

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

**Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica. A Pessoa em situação crítica

Relatório de Estágio

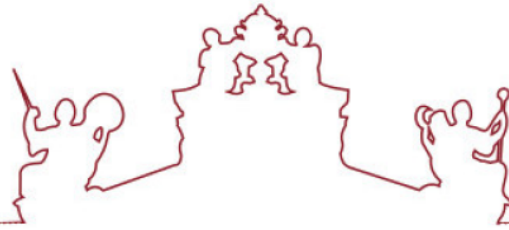
A atuação dos Enfermeiros em situação de trauma, como determinante na segurança do doente crítico

Filipe Miguel Rebordão Ferro

Orientador(es) | Maria Alice Gois Ruivo

Évora 2020





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

**Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica. A Pessoa em situação crítica

Relatório de Estágio

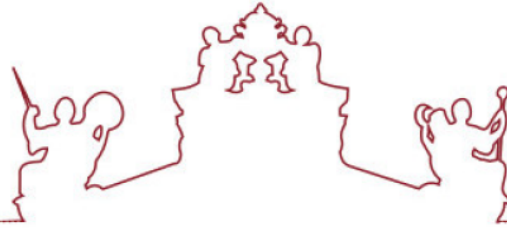
A atuação dos Enfermeiros em situação de trauma, como determinante na segurança do doente crítico

Filipe Miguel Rebordão Ferro

Orientador(es) | Maria Alice Gois Ruivo

Évora 2020





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

- Presidente | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde)
- Vogais | Maria Alice Gois Ruivo (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Orientador)
Maria do Céu Mendes Pinto Marques (Universidade de Évora) (Arguente)

“O pessimista vê a dificuldade em cada oportunidade.
O otimista vê oportunidade em cada dificuldade.”

Sir Winston Churchill

AGRADECIMENTOS

*À Professora,
Professora Maria Alice Gois Ruivo,
Pela orientação e disponibilidade demonstrada.*

*À Enfermeira Supervisora,
Enfermeira Sandra Contreiras,
pelas oportunidades de incalculável aprendizagem,
reflexão e momentos de partilha de experiências e conhecimentos.*

*À Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência Geral,
pelos dados disponibilizados para a caracterização do serviço
e pela aceitação da realização da Intervenção Major no SUG.*

*A todos os colegas do SUG,
O agradecimento pelo acolhimento e disponibilidade demonstrada durante o estágio.*

*Aos meus Pais,
Pelo valioso e inigualável apoio e ajuda para atingir esta meta.*

*Finalmente, a vocês, Filipa e Xavier,
agradeço a paciência, mas principalmente,
a presença constante em todos os momentos.*

RESUMO

O relatório de estágio tem como objetivo descrever as atividades que foram desenvolvidas para adquirir as competências na área de Especialização Médico-Cirúrgica: A pessoa em situação crítica, competências de mestre e a intervenção profissional major, utilizando a metodologia de projeto, desenvolvida no estágio.

Os Enfermeiros do Serviço de Urgência são frequentemente confrontados com a necessidade de prestar cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma e configurando-se o trauma como uma situação de emergência, o prognóstico das pessoas vítimas de trauma é influenciado pela qualidade, eficácia e eficiência das intervenções e cuidados de enfermagem prestados.

Sendo os cuidados de enfermagem à pessoa no serviço de urgência tão complexos, e uma vez que para os enfermeiros melhorarem o seu desempenho e perícia exigida na prestação dos cuidados, têm de participar na prática dos mesmos, torna-se pertinente, estruturar um plano de formação que aborde este tema, utilizando a simulação como estratégia pedagógica para adquirir os conhecimentos, habilidades e competências necessárias para a prestação de cuidados de excelência à pessoa vítima de trauma, e conseqüente segurança do doente.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Urgência; Trauma; Segurança; Doente Crítico

ABSTRACT

The Role of Nurses in Trauma as a Determinant in Critical Patient Safety

The internship report aims to describe the activities that were developed to acquire the skills in the area of Medical-Surgical Specialization: The person in critical situation, master's skills and the major professional intervention developed in the intership, using the project methodology.

Emergency Service Nurses are often confronted with the need to provide nursing care to the trauma victim and setting trauma as an emergency situation, the prognosis of trauma victims is influenced by the quality, effectiveness and efficiency of the trauma nursing interventions and care provided.

Since nursing care for the person in the emergency department is so complex, and since nurses need to improve their performance and expertise in providing care, they need to participate in the practice of it, it is pertinent to structure a training that addresses this theme, using simulation as a pedagogical strategy to acquire knowledge, skills and competences necessary to provide excellent care to the trauma victim, and consequent patient safety.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Urgency; Trauma; Safety; Critical Patient

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndices	LXXXII
Apêndice A – Proposta de relatório de estágio – Modelo T-005	LXXXIII
Apêndice B – Questionário de Diagnóstico de Situação	LXXXVII
Apêndice C – Pedido de Autorização à Comissão de Ética do CHBM	LXXXIX
Apêndice D – Pedido de Parecer à Comissão de Ética da UE	XCII
Apêndice E – Plano de Sessão	XCVIII
Apêndice F – Programa da Sessão	CI
Apêndice G – Sessão de Formação	CIII
Apêndice H – Caso Clínico	CXXXVII
Apêndice I – Checklist de Avaliação	CXLI
Apêndice J – Artigo Científico	CXLIV

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos	CXLIX
Anexo A – Declaração de Aceitação de Orientação	CL
Anexo B – Resposta ao Pedido à Comissão de Ética do CHBM	CLII
Anexo C – Organograma do CHBM	CLIV
Anexo D – Apreciação Global dos Formandos – Questionário dos Formandos	CLVI
Anexo E – Centro de Educação e Formação CHBM – Programa Workshop ...	CLVIII
Anexo F – Formação “Relato de Incidentes na Plataforma de Gestão do Risco e Segurança do Doente	CLX
Anexo G – Formação “Documentação dos Cuidados de Enfermagem – UIPA”	CLXII

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1 – Relação entre o mecanismo de lesão e o tipo de trauma **28**

Tabela nº 2 – Lesões potenciais versus mecanismos de lesão **34**

ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – American Psychological Association

CHBM – Centro Hospitalar Barreiro Montijo

ECG – Eletrocardiograma

EMC-PSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

ESS – Escola Superior de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

GCL – Grupo Coordenação Local

min. - minutos

NAEMT – National Association of Emergency Medical Technicians

OE – Ordem dos Enfermeiros

PPCIRA – Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e das Resistências aos Antimicrobianos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SO – Sala de Observação

SUG – Serviço Urgência Geral

UC – Unidade Curricular

UIPA – Unidade de Internamento Polivalente de Agudos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO	17
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	24
3. ATIVIDADE DE INTERVENÇÃO MAJOR	40
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	52
4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem	55
4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirurgica – A Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem	68
5. CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio encontra-se inserido no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Especialidade Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC), em parceria entre as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Setúbal, Portalegre, Beja e Castelo Branco e a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, tendo o mesmo curso decorrido na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, na Universidade de Évora.

A construção deste relatório visa demonstrar o percurso e a atividade de intervenção major realizado ao longo do 3º semestre do curso, no estágio final, decorrido de 18 de Setembro de 2017 a 27 de Janeiro de 2018, no Serviço de Urgência Geral do Hospital Nossa Senhora do Rosário, do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, sob a orientação da Sra. Enfermeira Sandra Contreiras, especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e da Professora Doutora Alice Ruivo.

A realização do estágio mencionado anteriormente teve a “finalidade de proporcionar um espaço de aprendizagem que conduza ao desenvolvimento de competências ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à enfermagem médico-cirúrgica, permitindo o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho” (Nunes *et al.*, 2010, citado por Manco, 2015, p. 12).

Tendo em consideração as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, o estágio final perspetivou a elaboração de um projeto de intervenção em serviço. O projeto de intervenção foi elaborado de acordo com a metodologia de projeto, que se baseia “numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência” (Ruivo *et al.*, 2010, p. 2).

O enquadramento concetual foi desenvolvido através de teorias de médio alcance, mais concretamente, a Teoria da Incerteza de Merle Mishel, a Teoria do Conforto de

Katharine Kolcaba e o Modelo de Sinergia da *American Association of Critical-Care Nurses*.

Recorremos também à utilização da metodologia de projeto, que é constituída por cinco etapas: “Diagnóstico de Situação; Definição de Objetivos; Planeamento; Execução e Avaliação e Divulgação dos Resultados” (Ruivo *et al.*, 2010, p. 2). A necessidade identificada para a realização deste projeto consiste em estruturar um plano de formação em serviço que aporte a temática do trauma, dos cuidados à pessoa vítima de trauma, utilizando a simulação como estratégia pedagógica para adquirir/manter os conhecimentos, habilidades e competências necessárias para a prestação de cuidados de excelência à pessoa vítima de trauma, e consequente segurança do doente, visto que as intervenções e cuidados de enfermagem à pessoa são tão complexos e importantes, e uma vez que para os enfermeiros melhorarem o seu desempenho e obterem a noção da complexidade e perícia exigida na prestação dos cuidados.

