos ou neutros. O medo relacionado com a incerteza do prognóstico, manifestado pela ansiedade pode ser considerado como outra condição inibidora de uma transição saudável. Uma intervenção terapêutica de enfermagem neste caso passa por implementar um *Role Supplementation* Terapêutico em que se usam estratégias quando o *role insufficiency* é manifestado, como por exemplo apresentar distúrbios como ansiedade, frustração, hostilidade, depressão, apatia, alucinações, ideações suicidas, entre outros. A intervenção terapêutica implica uma avaliação, planeamento e implementação de estratégias que restabeleçam a estabilidade do cliente e facilitem o processo de transição, com a finalidade de atingir o bem-estar do mesmo. Neste caso, a intervenção terapêutica utilizada foi fornecer informação adequada e transmitir uma esperança realista em relação à evolução do processo do cliente.

Existem indicadores de resultado de transição saudável, que permite avaliar o sucesso das intervenções terapêuticas de enfermagem implementadas, nomeadamente a mestria, o bem-estar, bem-estar relacional e reformulação de

identidade. O internamento no Serviço de Urgência foi o início de um conjunto de etapas que irão originar um novo conjunto de processos adaptativos durante o restante internamento pelo que a continuidade de cuidados e intervenções de enfermagem é fundamental.

Mesmo a avaliação de muitas das intervenções de enfermagem iniciadas no SU só poderão ser avaliadas mais tarde. A fase em que o cliente se encontrava à data da transferência para o HFF não permitia ainda determinar em que extensão demonstraria algum dos indicadores de resultado de transição saudável na adaptação às suas limitações físicas, temporárias ou definitivas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo para quem, como eu, trabalha há vários anos em ambiente de urgência e emergência, a realização de um estágio numa outra urgência, com características físicas e organizacionais diferentes da minha realidade está a ser um desafio. No entanto, apesar de todas as diferenças existentes entre o meu habitual local de prática clínica e o local de estágio, a essência do Cuidar mantém-se. Considero extremamente positivo a existência de um Balcão de Trauma, onde todas as pessoas vítimas de trauma são avaliadas inicialmente pela equipa de Cirurgia Geral e existe um enfermeiro em permanência que presta cuidados especializados ao doente de trauma.

Elaborar um Estudo de Caso permitiu-me articular os conhecimentos teóricos adquiridos na sala de aula e a prestação efetiva de cuidados em contexto real, favorecendo a reflexão e o desenvolvimento de competências na área da prestação de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica. Permitiu-me ainda refletir sobre a prática, enquadrando as atividades realizadas e os cuidados prestados dentro da evidência científica mais recente, o que me permitiu ir de encontro ao objetivo delineado.

A prestação de cuidados individualizados a este cliente permitiu-me o desenvolvimento de algumas das competências a que me propus no início deste Estágio e esplanados nos objetivos do mesmo.

7. BIBLIOGRAFIA

- American College of Surgeons Committee on Trauma. (2008). *Advanced Trauma Life Support for Doctors*. Chicago: American College of Surgeons,
- Benner, P. (2005). *De iniciado a Perito* (2.^a ed.). Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach*. New York: Springer Publishing Company.
- Comissão Regional do Doente Crítico. (2009). *Um Ano de Reflexão e Mudança*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte.
- CRRNEU. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. Lisboa.
- Deglin, J. H., Vallerand, A. H. (2003). *Guia Farmacológico para Enfermeiros* (7^a ed.). Camarate: Lusociência.
- Direcção Geral de Saúde. (2010). *Organização dos Cuidados Hospitalares ao Traumatizado*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Graymire, V. J. et al. (2008) *Advanced Trauma Care for Nurses Student Manual*[®]. Society of Trauma Nurses. Portuguese Edition.
- Gomes, E. et al. – O Doente Politraumatizado Grave, Implicações da Ruralidade na Mobilidade, Incapacidade e Qualidade de Vida. *Acta Médica Portuguesa*. nº 24 (2011) pp. 81-90.

-

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=6168&tipo_doc=rcm

- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. M., Maas, M., Moorhead, S., Swanson, E. (2009). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC*; 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress*. (4th ed.). New York: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer.
- Meleis, A. I.; Trangestein, P. A. – Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*. Nº 42. November\December. 1994. pp. 255-259.
- Meleis, A. I. et al. – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1). 2000. pp. 12-28.
- Michigan Statewide Trauma Care Commission. (2002). *Report of the Michigan Statewide Trauma Care Commission*. Bureau of Health Services.
- Nunes et al. (2009). *Manual de trauma*. (5º ed.). Lisboa: Lusociência.
- Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- Sheehy, S., Newberry, L. (2001). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. (4ª edição). Lisboa: Lusociência.
- Schumacher, K. L.; Meleis, A. I. - Transitions: A Central Concept in Nursing. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*. Vol 26, nº 2, 1994. pp. 119-127.
- Vieira, JA; Castro, JC; Gomes. (2002) *Dificuldades inerentes à actuação do enfermeiro perante um utente com necessidade de reanimação cardiorespiratória*. Trabalho não publicado e cedido por João António Vieira.

- WHO, *The solid facts on unintentional injuries and violence* in the WHO European Region 2005.
- World Health Organization - *Guidelines for Essential Trauma Care*.Geneva.
- World Health Organization (2009) - *Guidelines for Trauma Quality Improvement Programmes*.Geneva.