A mortalidade de pessoas expostas a trauma de alta energia é muito alta. O corpo encontra-se subitamente numa condição frágil e stressante, onde muitos dos sistemas de órgãos podem falhar em simultâneo (Abelsson *et al.*, 2017).

Segundo Abelsson *et al.* (2017), cuidar de uma pessoa vítima de trauma é uma tarefa complexa e muitas das vezes exigente para o enfermeiro. Por se tratar de uma tarefa complexa e exigente, e que por vezes pode não ser frequente, os mesmos autores referem que o recurso à simulação é bastante benéfico para a aquisição/manutenção dos conhecimentos e competências necessários para a correta atuação/abordagem à pessoa vítima de trauma.

Segundo Benner (1982), os enfermeiros têm de participar na prática dos cuidados de forma a obter a noção de complexidade e de perícia requerida para a prestação dos cuidados, sendo considerados tanto melhor quanto mais próximos se encontrarem, em termos de desempenho, dos padrões de excelência definidos.

Como referido anteriormente os cuidados a prestar à pessoa vítima de trauma podem ser bastante complexos. Os enfermeiros para melhor compreenderem essa complexidade e desenvolverem as competências, habilidades e intervenções necessárias na abordagem à pessoa vítima de trauma, necessitam de participar na prática dos cuidados à mesma, através da simulação e treino. Este aspeto justifica a pertinência do tema proposto.

Definiu-se como objetivos de aprendizagem do referido estágio que cada formando:

- “Integre princípios das teorias e modelos conceituais em enfermagem médico-cirúrgica no processo de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Desenvolva a prática clínica à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, fundamentada em sólidos padrões de conhecimento;
- Saiba gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Colabore em articulação com o nível estratégico na conceção dos planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações;
- Participe na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Participe no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas;
- Demonstre uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo” (Santiago, 2017, p. 1).

O principal objetivo deste relatório é realizar uma reflexão relativa ao processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica.

Os objetivos específicos definidos foram: Realizar um enquadramento conceitual/teórico que sustentasse a intervenção major, bem como correlacionar esse mesmo enquadramento com a intervenção major; descrever as várias etapas da realização da intervenção major, bem como explicar a pertinência e contributos da mesma na melhoria dos cuidados prestados à pessoa vítima de trauma; realizar uma análise reflexiva sobre a aprendizagem e desenvolvimento de competências no âmbito da especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, fundamentando a mesma e descrevendo as experiências por mim vivenciadas; apresentar a reflexão sobre o processo de desenvolvimento para adquirir o Grau de Mestre; realizar uma reflexão final e conclusiva sobre todo o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Há a salientar que o intervalo de tempo decorrido entre o término do estágio e a elaboração do presente relatório se deveu a questões pessoais inadiáveis, alheias à minha vontade, que impossibilitaram a construção deste mesmo relatório.

Estruturalmente, o relatório encontra-se dividido em 5 capítulos. Um capítulo onde realizamos uma apreciação do contexto onde decorreu o estágio final. De início é feita uma descrição do Centro Hospitalar Barreiro Montijo e do Hospital Nossa Senhora do Rosário, seguido de uma caracterização do Serviço de Urgência Geral do hospital referido anteriormente.

No segundo capítulo, é realizado um enquadramento concetual e teórico, abordadas as teorias de enfermagem que sustentam este projeto, bem como as restantes temáticas pertinentes para o mesmo.

Posteriormente, no terceiro capítulo, respeitante ao projeto de intervenção, inclui a descrição pormenorizada das inúmeras fases que o constituíram, com apresentação e discussão dos resultados.

No quarto capítulo, é realizada uma análise detalhada de todo o percurso efetuado para a aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e as Competências de Mestre.

O quinto capítulo, e último capítulo, corresponde à conclusão, onde descrevemos os aspetos significativos da realização deste relatório, bem como a análise dos objetivos propostos para o mesmo.

A redação e formatação deste relatório respeita o novo acordo ortográfico português e está de acordo com a sexta edição da norma de referência American Psychological Association (APA) (APA, 2010).

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

No presente capítulo efetuamos uma caracterização do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, seguida de uma caracterização do Serviço de Urgência Geral onde serão apresentados os seus recursos humanos, físicos e materiais, efetuamos uma análise da população-alvo e é descrito o processo de triagem dos utentes, com posterior análise da produção de cuidados realizados no contexto.

Caracterização do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

O Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE (CHBM) foi criado a 1 de novembro de 2009, através do Decreto-lei n.º 280/2009 de 6 de Outubro, com a natureza de entidade público empresarial, e integra o Hospital de Nossa Senhora do Rosário e o Hospital Distrital do Montijo (CHBM, 2019).

Tem mais de 30 valências clínicas, prestando assistência ao nível do Internamento, Consulta Externa, Urgência, Hospital de Dia, Assistência Domiciliária e assegurando, praticamente, todos os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica daí decorrentes (CHBM, 2019).

Com uma área de influência que engloba os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, a Instituição serve uma população de mais de 213 mil habitantes, de acordo com o Censo de 2011 (CHBM, 2019).

O Hospital Nossa Senhora do Rosário (HNSR) foi inaugurado a 18 de Janeiro de 1959 e dirigido pela Santa Casa da Misericórdia e consistia numa estrutura mais pequena e de menor diferenciação, que funcionou durante quase 30 anos, com cerca de 15 camas (CHBM, 2019).

O edifício atual, com um número maior de especialidades e com cerca de 500 camas, internou os primeiros doentes no dia 17 de Setembro de 1985, passando nessa altura a ser designado de Hospital Distrital do Barreiro (CHBM, 2019).

Em Setembro de 1995 viu a sua designação ser alterada para Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro, por despacho do Ministro da Saúde, publicado no Diário da República II Série n.º 218, de 20 de Setembro de 1995 (CHBM, 2019).

Em Dezembro de 2002, o Decreto-Lei nº 299/2002 transformou a Instituição numa sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos. Três anos depois, com o Decreto-Lei nº 233/2005 passou a entidade pública empresarial, designando-se então de Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE (CHBM, 2019).

O CHBM tem como missão “a prestação de cuidados de saúde diferenciados a todos os cidadãos no âmbito da responsabilidade e capacidade das unidades hospitalares que o integram, o Hospital Nossa Senhora do Rosário e o Hospital do Montijo, exercendo a sua atuação de acordo com as linhas estratégicas definidas pelo Conselho de Administração no âmbito da autonomia de gestão que legalmente lhe assiste, promovendo a execução local da política de saúde regional e nacional plasmada nos planos estratégicos superiormente aprovados e operacionalizada através do contrato programa” (CHBM, 2019, p. 5).

Segundo o CHBM (2019), tem como visão “ser um Centro Hospitalar com diferenciação científica, técnica e tecnológica, reconhecido pela efetividade clínica, segurança e satisfação do doente e motivação dos colaboradores, assumindo-se como uma instituição de referência na promoção da saúde e bem-estar da população” (p. 5).

O CHBM (2019), define como princípios e valores:

- “Gestão integrada do acesso aos cuidados de saúde;
- Livre circulação dos doentes no âmbito do Serviço Nacional de Saúde;
- Preocupação partilhada com o doente na utilização custo efetiva dos recursos disponíveis;
- Humanização e qualidade dos cuidados de saúde;
- Não discriminação e respeito pelos direitos dos doentes;
- Educação para a saúde e promoção da literacia em saúde;
- Autocuidado e participação dos doentes no processo assistencial;
- Respeito pela dignidade e segurança individual de cada doente;
- Atualização assistencial incorporando os avanços da investigação da ciência e da tecnologia;
- Excelência técnico-profissional;
- Ética e deontologia profissional;
- Trabalho de equipa pluridisciplinar e multiprofissional;
- Sustentabilidade económico-financeira;
- Respeito pelo ambiente;

- Promoção de cultura de mérito e avaliação sistemática” (p. 6).

Caracterização do Serviço de Urgência Geral

O SUG destina-se ao atendimento de utentes em situações urgentes/emergentes, desde os 18 anos, excetuando-se as grávidas. O mesmo encontra-se integrado na Rede Nacional de Urgências Hospitalares e é definido como um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.

“Funciona 24 horas por dia, todos os dias do ano, para as áreas da Medicina Interna, Cirurgia Geral, Anestesiologia e Ortopedia. Conta com o apoio interno da Cardiologia (24 horas todos os dias), da Psiquiatria (8h00 às 20h00) e Médico Radiologista (14h00 às 24h00 nos dias úteis). As especialidades de Oftalmologia e Otorrinolaringologia dão apoio em regime de consulta aberta, nos dias úteis, no período da manhã, conforme as suas disponibilidades” (CHBM, n.d.).

O SUG é complementado pelos Serviços de Patologia Clínica, que contribuem para a avaliação e auxílio no diagnóstico clínico através da realização de exames complementares de diagnóstico.

Também dispõe de um Técnico de Cardiopneumologia para a realização e interpretação de electrocardiogramas (ECG), nos dias úteis, das 8h00 às 15h00, bem como de uma Assistente Social, nos mesmos dias, das 9h00 às 17h30.