Apêndice E

Jornal de Aprendizagem 2

Escala FAST na Triagem de doentes ao abrigo do
Protocolo Via Verde AVC

Jornal de Aprendizagem

Escala FAST na Triagem de doentes ao abrigo do
Protocolo Via Verde AVC

Rui Miranda, nº 4180

De acordo com Santos (2004), *“A Prática Reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e suas práticas”* (p.59).

Este exercício permite ao profissional reflexivo reavaliar as suas intervenções, tentando compreender o impacto que as suas ações têm no Outro e em Si, produzindo significados e aprendizagens significativas para as situações reais com as quais este se depara diariamente na sua prática. O enfermeiro recorre ao conhecimento declarativo para melhor sustentar as suas análises, mas transforma-o na sua mente misturando-o com a sua própria experiência, ou seja, atribui-lhe um significado próprio (Santos, 2004).

De acordo o modelo de Dreyfus aplicado à Enfermagem por Benner (...) *um enfermeiro passa por cinco níveis sucessivos de proficiências: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito”* (Benner, 2005, p. 39). A autora encara a experiência profissional como base do desenvolvimento de competências e considera que o conhecimento prático é adquirido com a vivência de situações reais.

Este estágio tem sido rico em situações de aprendizagem, mas houve uma situação que me fez repensar as minhas práticas, pelo que decidi refletir um pouco sobre ela, elaborando um Jornal de Aprendizagem. Como ferramenta para a elaboração deste Jornal de Aprendizagem, optei pela utilização do Ciclo de Gibbs (Jasper, 2003, pp77-80), um ciclo reflexivo que se divide em seis etapas que nos fazem questionar as ações que realizamos e nos permite descrever, avaliar, analisar e planear a ação/intervenção para futuras situações.

➔ Etapa 1 - Descrição

Durante a realização do estágio no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Lisboa Oeste - Hospital S. Francisco Xavier, tive a oportunidade de realizar um turno na Triagem com o meu enfermeiro orientador. Enquanto me

explicava alguns protocolos de encaminhamento de doentes e algumas particularidades do sistema informático, houve um protocolo que me captou a atenção, o protocolo de ativação da Via Verde AVC. De acordo com o protocolo em vigor, o enfermeiro da triagem neste serviço de urgência aplica a escala FAST adaptada (*Face, Arm, Speech Test*), uma escala que avalia quatro parâmetros de forma rápida e eficaz (o T de *Test* é substituído pelo T de Tempo, que permite avaliar o início da sintomatologia). Achei curioso, pois comparando com minha realidade, em que só avaliamos os sintomas presentes e o início da sintomatologia, esta escala pareceu-me ter uma avaliação mais completa e adequada.

➤ **Etapa 2 - Descrição de Sentimentos**

O estágio é sempre um período rico em experiências de aprendizagem, em que nos encontramos fora no nosso ambiente de conforto, em que podemos e devemos comparar realidades profissionais e questionar as nossas práticas quotidianas. Como tal, sentimentos como a insegurança, a dúvida, a crítica ou a curiosidade, são perfeitamente justificáveis. Ao deparar-me com este protocolo e com esta escala surgiu o sentimento de dúvida ao questionar-me se a minha prática como enfermeiro triador num serviço de urgência era adequada ou atualizada. Mas acima de tudo, surgiu a vontade de saber um pouco mais sobre a sua utilidade e aplicabilidade, com o objetivo de poder a adaptar na minha prática como enfermeiro triador.

➤ **Etapa 3 - Avaliação**

Considero que esta foi uma situação positiva ao fazer-me questionar a minha prática como enfermeiro de um dos maiores serviços de urgência do país, que recebe com alguma frequência doentes ao abrigo do protocolo Via Verde AVC. Não considero ter havido pontos negativos na presente situação.

➤ Etapa 4 - Análise

A escala FAST (*Face, Arm and Speech Test*) é uma escala de uso simples composta pela avaliação de três itens: face (*Face*), em que se pede à pessoa para sorrir ou para mostrar os dentes, avaliando-se a presença de assimetrias faciais; braço (*Arm*), em que se pede à pessoa para levantar os dois braços até um ângulo de 90° e pede-se para aguentar a posição durante 5 segundos, avaliando se existe alterações da força ou da mobilidade e qual o lado que tem alteração da força; e avalia-se finalmente o discurso (*Speech*) em que se pede à pessoa para repetir uma frase, detetando-se alterações na fala (fonte: Harbison *et al.* 2003).

De acordo com Harbison *et al.* (2003, p.72), esta escala foi desenvolvida a partir de instrumentos de avaliação norte-americanos como a *Cincinnati Prehospital Stroke Scale* (CPSS) e a *Los Angeles Prehospital Stroke Screen* (LAPSS) como um instrumento simples para a identificação precoce do AVC no pré-hospitalar em 1998 por neurologistas, médicos de urgência e paramédicos do Reino Unido.

Na minha realidade, sempre que nos deparamos com um doente passível de ativar o protocolo Via Verde AVC, preocupamo-nos em saber junto profissionais do Pré-Hospitalar, pelo doente ou pelos familiares o tempo de início dos sintomas, para saber se nos encontramos dentro da janela de 3 horas para iniciar o protocolo de Trombólise nos AVCs Isquémicos, após ser descartada a hipótese de AVC Hemorrágico e quais as alterações presentes (afasia, hemiparesia, hemiplegia, entre outros).

Na Triagem do local do Ensino Clínico, o enfermeiro avalia os 3 parâmetros da escala FAST associando um quarto parâmetro muito importante, o tempo de início dos sintomas, pela importância atrás referida.

Posteriormente, a avaliação pela Neurologia, avaliação analítica e imagiológica são idênticas em ambas as realidades.

➤ Etapa 5 - Conclusão

Esta situação com que me deparei veio enriquecer a forma como encaro a triagem dos doentes ao abrigo do protocolo Via Verde AVC. Considero que a escala é útil, atual e traz mais-valias na caracterização dos sintomas do doente.

Achei particularmente interessante a forma como a equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Geral do HSFx adaptou a escala FAST para a sua realidade ao substituir o T de *Test* por T de Tempo, por considerar essencial para a caracterização.

➤ Etapa 6 - Planeamento para situações futuras

Gostaria de propor uma adaptação semelhante desta escala na minha realidade profissional e, após discutir com os meus pares, propor perante a equipa multidisciplinar a sua implementação, pois considero após leitura de artigos que comprovam a sua eficácia e atestam a sua validade, que esta escala enriquece a caracterização dos sintomas do doente com suspeita de AVC.

Bibliografia

- Benner, P. (2005). *De iniciado a Perito* (2.^a ed.). Coimbra: Quarteto.
- Harbison, J. Hossain, O., Jenkinson, D., Davis, J., Louw, S. J., Ford, G. A. (2003) - Physicians, and Ambulance Staff Using the Face Arm Speech Test Diagnostic Accuracy of Stroke Referrals From Primary Care, Emergency Room. *Stroke*, nº;34. pp. 71-76.
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflexive Practice*. Cheltenham UK: Nelson Thornes.
- Santos, E.; Fernandes, A. (2004) – Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*, nº 11, pp 59-62.

Apêndice F

Sessão de Formação 2

**Intervenções à Pessoa em Situação Crítica – Discussão
de um Estudo Caso acerca da abordagem a uma
Pessoa Vítima de Trauma Grave no Serviço de
Urgência**



Intervenções à Pessoa em Situação Crítica – Discussão de um Estudo Caso acerca da abordagem a uma Pessoa Vítima de Trauma Grave no Serviço de Urgência

Orientado por:
Prof. Cláudia Durão,
Profª Sónia Ferrão,
Enfª Hugo Sá

Elaborado por:
Enfª Rui Miranda, nº 4180

Febrero de 2013

Objectivos da Sessão

- Apresentar uma visão sumária da abordagem ao doente politraumatizado a que respeita o Estudo de Caso no Serviço de Urgência,
- Fazer uma análise crítica aos cuidados prestados,
- Planear cuidados de Enfermagem ao Doente Politraumatizado em contexto de Sala de Reanimação,
- Promover um espaço para a partilha de informações e experiências com a equipa de enfermagem do SUG do CHLO - HSF.

Contextualização do Tema

- Principal causa de morte e incapacidade em indivíduos jovens em todo o mundo. (WHO, 2005, p.1).
- A etiologia mais comum: acidentes de viação e de trabalho, quedas, tentativas de suicídio e a violência interpessoal (Gomes et al. 2011, p. 82).
- Dados do INE de 2004: 1135 mortos em acidentes de viação (Gomes, 2011, p. 82).

História de Enfermagem

- O Sr. TM do sexo masculino, de 38 anos de idade, deu entrada no SUC do HSM às 19:58 de 29 de Janeiro de 2013, trazido pela VMER, vítima de acidente de viação, condutor de veículo 2 rodas, que embateu noutro veículo, com projecção de cerca de 20 m, havendo danificação do capacete.
- Do acidente resultou TCE com PC e amnésia para o sucedido, traumatismo torácico e traumatismo do ombro à esquerda e membro superior esquerdo. Doente trazido em Plano Duro, com Colar Cervical e Imobilizadores Laterais.


História de Enfermagem

- Durante o transporte o doente terá tido queixas álgicas ao nível do MSE, pelo que foi puncionado acesso venoso periférico e administrou-se 10 mg de Morfina ev, com melhoria do quadro álgico. À entrada em SOA, transferiu-se doente do Plano Duro dos TAEs para o Plano Duro do SUC, de acordo com protocolo TVM.

História de Enfermagem


Avaliação Primária	
A	- Via Aérea Permeável e Estabilidade Cervical mantida; - Apresenta respiração espontânea, com expansão torácica simétrica.
B	- Palpação torácica dolorosa à esquerda e percussão torácica bilateral sem alterações, - Auscultação dos campos pulmonares simétricas, sem alterações, - Apresentava FV de 18 bpm, com aporte de O ₂ por Máscara Facial a 3 l/m, com oximetrias periféricas entre os 98-100%, - Pele e mucosas coradas e hidratadas, - Sem sinais visíveis de hemorragia.
C	- TA: 158/85 mmHg, FC de 63 bpm, com pulso periférico cheio e regular e BMT de 121 mg/dm ³ . - Tinha 1 avp no MSD perfundindo SF e foi puncionado 2º avp no MSD, tendo ficado obturado.
D	- Doente consciente, orientado e colaborante (GCS: 15 = O4+M6+V5), - Pupilas isocóricas e isoreactivas, tamanho 3.
E	- Temp. Tympanica de 36,1 °C, - Foram retiradas as roupas, - exame físico sumário: Hematoma na região clavicular à esquerda, - Região Cervical, MSD, Bacia e Mts sem lesões visíveis e sem alterações à palpação, - Apresentava diversas escoriações em ambos os MAs, nomeadamente no 2º dedo da mão esquerda.