Situações urgentes/emergentes que careçam de avaliação por especialidades específicas e inexistentes no CHBM, são transferidas para outros hospitais com as referidas especialidades, conforme as normas de referenciação do Serviço Nacional de Saúde. Estas transferências inter-hospitalares ficam a cargo da equipa de enfermagem do SUG, não existindo equipa de transporte do CHBM.

“Desde abril de 2016 que este Serviço dispõe de uma **Viatura Médica de Emergência e Reanimação** (VMER), incluída no Sistema Integrado de Emergência Médica, sendo determinante na estabilização pré-hospitalar de vítimas de acidentes ou doença súbita grave e no acompanhamento médico durante o transporte, para os serviços de urgência, o que possibilita o início da abordagem em suporte avançado de vida dos doentes antes da sua chegada ao Hospital” (CHBM, n.d.).

“A Urgência Geral tem implementado o sistema de **Triagem de Manchester**, que classifica por cores a gravidade dos doentes que recorrem a este serviço, permitindo que estes sejam observados de acordo com a sua situação clínica e não por ordem de chegada. É realizada por um enfermeiro, após a inscrição administrativa, à chegada ao Serviço de Urgência” (CHBM, n.d.).

O SUG encontra-se organizado em duas áreas assistencias:

Área de Ambulatório:

- Balcões: destinado ao atendimento de situações clínicas das áreas médica, cirúrgica e ortopédica, existindo ainda atendimento da especialidade de Psiquiatria das 8h00 às 20h00;
- Sala de Reanimação e Trauma: que se encontra à entrada do SUG, destinada à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Esta é constituída por duas zonas de atendimento separadas, podendo alocar dois utentes em simultâneo, contendo dois monitores desfibrilhadores, um *LifePack 20* e *Philips Efficia DFM 100*, um ventilador *Carefusion LTV 1200*, 2 Monitores *Edan iM50*, seringas infusoras *Braun Perfusor Compact*, bem como um plano rígido, uma maca coquille, para além de todo o material necessário para prestar cuidados à pessoa em situação crítica. Sala de Pequena Cirurgia: onde se realizam suturas, drenagens de abscessos, e outras situações que não necessitam de transferência para o Bloco Operatório;
- Sala de Inalatórios: onde são atendidas as situações clínicas urgentes e emergentes do foro pneumológico;
- Sala de Triagem.

Área de Internamento:

- Unidade de Internamento Polivalente de Agudos (UIPA): tem uma lotação de 28 camas, estando dividida em dois setores. O primeiro setor, mais especializado em cuidados diferenciados, sendo constituída por 8 camas todas equipadas com monitorização de multi parâmetros, monitores *Philips SureSigns VM8*, bombas infusoras *Argus 707* e seringas infusoras *Braun Perfusor Compact* e ainda ventilação mecânica (ventilador *Viasys Vela*) em duas unidades e ventilação não invasiva nas restantes unidades. Este setor pretende dar resposta ao internamento e vigilância de doentes instáveis e com

maior índice de gravidade. As restantes 20 camas destinam-se aos doentes cuja situação é menos grave, prévia à transferência para o internamento da especialidade ou de estabilização para ter alta. Neste setor 16 camas estão equipadas com monitores *Philips SureSigns VM8* e seringas infusoras *Braun Perfusor Compact*;

Recursos Humanos

A equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, administrativos, assistentes operacionais, vigilantes e funcionários dos serviços de limpeza e de alimentação.

A equipa médica é constituída por clínicos gerais, especialistas em medicina interna, cirurgia geral e ortopedia, tendo apoio permanente de anestesiologia, medicina intensiva, cardiologia e ginecologia/obstetrícia.

As especialidades de Gastrenterologia, Psiquiatria e Urologia estão disponíveis das 8 horas da manhã até as 20 horas da noite, sendo posteriormente, encaminhados os doentes para outros hospitais caso haja a necessidade de observação por essas especialidades.

As especialidades de Oftalmologia e de Otorrinolaringologia estão disponíveis no sistema de consulta aberta consoante o número de vagas diárias.

A equipa de enfermagem é composta por 71 elementos, dos quais faz parte uma Enfermeira Coordenadora, uma enfermeira sub-coordenadora, também responsável pela formação em serviço, que substitui a enfermeira coordenadora e uma enfermeira responsável pela UIPA.

Os enfermeiros encontram-se distribuídos por cinco equipas, chefiados por um enfermeiro com título de especialista, encontrando-se a cumprir um horário em *roulement*, estando apenas a Enfermeira Coordenadora, a enfermeira sub-coordenadora, e a enfermeira responsável pela UIPA com horário fixo.

Na ausência da Enfermeira Coordenadora ou da enfermeira sub-coordenadora, o enfermeiro chefe de equipa é responsável pela gestão do serviço, pela supervisão dos seus elementos, colaborando com os restantes elementos na prestação direta de cuidados, em especial, em situações críticas na sala de reanimação.

Por turno, os enfermeiros são distribuídos por setores, assumindo a responsabilidade pela prestação dos cuidados e pelo registo dos mesmos, usando o trabalho de equipa como metodologia de trabalho. Na área de ambulatório os registos de enfermagem são realizados no sistema *SIRIU*, e na área de internamento, no SO os registos de enfermagem são realizados em suporte de papel, e na UIPA no sistema *SCLINICO*.

Em relação ao número de enfermeiros escalados por turno encontra-se previsto para o turno da manhã 14 enfermeiros, para o turno da tarde 14 enfermeiros também e 12 enfermeiros para o turno da noite, sempre que possível. É da responsabilidade do enfermeiro chefe de equipa distribuir os enfermeiros pelos setores. O número de enfermeiros por setores nos turnos da manhã e tarde são:

Um enfermeiro como chefe de equipa, um enfermeiro de triagem, dois enfermeiros em cada um dos balcões, um enfermeiro de sala de reanimação e balcão de verdes, cinco enfermeiros de SO e dois enfermeiros de UIPA.

No turno da noite o número de enfermeiros por setor é:

Um enfermeiro como chefe de equipa, um enfermeiro de triagem, um enfermeiro em cada um dos balcões, um enfermeiro de sala de reanimação, cinco enfermeiros de SO e dois enfermeiros de UIPA.

Análise da População-Alvo

De acordo com os dados obtidos através do Relatório de Contas de 2018, o CHBM registou 152.122 episódios de urgência no ano de 2018, mais 2% do que no ano de 2017, dos quais 74.837 na Urgência Geral (+3,7% face ao período homólogo), verificando-se assim um acréscimo do número de atendimentos de urgência no SUG, com 70.297 episódios em 2016, 72.169 episódios em 2017 e 74.837 episódios em 2018 (CHBM, 2018, p. 35).

As pessoas a necessitarem de atendimento no SUG apresentam mais frequentemente as seguintes patologias clínicas: Enfarte Agudo do Miocárdio; Edema Agudo do Pulmão Cardiogénico; Fibrilhação e Flutter Auricular; Trauma. A área de influência abrangida pelo CHBM caracteriza-se pela existência de Festividades que envolvem atividades do Foro Tauromáquico, nomeadamente Touradas e Largadas de Toiros. Durante estas festividades, assiste-se a um elevado número de doentes entrados no SUG vítimas de trauma, resultantes, de acidentes ocorridos/relacionados com essas mesmas atividades.

Estilo de Liderança

Segundo Boaventura (2016), liderança é “um processo instrumental segundo a qual eficácia do líder se mede pela sua habilidade em motivar os seus subordinados para atingir objetivos desejáveis” (p. 7).

A mesma autora aborda três estilos de liderança, Liderança Autocrática, Liderança Liberal e Liderança Democrática.

Na liderança autocrática o líder “centraliza totalmente a autoridade e as decisões. Os subordinados não têm nenhuma liberdade de escolha, o líder autocrático é denominador, emite ordens e espera obediência plena e cega dos subordinados. Os grupos submetidos a liderança autocrática apresentam maior volume de trabalho produzido, como evidentes sinais de tensão, frustração e agressividade, o líder é temido pelo grupo que só trabalha quando ele está presente. Este tipo de liderança enfatiza somente o líder” (Boaventura, 2016, p. 19).

Já na liderança liberal o líder “permite totalmente liberdade para tomada de decisões individuais ou grupais, participando apenas quando é solicitado pelo grupo. O comportamento do líder é evasivo e sem firmeza, os grupos submetidos a liderança liberal não se saíram bem, nem quanto a quantidade, nem quanto a qualidade do trabalho, com fortes sinais de individualismo, desagregação do grupo, insatisfação, agressividade e pouco respeito ao líder. O líder é ignorado pelo grupo, este tipo de liderança enfatiza somente o grupo” (Boaventura, 2016, p. 19).

Relativamente à liderança democrática o líder é “extremamente comunicativo, encoraja a participação das pessoas e preocupa-se igualmente com o trabalho e com o grupo. O líder atua com facilitador para orientar o grupo, ajudando-o na identificação dos problemas e nas soluções, coordenando as atividades e sugerindo ideias. Os grupos submetidos a liderança democrática apresentam boa quantidade de trabalho e qualidade surpreendente melhor, acompanhadas de um clima de satisfação grupal, responsabilidade e comprometimento das pessoas” (Boaventura, 2016, p. 19).

Atendendo aos estilos de liderança anteriormente descritos, no SUG o estilo de liderança utilizado é um misto entre o autocrático e o democrático, no sentido em que a enfermeira coordenadora do SUG encoraja a participação dos chefes de equipa e segundos elementos na identificação e resolução dos problemas, mas em última instância é a mesma a decidir como atuar.

2. ENQUADRAMENTO CONCETUAL E TEÓRICO

O enquadramento concetual e teórico visa descrever os conceitos fundamentais aplicados ao estudo, bem como o modelo de enfermagem utilizado. Os conceitos de formação, teorias de aprendizagem, simulação/prática simulada, trauma e teorias de enfermagem, são imprescindíveis para a compreensão e desenvolvimento da atividade de intervenção major.

Teorias de Enfermagem

Centrando-se o desenvolvido da minha intervenção major na área de cuidados críticos, mais concretamente, na abordagem da pessoa vítima de trauma, uma das teorias de enfermagem que se ergue de forma natural é a da Teoria da Incerteza de Merle Mishel, visto que, esta teoria de médio alcance, reconcetualizada em 1990, aborda a forma como uma pessoa em situação aguda ou crónica pode experienciar a incerteza na doença, considerando os antecedentes da incerteza, a forma como aprecia a mesma, e como lida com essa mesma incerteza (Tomey & Alligood, 2004).

Para Mishel, citada por Bailey & Stewart (2004) a incerteza é caracterizada como “a incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença que ocorrem quando quem toma as decisões é incapaz de atribuir valor definitivo a objetos ou eventos e/ou é incapaz de prever os resultados com precisão” (p. 633).

Segundo Tomey & Alligood (2004), a incerteza trata-se de um “estado cognitivo resultante de pistas insuficientes com as quais se forma um esquema cognitivo, ou uma representação interna de uma situação ou evento” (p. 638).

Mishel define os restantes conceitos da teoria, que são:

- **“Esquema cognitivo** – é a interpretação subjetiva da pessoa acerca da doença, tratamento e hospitalização.
- **Quadro de estímulos** – é a forma, composição e estrutura dos estímulos que uma pessoa observa e que são, depois, estruturados num esquema cognitivo.
- **Padrão de sintomas** – é o grau no qual os sintomas apresentam consistência suficiente para serem observados como tendo um padrão ou configuração.
- **Familiaridade do evento** – é o ponto até ao qual a situação é habitual, repetitiva ou contém pistas reconhecidas.

- **Congruência do evento** – diz respeito à consistência entre o esperado e experimentado nos eventos relacionados com a saúde.
- **Fornecedores de estrutura** – são os recursos disponíveis para assistir a pessoa na interpretação do quadro de estímulos.
- **Autoridade credível** – é o grau de confiança que uma pessoa tem nos seus prestadores de cuidados de saúde.
- **Apoios sociais** – influenciam a incerteza ajudando o indivíduo na interpretação do significado dos eventos.
- **Capacidades cognitivas** – são as capacidades de processamento de informação de uma pessoa, refletindo tanto as capacidades inatas como os constrangimentos situacionais.
- **Inferência** – diz respeito à avaliação da incerteza usando experiências relacionadas e recordadas.
- **Ilusão** – diz respeito a crenças elaboradas a partir da incerteza.
- **Adaptação** – reflete comportamentos bio-psico-sociais que ocorrem na variedade de comportamentos das pessoas individualmente definidos.
- **Nova perspectiva de vida** – diz respeito à formulação de um novo sentido de ordem, resultante da integração da incerteza contínua na auto-estrutura, na qual a incerteza é aceite como ritmo de vida natural.
- **Pensamento probabilístico** – diz respeito a uma crença num mundo condicional no qual a expectativa da certeza e da previsibilidade contínuas é abandonada” (Bailey & Stewart, 2004, p. 634).

Mishel considera que a gestão da incerteza é fundamental para a adaptação na doença tornando-se imperativo compreender de que forma os indivíduos organizam cognitivamente os eventos ligados à doença e constroem um sentido através deles.

A teoria da Incerteza apresenta como postulados as seguintes relações entre conceitos:

1. “A incerteza ocorre quando uma pessoa não consegue estruturar ou categorizar adequadamente um evento relacionado com a doença por haver falta de pistas suficientes.
2. A incerteza pode tomar a forma de ambiguidade, complexidade, falta de informação ou informação inconsistente, e/ou imprevisibilidade.

3. Conforme o padrão de sintomas, a familiaridade do evento e a congruência do evento (quadro de estímulos) aumentam, a incerteza diminui.
4. Os fornecedores de estrutura (autoridade, apoio social e ensino credível) diminuem diretamente a incerteza promovendo a interpretação de eventos e reforçando indiretamente o quadro de estímulos.
5. A incerteza apreciada como perigo desencadeia esforços de *coping* orientados no sentido de reduzir a incerteza e gerir o despertar de emoções por ela gerado.
6. A incerteza apreciada como oportunidade desencadeia esforços de *coping* orientados no sentido da manutenção da incerteza.
7. A influência da incerteza é mediada pela eficácia dos esforços de *coping* na redução da incerteza apreciadas como perigo ou na manutenção da incerteza como oportunidade.
8. Quando a incerteza apreciada como perigo não pode ser eficazmente reduzida, podem ser empregues estratégias de *coping* para gerir a resposta emocional.
9. Quanto maior for a duração da incerteza no contexto da doença, mais instável se torna o modo de funcionamento anteriormente aceite pelo indivíduo.
10. Em condições de incerteza contínua, os indivíduos podem desenvolver uma nova perspetiva de vida probabilística que aceita a incerteza como parte natural da vida.
11. O processo de integração da incerteza contínua numa nova visão da vida pode ser bloqueado ou prolongado pelos fornecedores das estruturas que não apoiam o pensamento probabilístico.
12. A exposição prolongada à incerteza apreciada como perigo pode conduzir a pensamentos incómodos, à revogação e a uma severa perturbação emocional” (Bailey & Stewart, 2004, p. 635).

O enfermeiro, como fornecedor de estrutura, através da criação de uma relação de confiança com a pessoa e família, compõe um apoio basilar para reduzir diretamente a incerteza, auxiliando a pessoa na interpretação do significado dos eventos e fortalecendo indiretamente o quadro de estímulos (Bailey e Stewart, 2004).

Numa abordagem suplementar, segundo outro prisma concetual, a abordagem à pessoa vítima de trauma, pode basear-se em Kolcaba e na sua Teoria do Conforto, onde o conforto, conceito elementar desta teoria, é definido como “a experiência imediata e holística de se ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de

conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, socio-cultural e ambiental)” (Dowd, 2004, p. 484).

A pertinência do holístico nas intervenções de enfermagem é igualmente demonstrado no Modelo de Sinergia da *American Association of Critical-Care Nurses* (AACN), onde a ideia central deste modelo é que as necessidades da pessoa direcionam as competências do enfermeiro necessárias para a prestação de cuidados à mesma, para além de que, no momento em que as competências do enfermeiro que derivam das necessidades da pessoas e as características do enfermeiro e da pessoa coincidem, a sinergia ocorre (AACN, n.d.).

Em suma, as intervenções de enfermagem espelham a integração de conhecimentos, competências, experiências e atitudes, que são necessárias para retorquir às necessidades da pessoa/família. Assim sendo, as características do enfermeiro derivam das necessidades da pessoa, sendo essas mesmas características avaliadas segundo o nível de competente a perito (AACN, n.d.).

Segundo esta linha de raciocínio, e segundo Benner (1982), os enfermeiros têm de participar na prática dos cuidados de forma a obter a noção de complexidade e de perícia requerida para a prestação dos cuidados, sendo considerados tanto melhor quanto mais próximos se encontrarem, em termos de desempenho, dos padrões de excelência definidos.

Trauma

Trauma é hoje definido como “um evento nocivo que acontece quando há liberação de formas específicas de energia física ou quando há barreiras ao fluxo normal de energia” (National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT), 2016, p.16).

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística, em 2004, em Portugal, o número de vítimas mortais devido a trauma foi de 109 vítimas por 100.000 habitantes, o que coloca Portugal no topo da lista de países com mais mortes por trauma na Europa (Valente *et al.*, 2013).

Segundo Abelson *et al.* (2017) a mortalidade de pessoas expostas a trauma de alta energia é muito alta. O corpo encontra-se repentinamente numa condição frágil e stressante, onde muitos dos sistemas de órgãos podem falhar em simultâneo.

O trauma grave consiste na apresentação de lesões corporais específicas ou parâmetros fisiológicos, que indicam instabilidade. (Massada *et al.*, 2010) Os mesmos autores referem ainda que existem mecanismos de lesão ou um conjunto de sinais e sintomas que demonstram um potencial risco de lesão ativa, oculta ou com possibilidade de descompensação (Massada *et al.*, 2010).