História de Enfermagem




Avaliação Imagiológica	
Ecografia Abdômino-Pélvica e Renal, TAC CE, Cervical e Torácica, - Rx Coluna Cervical, Tórax, Grelha Costal, Ombro esquerdo, Clavícula Esq ^a , Membro Superior Esquerdo e Antebraço Esquerdo.	- Ecos sem alterações agudas relevantes - TAC CE e Cervical sem alterações agudas, - TAC Torácico revela fratura cominativa da Clavícula à esq ^a com densificação das partes moles e hematoma e fraturas dos 2 ^o ao 7 ^o Arcos Costais à esquerda, em mais do que uma localização, com pequeno derrame pleural por provável hemotórax, sem Pneumotórax. Apresenta enfisema centrilobular e paraseptal na vertente superior de ambos os campos pulmonares. - Rx revela fratura medioclavicular da Clavícula esq ^a .

História de Enfermagem




- ↳ Ortopedia realizou o Exame Secundário, confirmou a lesão no terço médio da região clavicular à esquerda, com crepitação à palpação. Retirou Colar Cervical e Plano Duro e colocou suspensão braquial do MSE,
- ↳ Neurocirurgia refere não existirem alterações agudas, pode ser transferido para hospital da área de residência,
- ↳ CCT refere que as bolhas de enfisema relatadas no TAC Torácico estão associadas a provável doença pulmonar crónica. Sem necessidade de drenagem ou outras intervenções da especialidade, podendo ser transferido para hospital da área de residência.

História de Enfermagem




- ✓ Transferido do HSM para HSFX no dia 30 de Janeiro, por volta das 14:30, com acompanhamento de enfermagem.
- ✓ Avaliado no Balcão de Trauma e foi internado na Sala de Decisão Clínica 1 para monitorização dos PV. Instituiu-se analgesia com Ceterolac 30 mg ev e Metamizol Magnésico (Nolotil) 2g ev de 8/8h.

História de Enfermagem



- ✓ A 31/01 colocou-se Drenagem Torácica à esquerda (*Malecot* nº 34 no 5^o EIE, ao nível da linha média axilar), sob Anestesia Local, tendo drenado cerca de 200 cc de conteúdo hemático.
- ✓ Às 19:31 do mesmo dia, doente é transferido para o HFF (área de residência), com acompanhamento de Enfermagem. DT mantinha-se oscilante e funcionante, tendo drenado cerca de 500 cc de conteúdo hemático.

Antecedentes Pessoais



- O Sr. TM é casado e reside com a esposa,


Antecedentes Pessoais:

- Acidente de Viação prévio, com #s do MSD e do MID
- Hábitos toxicómanos (consumos de cocaína),
- Portador do vírus da Hepatite C (HCV),
- Programa de Metadona (dose diária de 20 mg, que toma pela manhã)
- Refere ter tido uma recaída, tendo consumido cocaína antes do acidente.

Enquadramento Teórico



Definições



- **Trauma:** uma lesão causada por uma força física que o corpo não consegue tolerar


(American Trauma Society in Michigan Statewide Trauma Care Commission, 2002, p.11)

- **Politraumatizado grave** todo o doente vítima de acidente, que apresente duas ou mais lesões traumáticas graves que necessite de internamento

(Coimbra, 1998, p. 20)

13

Cinemática do Trauma



- Analisar o acidente,
- Perceber a movimentação das forças envolvidas (leis da energia e do movimento),
- Energia Cinética ($EC = 1/2 MxV^2$)
- Transferência de Energia nos Tecidos Humanos pode provocar lesões tecidulares
- Indivíduo de 70 kg a circular num Motociclo a 30-60-90 km/h


EC = 35 x 900

EC = 35 x 3600
(4 vezes)

EC = 35 x 8100
(9 vezes)

14

Mortalidade



Nunes et al. (2009) descrevem 3 picos de morte devido a trauma.


1º - cerca de 50% de todas as mortes, surge após o traumatismo, normalmente no local do acidente e as mortes geralmente resultam de lesões no sistema nervoso central, do coração e grandes vasos.

2º - cerca de 30% ocorre algumas horas após o acidente, em consequência de lesões como HSD e H. Epidurais, Hemopneumotórax, Rótura do Baço, Lacerações Hepáticas, # Bacia ou Hemorragias Massiças. Este grupo beneficia de um atendimento adequado no local, a *Golden Hour*.

3º - vários dias ou semanas após a lesão traumática e a morte é derivada, geralmente, de Sepsis ou Disfunção Multiorgânica.

15

Classificação do Trauma




Fonte: ACSCT, 2008, p11


- Trauma fechado (principal causa de morte)
 - ⇒ Compressão
 - ⇒ Mudança de velocidade (aceleração e desaceleração)
- Trauma Aberto ou Penetrante
 - ⇒ Área frontal do Projétil, Capacidade de Rolamento, Fragmentação e velocidade do Projétil,
 - ⇒ Ferida de Entrada e Ferida de Saída

16

E agora?



↪ Circular Normativa da DGS 2010, Qualidade dos cuidados prestados ao Doente Politraumatizado




➔

- 1 - Critérios de Activação da Equipa de Trauma (Triagem);
- 2 - Existência de Equipa de Trauma organizada, com coordenador definido;
- 3 - Registos;
- 4 - Avaliação Primária (realizada em menos de 20 minutos);
- 5 - Avaliação Secundária (realizada em menos de 1 hora).

17

Constituição da Equipa de Trauma



- Intensivista ou Médico com Formação em Medicina de Emergência.
- Médico Anestesta com Formação e experiência em trauma.
- Médico Cirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência.
- Médico Ortopedista com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência.
- Médico Neurocirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência.
- Médico Imagiologista com formação e experiência em trauma e idealmente, em imagiologia de intervenção.
- 2 Enfermeiros com experiência em cuidados de emergência, e com formação em SAV e SAV em Trauma.
- AAM conhecedor da metodologia de trabalho de uma Sala de Emergência e com formação em SBV e Técnicas de Trauma.