O trauma torácico afeta as estruturas e os órgãos da cavidade torácica, sendo o trauma penetrante ou não-penetrante (Sheely, 2001).

A Cinemática é “o estudo geométrico do movimento, independentemente da causa que o produz” (Valente *et al.*, 2013, p. 13). Logo a compreensão da cinemática do trauma apresenta-se como uma determinante importante do trauma em si, visto que a perceção do sucedido permite antever potenciais lesões, podendo o enfermeiro direccionar a sua atuação/abordagem à pessoa vítima de trauma.

Tipo de Trauma	Tipo de Incidente	Mecanismo de lesão (cinemática)
Trauma Fechado	Acidentes com veículos automóveis	Impacto Frontal
		Impacto Lateral
		Impacto Traseiro
		Impacto Rotacional
		Capotamento
	Acidentes com motociclos	Impacto Frontal
		Impacto Angular
		Ejeção
	Atropelamento	Adulto
		Criança
	Quedas	Queda de pé
		Queda de braços
		Queda de cabeça
	Armas	Baixa energia
		Média e alta energia
Explosão		

Tabela 1: Relação entre o mecanismo de lesão e o tipo de trauma (Fonte: Valente *et al.*, 2013, p. 13)

No trauma fechado “existem duas forças envolvidas no impacto, compressão e laceração/estiramento. Ambas podem produzir cavitação. A laceração/estiramento surge como resultado da mudança abrupta de velocidade por parte de um órgão ou estrutura. Esta diferença na aceleração ou desaceleração faz com que partes de órgãos/estruturas se separem conduzindo ao rasgar de tecidos. A compressão resulta da opressão direta de um órgão ou estrutura por outras” (Valente *et al.*, 2013, p. 14).

Como foi referido anteriormente, apesar de cada um destes padrões ter variações, a identificação precisa do tipo de impacto fornece informação fundamental para se poder identificar lesões resultantes do evento traumático (Valente *et al.*, 2013).

Segundo Valente *et al.* (2013), no impacto frontal “a extensão de estragos no veículo indica a velocidade aproximada deste, no momento do impacto. Quanto maior a intrusão no chassi, maior a velocidade no momento de impacto. Quanto maior for a velocidade, maior a troca de energia e mais elevada será a probabilidade dos ocupantes terem sofrido lesões” (p. 17). Ainda os mesmos autores referem que “apesar do veículo num impacto frontal parar subitamente o movimento para a frente, o ocupante continua a mover-se e irá prosseguir um de dois caminhos possíveis: **Para cima e sobre; Para baixo e sob**” (Valente *et al.*, 2013, p. 17).

Para cima e sobre

Nesta situação específica “o corpo do ocupante é projetado sobre o volante. A cabeça é normalmente a porção do corpo mais exposta e embate no pára-brisas (que pode estilhaçar no padrão típico “**olho de boi**”) ou no tejadilho.” (Valente *et al.*, 2013, p. 18) Segundo os mesmos autores “a região da coluna cervical é o segmento com menor grau de proteção e o embate da cabeça pode provocar hiperextensão, hiperflexão ou compressão axial. Todos estes mecanismos são passíveis de produzir lesões” (Valente *et al.*, 2013, p. 18).

“O tronco continua a mover-se até que a energia seja absorvida pela coluna. De seguida, o tórax ou o abdómen, ou ambos, colidem com o volante (podendo provocar pneumotórax e/ou outras lesões toracoabdominais)” (Valente *et al.*, 2013, p. 18).

Para Baixo e Sob

Nesta situação, “o corpo do ocupante move-se para a frente e para baixo, em direção ao tablier. A importância de perceber a cinemática associada a este mecanismo tem a ver com as lesões que podem ser produzidas nos membros inferiores” (Valente *et al.*, 2013, p. 19).

Ainda segundo Valente *et al.*, (2013) “pode ocorrer fratura da tibiotalársica se o pé ficar fixo no pedal ou no chão do veículo, com o joelho estirado. Habitualmente o joelho está fletido, assim a força não é dirigida para o tornozelo e, portanto, os joelhos embatem no tablier. E aqui podem ocorrer dois pontos de impacto possíveis, a tíbia ou o fêmur” (p. 19).

O impacto traseiro ocorre quando “um veículo que se move lentamente ou que está imobilizado (veículo alvo) é atingido por trás, por um veículo que se move a uma velocidade mais elevada (veículo bala)” (Valente *et al.*, 2013, p. 20).

Neste tipo de colisões, “a energia do veículo bala é convertida, no momento do impacto, em aceleração do veículo alvo. Quanto maior a diferença de velocidades no momento do impacto, maior será a quantidade de energia disponível para provocar aceleração e lesões” (Valente *et al.*, 2013, p. 20).

Nesta situação “o tronco do ocupante é acelerado pelo banco e se o apoio de cabeça estiver incorretamente posicionado abaixo da região occipital, a cabeça iniciará o seu movimento para a frente após o tronco, resultando em hiperextensão da coluna cervical. Este movimento pode provocar lesão de ligamentos e outras estruturas de suporte, em especial na região anterior do pescoço” (Valente *et al.*, 2013, p. 20).

No caso do **impacto lateral** o veículo alvo é “acelerado na direção da força criada pelo veículo bala. O ocupante pode sofrer lesões na sequência da aceleração lateral, ou à medida que o habitáculo é invadido pela projeção da porta” (Valente *et al.*, 2013, p. 20).

Os impactos laterais que ocorrem no lado mais próximo do ocupante produzem mais lesões do que aqueles que ocorrem no lado mais afastado do ocupante.

Segundo Valente *et al.* (2013) cinco regiões corporais podem sofrer lesões na sequência do impacto lateral:

- **“Clavícula:** pode ser comprimida e fraturada se a força for aplicada na direção do ombro;
- **Tórax:** A compressão da parede torácica pode causar fraturas de costelas, contusão pulmonar, hemo ou pneumotórax. Podem ainda ocorrer lesões vasculares maior devidas à aceleração/ desaceleração súbitas;
- **Abdómen e Bacia:** A intrusão ou deformação no habitáculo pode comprimir e fraturar a bacia. Além disso, pode projetar a cabeça do fémur contra o acetábulo e produzir lesão articular. Os ocupantes do lado do condutor são mais vulneráveis a lesões do baço neste tipo de impacto, ao passo que os ocupantes do lado do passageiro são mais suscetíveis a lesão do fígado;
- **Cervical:** O ponto de ligação ao crânio é posterior e inferior ao centro de gravidade cefálico. Isto faz com que o movimento da cabeça seja de flexão lateral e rotação. Assim, o lado da coluna cervical contra lateral ao impacto será aberto (ocorre o movimento de distração), ao passo que o lado homolateral é comprimido. Este movimento pode resultar em fraturas e luxações vertebrais, ou mesmo em lesão medular;
- **Crânio:** Pode embater na porta e com isso produzir lesões” (p. 21).

O **impacto rotacional** “resulta na combinação das lesões verificadas no impacto frontal e impacto lateral. As lesões mais graves ocorrem no ocupante mais próximo do ponto de impacto” (Valente *et al.*, 2013, p. 21).

Durante o **capotamento** “o veículo pode sofrer diversos impactos, de diferentes ângulos. O mesmo se aplica ao ocupante sem dispositivos de contenção. Mesmo nos ocupantes que fazem uso destes dispositivos, os órgãos internos são submetidos a forças de desaceleração que podem produzir lesões graves. As lesões mais graves estão obviamente presentes nos indivíduos que não utilizam dispositivos de contenção” (Valente *et al.*, 2013, p. 21).

Os acidentes com veículos motorizados “originam todos os anos um número significativo de mortes. Nos acidentes com este tipo de veículos podem estar presentes três tipos de impacto” (Valente *et al.*, 2013, p. 23).

A **colisão frontal** contra um objeto “faz com que o motociclo pare. Dado que o centro de gravidade da moto é abaixo e atrás do eixo da frente, no momento do impacto, a moto inclina-se para a frente e o motociclista é atirado contra o guiador. Daqui podem resultar lesões no crânio, tórax, abdómen, bacia ou fémur, dependendo exclusivamente de qual é a porção anatómica que embate no guiador. Para além disso podem resultar outras lesões na sequência da projeção do motociclista” (Valente *et al.*, 2013, p. 23).

No **impacto angular** o motociclo “embate num objeto num determinado ângulo. Na sequência do embate o motociclista é esmagado entre a moto e o objeto. É habitual ocorrerem lesões nas extremidades superiores e inferiores, quer sejam fraturas, quer sejam lesões extensas de tecidos moles. Podem também ocorrer lesões nos órgãos abdominais na sequência da transferência de energia” (Valente *et al.*, 2013, p. 23).

“Dado a ausência de dispositivos de contenção, o motociclista pode, na sequência do trauma, ser projetado. Se tal acontecer, o indivíduo continuará em voo até que a cabeça, os braços, o tórax, o abdómen ou as pernas embatem noutra objeto, quer seja um veículo, um poste, ou mesmo o asfalto” (Valente *et al.*, 2013, p. 23).

O atropelamento “possui três fases distintas, cada uma com o seu padrão de lesão específico” (Valente *et al.*, 2013, p. 25).

1. “O impacto inicial ocorre nas pernas ou ao nível das coxas;
2. O tronco gira na direção do “capot” do veículo e poderá embater no pára-brisas;
3. A vítima cai do veículo para o solo, habitualmente de cabeça, com eventual lesão cervical associada” (Valente *et al.*, 2013, p. 25).

As lesões resultantes do atropelamento “por veículos automóveis variam de acordo com a altura da vítima e a altura do veículo” (Valente *et al.*, 2013, p. 25).

Na criança, tal como no adulto, “quando a desproporção de dimensões com o veículo é muito grande, pode sofrer também esmagamento de membros ou torso” (Valente *et al.*, 2013, p. 25).

As vítimas de quedas “podem sofrer lesões na sequência de múltiplos impactos. Quanto maior for a altura da queda, maior a probabilidade de lesão, já que aumenta a velocidade e conseqüentemente a energia cinética. Quedas de altura superior a três vezes a altura da vítima são frequentemente quedas das quais resultam lesões graves” (Valente *et al.*, 2013, p. 27).

O padrão de lesão nas quedas de pé é denominado **síndrome de Don Juan**. Nestas situações “ocorrem frequentemente lesões bilaterais dos calcâneos. À medida que os pés sofrem um impacto violento após tocarem no chão, a energia cinética vai sendo absorvida pelas pernas e podem ocorrer fraturas da articulação tibiotársica e fraturas de tíbia e/ou perônio ou até mesmo de bacia. O corpo é de seguida comprimido pelo peso da cabeça e tronco e podem ocorrer fraturas de corpos vertebrais, especialmente na coluna lombar ou transição dorsolumbar” (Valente *et al.*, 2013, p. 27).

Se a vítima cai da própria altura com os braços esticados “o resultado pode ser uma fratura de “Colles” bilateral, resultante da compressão e flexão da articulação do punho” (Valente *et al.*, 2013, p. 27).

Se a vítima cai de cabeça “com o corpo quase alinhado, como acontece nos mergulhos em águas rasas, o peso total do tronco, bacia e pernas, comprimem a cabeça e a coluna cervical. A fratura da coluna cervical é frequente quando este padrão de lesão está presente” (Valente *et al.*, 2013, p. 27).

No **trauma penetrante** as “suas conseqüências clínicas dependem da energia transferida no momento do impacto e do ponto de aplicação. No trauma por arma de fogo há transferência de alta energia, os tecidos circundantes são afastados do trajeto do projétil, dando origem à Cavitação (temporária e/ou permanente) com três conseqüências:

- Destruição mecânica e funcional dos tecidos circundantes. Possibilidade de fragmentação do projétil, com criação de projéteis secundários com trajetórias acessórias e danos mais graves. O impacto sobre estruturas ósseas leva à projeção de fragmentos, que por sua vez podem agravar e/ou provocar lesão tecidual;
- Leva pedaços de roupa ou outros materiais do local de impacto e deposita-os na profundidade da ferida;

- Quanto maior a velocidade e o calibre do projétil, maior será a cavitação temporária e logo maior a região afetada” (Valente *et al.*, 2013, p. 29).

Mecanismo de lesão	Potenciais lesões
<p>Impacto frontal (Automóvel):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Volante danificado; ▪ Marcas dos joelhos no tablier; ▪ Fratura do pára-brisas (“Olho de boi”). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesão vertebro-medular: cervical; ▪ Lesões faciais; ▪ Fratura da grelha costal anterior; ▪ <i>Vollet Costal</i>: fratura de duas ou mais costelas contíguas em dois ou mais pontos; ▪ Contusão Pulmonar (compressão do tecido pulmonar); ▪ Contusão do miocárdio (disritmias); ▪ Pneumotórax; ▪ Aneurisma/Disseção da Aorta: em especial na junção entre a porção móvel (aorta ascendente e arco aórtico) e a porção fixa (aorta descendente); ▪ Hemorragia intra-abdominal; ▪ Lesão mesentérica (laceração e arrancamento dos pedículos vasculares dos órgãos abdominais); ▪ Compressão e esmagamento de órgãos sólidos (fígado, baço, rins ou pâncreas); ▪ Rotura diafragmática e rotura de órgãos ocos (cólon), relacionadas com o aumento da pressão intra-abdominal; ▪ Laceração dos rins, fígado e baço (devido à desaceleração súbita). No caso do fígado, o ligamento redondo pode literalmente seccionar o lobo esquerdo, condicionando hemorragia grave; ▪ Fratura/Luxação do Joelho/Bacia.
<p>Impacto lateral (Automóvel)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesão vertebro-medular: cervical; ▪ Fratura grelha costal lateral; ▪ <i>Vollet Costal</i>? ▪ Pneumotórax; ▪ Aneurisma/Disseção da Aorta; ▪ Rotura do diafragma; ▪ Fratura do baço, Fígado (consoante o lado afetado) e Rim (do lado afetado); ▪ Fratura da Bacia ou acetábulo.
<p>Impacto traseiro (Automóvel)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesão vertebro-medular: cervical; ▪ Lesão dos tecidos moles do pescoço
<p>Impacto angular (Motociclo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esmagamento, fraturas ou lesão de tecidos moles das extremidades (compressão entre moto e ponto de impacto).
<p>Projeção</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maior risco por lesões provenientes de todos os mecanismos de lesões.
<p>Atropelamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trauma Crânio Encefálico; ▪ Lesões traumáticas da aorta; ▪ Lesões abdominais (viscerais); ▪ Fratura dos membros inferiores e Bacia; ▪ Elevada probabilidade de abaloamento nas vítimas pediátricas.

Tabela 2: Lesões potenciais versus mecanismos de lesão (Fonte: Valente *et al.*, 2013, p. 35)

Formação

Como disciplina do conhecimento, a enfermagem, tem vindo a aumentar a sua área científica, afirmando-se com o tempo como ciência, logo a formação tornasse um elemento preeminente para a excelência com que se pretende obter os cuidados de enfermagem.

Durante anos a formação em enfermagem esteve co dependente da área médica, mudando esse paradigma como o decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro que refere “a natureza da profissão de enfermagem e as características do seu exercício fazem com que se deva privilegiar a formação em serviço como forma de manter atualizados, aprofundar e desenvolver os conhecimentos adquiridos nos cursos básicos e pós-básicos de enfermagem, prevendo-se nesta carreira mecanismos que favoreçam e permitam concretizar este tipo de formação contínua” (Ministério da Saúde, 1991, p.5723).

Segundo Dias (2004, p. 23), a formação “tanto pode ser entendida como o espaço de tempo em que esta se desenvolve, como o efeito desta sobre os indivíduos.” O mesmo autor afirma que “o conjunto de atividades realizadas é confundido por vezes com a própria ação de formar-se, levando-nos a esquecer que a formação é um modo pessoal que implica mudanças internas no próprio sujeito”.

Para Marc & Garcia-Locqueneux (1995, p. 9), “a formação define-se e especifica-se pelo seu público, pelos seus processos, intenções e referências.”

A formação é “um processo que não se pode deixar de controlar facilmente. Acontece mais vezes quando não esperamos do que quando a programamos. O que conta é criar meios, colocar ao dispor dos adultos um repertório de possibilidades que lhes permitam compreender melhor o seu trabalho e aperfeiçoar as suas competências profissionais, refletir sobre os seus percursos pessoais e sociais, adquirir conhecimentos e sistematizar informação. Formar-se não é algo que se possa fazer num lugar à parte. Bem pelo contrário, é um processo que se confunde com a própria vida de adultos” (Canário, 1999, p. 9).

Avanzin, mencionado por Canário (1999, p. 34) afirmar que a formação de adultos “tende a aumentar a competência inicial do sujeito no domínio próprio da sua atividade, em função do seu estatuto: é o que designa a noção de «reciclagem» e, por vezes, a de «reconversão profissional».”

A formação de adultos é “a resultante da ação educativa, ou seja, tem a ver com os efeitos causados nos adultos que participam nestas ações. Para que haja formação tem que haver modificação da forma de pensar e/ou de agir dos indivíduos” (Dias, 2004, p. 24).

Ainda Dias (2004, p. 37), afirma que “a enfermagem como profissão exige a mobilização dos conhecimentos adquiridos durante a formação base e/ou especializada, que devem ser continuamente renovados através da formação permanente.” Para o mesmo autor, a formação em serviço “surge como uma estratégia de atualização em contexto de trabalho de forma dinâmica, envolvendo todos os intervenientes. O sucesso parece estar dependente das estratégias de motivação e planeamento do formador e do seu desempenho. Desta forma, a formação em serviço é aquela que se desenrola em simultâneo com a prática profissional, apelando ao conhecimento na ação e à reflexão sobre a ação” (Dias, 2004, p. 37).

A formação em serviço é definida como “toda a formação adquirida, através da experiência, no exercício de uma profissão ou atividade profissional” (Comissão Interministerial para o Emprego, 2001, p. 26).