Fonte: Direcção Geral de Saúde (2010) – Comunicado Nº 07/DGS/DQCO

18

Funções do Enfermeiro Coordenador de Trauma



- Integrar a equipa de trauma.
- Gerir recursos técnicos/equipamentos de trauma na sala de emergência.
- Preencher o registo de trauma.
- Acompanhar o líder de trauma na avaliação da evolução clínica diária dos clientes admitidos no dia anterior, no SU e nas áreas dependentes do mesmo.
- Colaborar na implementação de planos de avaliação de qualidade.
- Coordenar os planos de integração, educação e formação pós-graduada em trauma dos enfermeiros.

Fonte: Direcção Geral de Saúde (2010) – Comunicado Nº 07/DGS/DQCO

Critérios de Activação da VVT



Símbolo Vitais e Nível de Consciência
Frequência respiratória <20 ou >25 ciclos/minuto
SpO2 < 90% com O2 suplementar
Pressão arterial Sistólica < 90mmHg
Escala de Coma de Glasgow < 14 ou queda > 3 pontos desde o acidente
Anatomia de Lesão
Trauma Penetrante: cabeça, pescoço, tórax, peritórax, proximal ao cotovelo e ao joelho
Reatino costal
Fratura de 2 ou mais ossos longos
Fratura de bacia
Fratura do crânio com afundamento
Amputação proximal ao punho e/ou tornozelo
Deslocação de trauma a quadril
Quemaduras maior / graves: 2º grau > 20% ou 3º grau > 10%
Quemaduras com inalação
Quemaduras da face, pescoço, tórax, peritórax, circunferenciais nas mãos ou pés

Fonte: Direcção Geral de Saúde (2010) – Comunicado Nº 07/DGS/DQCO

Registo de Trauma



- Estabelecer um plano de acção no tratamento das vítimas de trauma,
- Permite uma análise da incidência e prevalência geográfica do trauma, causas e severidade da lesão, identificação do acesso de cuidados, eficácia do tratamento e desvio das normas e custos associados,
- Desenvolver programas de prevenção, identificação de áreas do sistema com necessidade de melhoria

21

Antes de Receber o Doente



- Sala aquecida, Soros aquecidos;
- Ter todo o material necessário pronto a utilizar;
- Medidas Universais de Protecção Individual;
- Quem está na Sala?
 - Médico Cirurgião
 - 2 Enfermeiros
 - 1 Auxiliar de Acção Médica
- Restantes elementos da equipa multidisciplinar em *standby*

22

Avaliação Primária



- A – Controle da Via Aérea e Coluna Cervical
- B – Ventilação
- C – Circulação
- D – Disfunção Neurológica
- E – Exposição

23


Monitorização e MCDTs



- Monitorização de PVs,
- ECG,
- Algaliação,
- ENG\EOG,
- Gasimetria, Avaliação Analítica
- Avaliação Imagiológica (Tórax e Bacia)

24


Avaliação Secundária Exame Objectivo



- Cabeça (Avaliação Pupilar),
- Pescoço,
- Tórax,
- Abdómen,
- Extremidades,
- Tecidos Moles,
- Região Dorsal e Coluna Vertebral,

25

Recolha de Informação



CHAMU
 C - Circunstâncias do acidente,
 H - História Progressiva (AP),
 A - Alergias
 M - Medicação,
 U - Última Refeição.

AMPLE
 A - Alergias,
 M - Medicação,
 P - AP \ Gravidez (*Pregnancy*),
 L - Última Refeição,
 E - Eventos relacionados com o incidente

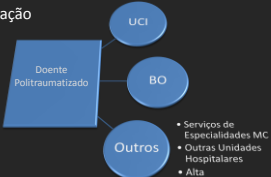
26

Transferência




✓ Fases do transporte


- Decisão,
- Planeamento,
- Efectivação



27



Referencial Teórico




Os cuidados prestados à pessoa em situação crítica são influenciados pelo referencial teórico que se escolhe (Pearson e Vaughan, 1992).


Afaf Ibrahim Meleis – Teoria de Médio Alcance das Transições

Transição – “a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro.” (Meleis e Trangenstein 1994, 39)

28




Conceitos Centrais




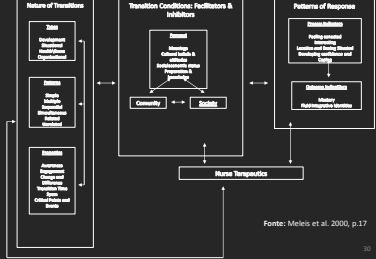
- Enfermagem
- Missão da Enfermagem
- Cuidar um processo que facilita o sucesso das transições e que não necessita de vínculo clínico para se determinar o início e o final do evento transicional (Meleis 2010, 68);
- Cliente: o destinatário das intervenções de enfermagem.

29



Resumo do Modelo





Fonte: Meleis et al., 2000, p.17


30



Tipos de Transições

- **Transições de Desenvolvimento** (*Development Transitions*),
- **Transições Situacionais** (*Situational Transitions*),
diversas situações que requerem uma reorganização de papéis e comportamentos por parte do cliente,
- **Transições de Saúde-Doença** (*Health-Illness Transitions*),
existe uma alteração súbita ou gradual de um estado saudável para um estado de doença aguda ou crónica e vice-versa
- **Transições Organizacionais** (*Organizational Transitions*)
existem mudanças na estrutura e dinâmicas organizacionais, assim como alterações sociais, políticas e económicas

Fonte: Schumacher e Meleis 1994, 120-121; MELEIS et al. 2000, 13



Características Universais das Transições

- **Desconexão** (*Disconnectedness*) – rotura com sentimentos de segurança,
- **Percepção** (*Perception*) – percepção do que lhe aconteceu,
- **Consciencialização** (*Awareness*) – estar consciente do que aconteceu e do que tem pela frente,
- **Envolvimento** (*Engagement*),


Fonte: (Meleis et al. 2000, 20)



Características Universais das Transições

- **Mudança e Diferença** (*Change and Difference*) – acidente iniciou conjunto de mudanças, sentimentos e percepções que o cliente tem de si próprio,
- **Período de tempo da Transição** (*Time span*),
- **Eventos e Pontos Críticos** (*Critical Points and Events*) -
Acidente de Viação, que inicia o processo transicional

Fonte: (Meleis et al. 2000, 20)




Condições Inibidoras ou Facilitadoras das Transições

Condições pessoais:

- Significados dados ao processo de transição (*Meanings*),
- **Expectativas** (*Expectations*) relacionadas com um evento anterior,
- Crenças e atitudes culturais (*Cultural Beliefs and Attitudes*),
- Estatuto Socioeconómico (*Socioeconomic Status*),
- Preparação e conhecimento (*Preparation and Knowledge*),

Fonte: Meleis et al. 2000, 22-23



Condições Inibidoras ou Facilitadoras das Transições


Condições pessoais (cont):

- **Nível de Planeamento** (*Level of Planning*) – Inibidor, pois não previu o acidente,
- **Bem-estar físico e emocional** (*Emotional and Physical Well-Being*) – Facilitador, com a presença da esposa

Ambiente

- Condições Comunitárias,
- Condições Sociais,

Fonte: Meleis et al. 2000, 22-23



Indicadores de Processo

Indicadores Processuais

- **Sentir-se envolvido** (*Feeling Connected*) – relação positiva que estabeleceu com o enfermeiros, que esclareciam dúvidas
- **Interagir** (*Interacting*) - interagiu com os intervenientes do processo transicional
- **Estar situado** (*Location and Being Situated*),
- **Desenvolver Confiança** (*Developing Confidence and Coping*),

Fonte: Meleis 2010, 27; Scumacher e Meleis 1994, 124; Meleis et al. 2000, 24-27



Indicadores de Processo

Indicadores de Resultado de transições saudáveis

- *Mestria (Mastery)*,
- *Bem-Estar (Subjective Well-Being)*,
- *Bem-estar relacional (Well-Being of Relations)* – Relação com a esposa, muito presente no processo
- *Reformulação de Identidade (Fluid Integrative Identities)*,


Fonte: Meleis 2010, 27; Schumacher e Meleis 1994, 124; Meleis et al. 2000, 24- 27



Terapêuticas de Enfermagem

- Compreensão da situação transicional a partir da perspectiva do cliente (Assessment of Readiness) – Ao identificar as necessidades do cliente,
- Preparação para a Transição (Preparation),
- Suplementação de Papel (Role Supplementation) - um processo deliberado que é iniciado quando se identifica que o cliente não está preparado para a transição, ou quando existe essa possibilidade (*Role Insufficiency*). O *Role Supplementation* tem duas vertentes:

Fonte: Schumacher e Meleis, 1994, 124-125



Terapêuticas de Enfermagem

- Suplementação de Papel (Role Supplementation)

⇒ Preventiva,

⇒ Terapêutica - ajudar o cliente e família a desenvolver estratégias, clarificar papéis/funções e facilitar o desenvolvimento de novas capacidades essenciais ao processo transicional.

- Debriefing,
- Cuidado Transicional (Transitional Care) – preparar o doente para a transferência para outra unidade hospitalar

Fonte: Schumacher e Meleis, 1994, 124-125



Plano de Cuidados de Enfermagem

Início	Diagnóstico (NANDA)	Resultados	Intervenções	Avaliação	Término
29/01/2013	Risco de Obstrução da Via Aérea relacionado com posicionamento em Decúbito Dorsal e manutenção do Plano Duro	Permeabilidade da Via Aérea (A)	- Controle da Via Aérea, - Precisação contra Aspiração, - Supervisão, - Montorização de PVS, - Retirar Plano Duro após exclusão de Lesão Cervical,	- VA permeável durante o internamento até à transferência para HFF	30/01/2013
		Ventilação (B)	- Instalação de Oxigenoterapia, - Montorização da Função Respiratória: FR, Oxiemétrias,	- PV entre os 16 e os 18 cm, com aporte de O ₂ por Máscara Facial e O ₂ a 3 l/min, com oximétrias periféricas entre os 98-100%.	30/01/2013




Plano de Cuidados de Enfermagem

Início	Diagnóstico (NANDA)	Resultados	Intervenções	Avaliação	Término
29/01/2013	Risco de Débito Cardíaco Diminuído relacionado com Crâniotomia do Trauma	Estado Circulatório do doente (C)	- Monitorização dos PVS, - Monitorização do Balanço Hídrico, - Função Venosa - Administração de Fluidos Endovenosos - Redução da ansiedade	- PV na admissão: TA de 150/85 mmHg, FC de 63 bpm, com pulso periférico cheio e regular e BMT de 121 mg/dm ³ ; - PVS a 01/02/2013: TA 130/86 mmHg, FC 65 bpm, BMT 96 mg/dm ³	30/01/2013
		Perfusão Tecidual Cerebral (D)	- Promoção da perfusão Cerebral, - Monitorização Neurológica	- Manter score 15 da GCS e Pupilas isocóricas e reactivas	30/01/2013