A formação contínua define-se como “formação que engloba todos os processos formativos organizados e institucionalizados subsequentes à formação profissional inicial, com vista a permitir uma adaptação às transformações tecnológicas e técnicas, favorecer a promoção social dos indivíduos, bem como permitir a sua contribuição para o desenvolvimento cultural, económico e social” (Comissão Interministerial para o Emprego, 2001, p. 26).

O diagnóstico de necessidades de formação é definido como “deteção de carências, a nível individual e/ou coletivo, referentes a conhecimentos, capacidades e comportamentos tendo em vista a elaboração de um plano de formação” (Comissão Interministerial para o Emprego, 2001, p. 22).

O levantamento das necessidades de formação consiste “na recolha e tratamento de informação relativa a carências a nível individual e/ou coletivo referentes a comportamentos a nível de conhecimentos, capacidades e atitudes que podem conduzir a um deficiente desempenho e baixa produtividade” (Comissão Interministerial para o Emprego, 2001, p. 30).

A análise de necessidade de formação define-se como o “tratamento e avaliação dos dados obtidos pelo levantamento de necessidades de formação, com vista à obtenção de indicadores que permitam a elaboração de um diagnóstico de necessidades de formação” (Comissão Interministerial para o Emprego, 2001, p. 15).

Os métodos expositivos são “os métodos de transmissão oral de um determinado saber, informações, conteúdos, etc. qualquer exposição pode, no entanto, ser seguida de questões colocados pelos formandos e das respostas do formador, ou por questões postas pelo formador” (Pinheiro & Ramos, 2005, p. 28).

No método demonstrativo “é o formador que detém e transmite os conhecimentos e que, ao mesmo tempo, explica e demonstra aos formandos, fazendo experimentar os comportamentos que pretende transmitir” (Pinheiro & Ramos, 2005, p. 32).

Teorias de Aprendizagem

Os conteúdos que serão abordados durante as sessões de formação em serviço assentam em duas teorias de aprendizagem: Teoria da Aprendizagem Significativa de Ausubel, que levou à Teoria do Aprender a Aprender de Joseph Novak e a Teoria do Aprender Fazendo de John Dewey.

A essência da Teoria da Aprendizagem Significativa de Ausubel é que a aprendizagem seja significativa, isto é, que a nova informação transmitida faça algum sentido para o formando.

Na Teoria do Aprender Fazendo de John Dewey é proposto que o estudante aprenda fazendo, *learn by doing*, aprendendo com ações que fazem parte da vida real do mesmo.

As sessões de formação por mim propostas vão ao encontro destas duas teorias. Em primeira instância, porque é realizada uma exposição teórica da temática/problemática fornecendo nova informação útil para os formandos, que será naturalmente, retida mais facilmente, pelo fato do conteúdo exposto ter significado no contexto de trabalho dos formandos. Em segundo lugar, essas mesmas sessões de formação assentam na Teoria do Aprender Fazendo porque na segunda fase da sessão os formandos vão replicar o demonstrado pelos formadores, podendo assimilar o novo conhecimento pelo «fazer».

Simulação/Prática Simulada

A simulação, bem como, o treino simulado são hoje em dia reconhecidos como estratégias pedagógicas basilares na formação de profissionais de saúde, quer ao nível graduado, assim como, no nível pós-graduado e ao longo da vida, tendo a mesma, impacto em várias dimensões, desde a satisfação do estudante até à segurança da pessoa alvo dos cuidados de enfermagem (Mock *et al.*, 2004).

Segundo Baptista (2014) a simulação é uma tentativa de imitar as particularidades de uma determinada situação clínica, ambicionando uma melhor compreensão e gestão dessa situação em contexto real.

A simulação, utilizada como estratégia pedagógica ativa, permite consolidar conhecimentos, conferindo-lhes valor, desenvolver habilidade técnicas e relacionais, contribuindo para o desenvolvimento de profissionais globalmente competentes, fazendo-o num ambiente seguro para o participante e para a pessoa alvo de cuidados (Mock *et al.*, 2004).

São mencionados, por Foronda (2013), como ganhos associados a estratégias pedagógicas ativas, envolvendo a simulação, o desenvolvimento de conhecimentos e de competências para o juízo clínico e para o estabelecimento de prioridades, para a tomada de decisão, para a realização das ações acertadas, para o trabalho de equipa e para a correção de erros sem os seus efeitos adversos numa pessoa real.

É uma técnica que recorre a um ambiente artificial, recriando uma situação real com o propósito de praticar, aprender, avaliar, testar ou desenvolver a compreensão dos sistemas ou ações humanas (Baptista, 2014).

Ainda o mesmo autor refere que a simulação ao ser usada no ensino, aumenta e promove o desenvolvimento de aprendizagens significativas e pode atingir o seu expoente máximo, se os participantes a encararem como legítima, autêntica e realista (Baptista, 2014).

A simulação contribui para ampliar e consolidar o conhecimento do formando, estabelecendo pontes para a ação, conferindo-lhe valor e acrescentando relevância (Foronda, 2013).

O *debriefing* consiste numa atividade que sucede a simulação, onde se encoraja a reflexão por parte dos participantes acerca da ação e para a ação. O *debriefing* utiliza uma

estrutura definida, centrada nos objetivos e durante a qual é proporcionado o reforço positivo em relação às intervenções, emoções e comportamentos adequados, onde se discutem intervenções, emoções e comportamentos menos corretos e se procura a transferência do aprendido para situações futuras (Mock *et al.*, 2004).

Os enfermeiros têm de participar na prática dos cuidados de forma a obter a noção de complexidade e de perícia requerida para a prestação dos cuidados, sendo considerados tanto melhor quanto mais próximos se encontrarem, em termos de desempenho, dos padrões de excelência definidos (Benner, 1982).

3. ATIVIDADE DE INTERVENÇÃO MAJOR

A atividade de intervenção major, foi desenvolvida no decurso do estágio realizado no serviço de urgência, através da identificação de uma necessidade clínica de enfermagem, presente no serviço, pondendo a mesma ser enquadrada na metodologia de projeto.

Segundo Ruivo *et al.* (2010), refere que a metodologia de projeto tem como objetivo “centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidade e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real. A metodologia constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática” (p. 3).

O trauma é um dos principais problemas de saúde a nível mundial, tratando-se de uma causa major de morte e de incapacidade por todo o mundo. (Mock *et al.*, 2004).

A mortalidade de pessoas expostas a trauma de alta energia é muito alta. O corpo encontra-se subitamente numa condição frágil e stressante, onde muitos dos sistemas de órgãos podem falhar em simultâneo (Abelsson *et al.*, 2017).

Segundo Massada *et al.* (2010), o trauma grave consiste na apresentação de lesões corporais específicas ou parâmetros fisiológicos, que indicam instabilidade. Os mesmos autores referem ainda que existem mecanismos de lesão ou um conjunto de sinais e sintomas que demonstram um potencial risco de lesão ativa, oculta ou com possibilidade de descompensação.

O trauma torácico afeta as estruturas e os órgãos da cavidade torácica, sendo o trauma penetrante ou não-penetrante (Sheely, 2001).

Os enfermeiros do Serviço de Urgência prestam frequentemente cuidados ao doente vítima de trauma, mas não significa que as intervenções sejam adequadamente realizadas, ou que as necessidades de formação sejam descoradas.

Segundo Abelsson *et al.* (2017), cuidar de uma pessoa vítima de trauma é uma tarefa complexa e muitas das vezes exigente para o enfermeiro. Por se tratar de uma tarefa complexa e exigente, e que por vezes pode não ser frequente, os mesmos autores referem que o recurso à simulação é bastante benéfica para a aquisição/manutenção dos

conhecimentos e competências necessários para a correta atuação/abordagem à pessoa vítima de trauma.

Com a simulação, os participantes da mesma, deixam de depender de aprender numa situação atual de trauma, podendo desenvolver competências físico motoras, de comunicação, de manutenção, de liderança, sem contato real com a pessoa vítima de trauma e sem risco real para a mesma (Abelsson *et al.*, 2017).

A simulação, bem como, o treino simulado, são hoje em dia reconhecidos como estratégias pedagógicas basilares na formação de profissionais de saúde, quer ao nível graduado, assim como, no nível pós-graduado e ao longo da vida, tendo a mesma, impacto em várias dimensões, desde a satisfação do estudante até à segurança da pessoa alvo dos cuidados de enfermagem (Martins, 2016).

Ainda o mesmo autor refere que a simulação, utilizada como estratégia pedagógica ativa, permite consolidar conhecimentos, conferindo-lhes valor, desenvolver habilidades técnicas e relacionais, contribuindo para o desenvolvimento de profissionais globalmente competentes, fazendo-o num ambiente seguro para o participante e para a pessoa alvo de cuidados (Martins, 2016).

Segundo Benner (1982), os enfermeiros têm de participar na prática dos cuidados de forma a obter a noção de complexidade e de perícia requerida para a prestação dos cuidados, sendo considerados tanto melhor quanto mais próximos se encontrarem, em termos de desempenho, dos padrões de excelência definidos.

A escolha do tema está relacionada com o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC, K1, onde “considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (OE, 2019, p.19363).