Plano de Cuidados de Enfermagem

Início	Diagnóstico (NANDA)	Resultados	Intervenções	Avaliação	Término
29/01/2013	Risco de Hipotermia relacionado com exposição corporal durante transporte, Avaliação Primária e Secundária, mantida por verbalização de frio, tremores e ampieps de frio	Controlo da Temperatura (E)	- Regulação da temperatura do ambiente de trabalho, - Monitorização dos PVS (Temperatura, FC), - Trocar o másc, - Preocupa-se com o aquecimento possível aquecimento corporal, - Cobrir o doente com lençóis aquecidos e cobertores,	- Doente mantida com temperatura entre os 36,4°C e os 36,9°C	30/01/2013
29/01/2013	Risco de Lesão Medular relacionado com o Acidente de Viação relacionado com Transporte com Colar Cervical e Plano Duro	Controlo do Alinhamento corporal	- Manter colar cervical e garantir correcto alinhamento da coluna cervical, - Mobilizar em bloco, de acordo com Protocolo TVM,	- Doente sem lesões da coluna cervical	29/01/2013

Plano de Cuidados de Enfermagem 


Início	Diagnóstico (NANDA)	Resultados	Intervenções	Avaliação	Término
29/01/2013	Dor Aguda em grau moderado, relacionada com os traumatismos resultantes do acidente de Viagem e manifestada por Queixas algícas e engas facial	Controlo da Dor	<ul style="list-style-type: none"> Quantificar a dor do doente com a escala numérica da dor Monitorização de sinais vitais, Proporcionar suporte emocional Implementação de medidas: <ol style="list-style-type: none"> Paracetamol 1g ev, Metamizol Magnésico 30 mg ev, Metamizol Magnésico 2g ev. Até fim de 1 hora apresentava dor grau 4. No HSX doente verbalizava dor grau 2 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentava dor grau da Escala Numérica da dor e intitulou-se analgesia com: Cetococ 30 mg ev, Metamizol Magnésico 2g ev. No HSX doente verbalizava dor grau 2 	30/01/2013

43

Plano de Cuidados de Enfermagem 


Início	Diagnóstico (NANDA)	Resultados	Intervenções	Avaliação	Término
29/01/2013	Integridade da Pele Prejudicada, relacionada com Acidente de Viagem, manifestada por diversas escoriações e feridas sangrantes em ambos os MIs em doente com HCV	Que as feridas do doente não apresentem sinais inflamatórios, Realização dos pensos periodicamente, Que ocorre cicatrização das feridas e escoriações por segunda intenção	<ul style="list-style-type: none"> PNV (Titano), Proceder à limpeza das feridas com soro fisiológico, Proceder à desinfeção das feridas com anti séptico tópico (iodopovidona), Vigiar a evolução cicatricial da ferida, Realizar os pensos sempre que necessário, Instrução para: <ul style="list-style-type: none"> Auto-observação das feridas e escoriações Elevação, com uma almofada, do membro superior esquerdo, diminuindo o edema do MSE. Registos 	<ul style="list-style-type: none"> Vacina Td administrada a 29/01/2013 e efectuado encaminhamento para administração da 2ª dose nos CSP, Efectuado penso do 2º dedo da mão esqu com gaze Gorda, compressa seca e penso de conteúdo. Ferida sem sinais inflamatórios, com boa evolução cicatricial 	30/01/2013

44

Plano de Cuidados de Enfermagem 


Início	Diagnóstico (NANDA)	Resultados	Intervenções	Avaliação	Término
29/01/2013	Risco de Ansiedade relacionado com a vivência do processo transicional manifestada por desorientação físico e verbalização de sentimento	Redução da Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> -Assessment of Readiness, -Role Supplementacion Terapêutica: Comunicar com a cliente vítima de trauma e família, Descrever os procedimentos a efectuar, desmistificando dúvidas e medos, Encorajar estratégias adaptativas usadas com sucesso no passado, Envolver, dentro do possível, a família na prestação de cuidados, Escuta activa, Fornecer informação realista da situação, sem retirar espaço para a esperança, Supporte Emocional, Administração de Farmacos Ansiolíticos, Cuidado Transicional, 	<ul style="list-style-type: none"> No momento da transferência doente mais calma, consciente do que lhe aconteceu e quais as mudanças que estava a atravessar, mas com dúvidas acerca do seu futuro necessitando de esclarecimentos adicionais 	30/01/2013

45

Plano de Cuidados de Enfermagem 


Início	Diagnóstico (NANDA)	Resultados	Intervenções	Avaliação	Término
29/01/2013	Comportamento de Saúde alterado relacionado com consumo toxicómanos perigos, em programa de Metadona,				

46

Discussão 

- Abordagem primária eficaz e dentro do tempo preconizado pela DGS (20 min),
- Avaliação secundária demorou mais tempo do que o que é preconizado pela DGS,
- De uma forma geral, tentou-se dar resposta aos problemas identificados, envolvendo sempre que possível a esposa no processo terapêutico.
- O Sr. TM após o acidente de viagem foi encaminhado para o Hospital de Santa Maria, hospital que não era o hospital da área de residência, onde foi avaliado e estabilizado.


47

Discussão 

- O Trauma é um acontecimento súbito e repentino que leva a que o cliente e a sua família experienciem um conjunto simultâneo de transições, donde se destaca uma transição de Saúde/Doença.
- Uma condição inibidora do processo de Transição foi a falta de Preparação e conhecimento, dado que o acidente de viagem foi um acontecimento súbito. O medo relacionado com a incerteza do prognóstico, manifestado pela ansiedade pode ser considerado como outra condição inibidora de uma transição saudável.

48


Discussão



- Uma condição facilitadora foi a presença de suporte familiar representada pela esposa, que contribuiu para nos inteirar da situação do cliente, disponibilizou-nos as doses de Metadona e deu apoio emocional ao Sr. TM.
- Uma Terapêutica de Enfermagem neste caso passa por implementar um *Role Supplementation* Terapêutico, como fornecer informação adequada e transmitir uma esperança realista em relação à evolução do processo do cliente.

49

Discussão



- Existem indicadores de resultado de transição saudável, que permite avaliar o sucesso das Terapêuticas de Enfermagem implementadas, nomeadamente a mestria, o bem-estar, bem-estar relacional e reformulação de identidade. O internamento no Serviço de Urgência foi o início de um conjunto de etapas que irão originar um novo conjunto de processos adaptativos durante o restante internamento pelo que a continuidade de Cuidados e intervenções de Enfermagem é fundamental.
- Mesmo a avaliação de muitas das intervenções de Enfermagem iniciadas no SU só poderão ser avaliadas mais tarde. A fase em que o cliente se encontrava à data da transferência para o HFF não permitiu ainda determinar a existência de algum indicador de resultado de transição saudável.


50

QUESTÕES / SUGESTÕES




51

Síntese



- Contextualização da temática,
- História de Enfermagem,
- Enquadramento teórico,
- Plano de Cuidados,
- Discussão

52




"Existirá alguém tão esperto que aprenda pela experiência dos outros?" Voltaire

"A experiência não é o que nos acontece; é o que fazemos com aquilo que nos acontece." Hazley

"O homem prudente aproveita a sua experiência; o homem sábio aproveita a experiência dos outros." Collins

53

Bibliografia



American College of Surgeons Committee on Trauma. (2008). *Advanced Trauma Life Support for Doctors*. Chicago: American College of Surgeons.

Bentley, P. (2006). *De medicina levitate* [2 ed.]. Curitiba: Quarta.

Berry, P., Appleby, L., & Stewart, D. (2011). *Clinical audit and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach*. New York: Springer Publishing Company.

Comissão Regional de Saúde do Norte. (2010). *Um Ano de Atividade Multidoc. Parte: Administração Regional de Saúde do Norte*.

Costa, J. (2012). *Resumo de Atividade de Avaliação de Intervenções de Enfermagem*. Lisboa.

Costa, J., & Monteiro, A. R. (2010). *Qualidade em enfermagem de emergência* [2 ed.]. Lisboa: Lusocientia.

Direção Geral da Saúde. (2010). *Organização do Cuidado Hospitalar e Transição de Cuidados*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Griffiths, P. et al. (2010). *Global Clinical Practice Guideline for Acute Medical Emergencies*. Society of Critical Care Medicine, Portuguese Edition.

Gouveia, T. et al. (2010). *Global Clinical Practice Guideline for Acute Medical Emergencies*. Society of Critical Care Medicine, Portuguese Edition.

Johnson, M., Blalock, G., Baicker, S., Goehmann, J. M., Mann, M., Moorhead, S., Swanson, E. (2005). *Implementing NANDA, NIC & NC*. 2ª edição. Philadelphia: Elsevier.

Minkoff, A. J. (2002). *Theoretical nursing: Development and progress*. 10th ed.). New York: Lippincott, Williams & Wilkins.

Minkoff, A. J. (2002). *Transition Theory in Midlife Stage and Division Stage of Women in Working Record and Retiree*. New York: Springer.

Minkoff, A. J., Tangeman, P. A. – *Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission*. Nursing Outlook. NP 12, November/December, 2004, pp. 255-259.

Minkoff, A. J. et al. – *Experiencing Transitions: An Emerging Middle Range Theory*. *Advances in Nursing Science*. 21 (1), 2000, pp. 12-28.

Michigan Advanced Trauma Care Consortium. (2007). *Report of the Michigan Advanced Trauma Care Consortium*. Bureau of Health Services.

Nunes et al. (2008). *Manual de Trauma* [3ª ed.]. Lisboa: Lusocientia.

Pearson, A. & Wheeler, B. (2002). *Intensidade em Emergências de Enfermagem*. Lisboa: ACTIV.

Orsini, T., & Wheeler, B. (2002). *Enfermagem de Urgência: do teoria à prática*. [3ª edição]. Lisboa: Lusocientia.

Schumpert, A. & Minkoff, A. J. *Transitions: A Critical Concept in Nursing*. *NANDA Journal of Nursing Education*, Vol. 20, Nº 2, 1984, pp. 119-127.

Vinik, J.A., Castro, E., Corcos, (2007). *Colaboração interdisciplinar e integração do enfermeiro perante um utente com necessidades de reabilitação neuropsiquiátrica*. *Trabalho em Enfermagem* [online]. Vol. 20, Nº 2, 1984, pp. 119-127.

WHO. *The impact of unmet health needs and inequity in the WHO European Region 2005*.

World Health Organization. *Guidelines for Hospital Trustee Care Services*.

World Health Organization (2006). *Guidelines for Hospital Quality Improvement Programmes*. Geneva.

54