Atendendo ao facto, de que este trabalho em última instância se materializa na implementação de uma intervenção major, o qual necessita de ser operacionalizado, isto é, transportado para a prática/realidade dos contextos de prestação de cuidados, é fundamental que a realização do mesmo seja baseada na Metodologia de Projeto. Perante isto, considerou-se pertinente explicitar e fundamentar, com base em

conhecimentos/achados científicos, em que consiste a Metodologia de Projeto e as suas respetivas etapas integrantes.

Guerra (1994), citado por Ruivo *et al.* (2010) relata que a metodologia de projeto é “um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real”. (p. 3). Os mesmos autores, citando Guerra (1994), relatam ainda que esta metodologia se encontra “ligada à investigação, centrada na resolução de problemas. Através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do(s) projeto(s) numa situação real” (Guerra, 1994, citada por, Ruivo *et al.*, 2010, p. 3).

Ruivo *et al.* (2010), expõe 6 etapas na metodologia de projetos, sendo elas: “identificação dos problemas e diagnósticos da situação; definição de objetivos; seleção de estratégias, programação das atividades; avaliação do trabalho e divulgação dos resultados” (p. 8).

Para Imperatori (1982), na metodologia de planeamento em saúde as principais fases do seu processo consistem em: “diagnóstico da situação; definição de prioridades; fixação de objetivos; seleção de estratégias; elaboração de programas e projetos; preparação da execução e avaliação” (p. 9).

O diagnóstico de situação “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo *et al.*, 2010, p. 10).

Ruivo *et al.* (2010), citando Imperatori (1982), relate que o diagnóstico de situação “tem um papel justificativo das atividades realizadas nos serviços, funcionando com padrão de comparação no momento de avaliação e, conseqüentemente, como ponto de balanço no sucesso ou avanço alcançado com as medidas implementadas” (p. 10).

Ruivo *et al.* (2010), relata que: “concentrar na ideia de diagnóstico de situação implica referir outros dois conceitos, nomeadamente o de problema e o de necessidade. O problema de saúde pode ser definido com um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela coletividade, e por outro lado, necessidade é definida como a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir, representando o necessário para corrigir o problema identificado” (p. 11).

Almeida e Freire (2007) afirmam que o problema pode ser definido recorrendo ao raciocínio indutivo ou ao dedutivo. No primeiro método, acontece um raciocínio do

particular para o geral e no segundo método, o raciocínio inicia-se no geral, nas teorias, e termina no específico, nos fenómenos ou dados (Almeida e Freire, 2007, citados por Ruivo *et al.*, 2010).

Ruivo *et al.* (2010), refere que o conceito de necessidade “envolve as noções de causalidade e de evolução prognóstica. As necessidades podem ser classificadas em reais, quando determinadas pelos profissionais, e ainda em expressas e não expressas” (p.11).

Desta forma o diagnóstico de situação “implica primeiramente, a identificação dos problemas e posteriormente a determinação das necessidades, na qual é importante identificar os precursores dos problemas e as consequências dos mesmos” (Ruivo *et al.*, 2010, p. 11).

O contacto com o contexto, no fundo refere-se à observação do contexto e das pessoas que nele se incluem. Aliás, segundo Carvalho (1993), a informação pode-se obter diretamente – através de entrega de questionários ou colocação de questões pessoalmente aos indivíduos - ou indiretamente – mediante a avaliação de situações (registo de acontecimentos) e avaliação comportamental (listas de verificação de comportamentos) (Carvalho, 1993, citado por Ruivo *et al.*, 2010).

Para Mão de Ferro (1999), citado por Ruivo *et al.* (2010), os objetivos “apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico” (p. 18).

Segundo Imperatori (1982), a fixação dos objetivos é “uma etapa fundamental na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (p. 42).

Ruivo *et al.* (2010), relata que os objetivos “devem obedecer a alguns itens, sendo estes: claros; de linguagem precisa e concisa; em número reduzido; realizáveis; mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração” (p. 19).

Miguel (2006), citado por Ruivo *et al.* (2010), refere que o planeamento é “a terceira fase do ciclo de vida do projeto, em que é elaborado um plano detalhado do projeto” (p. 20).

O mesmo autor ainda acrescenta que, durante a fase de planeamento “a utilização e escolha das actividades, meios e estratégias a realizar coadunam directamente com os objectivos previamente alicerçados” (Miguel, 2006, citado por Ruivo *et al.*, 2010, p. 20).

De acordo com Ruivo *et al.* (2010) a “etapa da execução da metodologia de projecto materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado” (p. 23).

Segundo Ruivo *et al.* (2010), a avaliação “permite uma retroação com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, ação e seleção dos meios, bem como a análise dos resultados” (p. 24).

A avaliação deve “fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados)” (Ruivo *et al.*, 2010, p. 24).

Quanto à divulgação dos resultados, Ruivo *et al.* (2010), afirmam que é a última etapa da metodologia de projeto e permite o conhecimento externo do projeto. Esta divulgação materializa-se através da redação de um relatório final sobre o projeto implementado, dando a conhecer a sua pertinência e o percurso realizado no desenvolvimento de estratégias que levaram a que determinado problema fosse resolvido.

Em jeito de resumo e com base nos fundamentos apresentados no anterior capítulo, assume-se para o trabalho em questão, que a Metodologia de Projeto é composta por cinco etapas, as quais se enunciam seguidamente: 1- Diagnóstico de Situação; 2 – Definição de Objetivos/Resultados Esperados; 3 – Planeamento; 4 – Execução e Avaliação; 5 – Divulgação dos Resultados. Em função destas etapas, assim se apresentam os seguintes cinco subcapítulos.

Diagnóstico de Situação

Relativamente a este subcapítulo, torna-se pertinente ressaltar que, para dar consecução à elaboração da intervenção major foi realizada a primeira etapa, a do Diagnóstico de Situação.

O diagnóstico de situação “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elabora um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo *et al.*, 2010, p. 10).

O trauma é um dos principais problemas de saúde a nível mundial, tratando-se de uma causa major de morte e de incapacidade por todo o mundo (Mock *et al.*, 2004).

Segundo Valente *et al.* (2013), citando os dados do Instituto Nacional de Estatística, em 2004, em Portugal, o número de vítimas mortais devido a trauma foi de 109 vítimas por 100.000 habitantes, o que coloca Portugal no topo da lista de países com mais mortes por trauma na Europa.

Os traumatismos torácicos representam a segunda causa de morte em vítimas de trauma, por ano (Meira *et al.*, 2009). Cerca de 25% do total de morte em pessoas vítimas de trauma resulta de eventos de trauma torácico, sendo que frequentemente pessoas vítimas deste tipo de trauma acabam por falecer no próprio local do acidente (Valente *et al.*, 2013).

Tendo em consideração, que 39% dos enfermeiros da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Geral, onde será implementada a intervenção major, apresenta menos de 5 anos de serviço no local, e que na área de influência do respetivo Serviço de Urgência Geral existem atividades das quais resultam pessoas vítimas de trauma, entreguei um questionário à população-alvo para compreender o potencial de interesse/necessidade do ponto de vista formativo acerca da temática do trauma, bem como compreender qual a importância, para a população-alvo, da prática simulada no melhoramento da abordagem à pessoa vítima de trauma.

Inicialmente solicitei uma reunião com a enfermeira coordenadora do serviço de urgência e com a enfermeira supervisora, que desempenha também funções de responsável pela formação em serviço. Durante a reunião foram apresentados os objetivos da intervenção major e quais as estratégias para atingir os mesmos, nomeadamente, a elaboração e implementação de um plano de formação em serviço. Tendo em conta que, a enfermeira coordenadora do serviço de urgência e a enfermeira supervisora, consideraram pertinente realizar formação para a população-alvo definida por mim, foi acordado que seria benéfico a realização de um diagnóstico de situação.

Após a reunião com a enfermeira coordenadora do serviço de urgência e a enfermeira supervisora procedeu-se à aplicação de um questionário aos elementos da população-alvo, questionando os mesmos sobre se consideram que o treino regular de competências em trauma é importante para o seu desempenho no serviço de urgência, bem com se

consideram que a dinâmica da equipa de enfermagem na abordagem à pessoa vítima de trauma pode ser melhorada através da prática simulada/treino.

Em função da necessidade de se aplicar um questionário aos enfermeiros da população-alvo para se realizar um diagnóstico das necessidades formativas, procedeu-se à elaboração de uma carta de Solicitação de Pedido de Apreciação e Parecer (Apêndice C) de aplicação do referido questionário, bem como da atividade de intervenção major. O referido documento/carta de Solicitação de Apreciação e Parecer, bem como o questionário constam no capítulo Apêndices. Há que referir que esta carta de Solicitação de Pedido de Apreciação e Parecer foi também enviada para obter autorização da parte da comissão de ética, uma vez que, este é um processo interno do Conselho de Administração Hospitalar, tendo sido o parecer positivo.

Com a autorização por parte do Conselho de Administração do CHBM, procedi à entrega dos questionários aos elementos da população-alvo.

A população alvo é constituída pelos enfermeiros do SUG do CHBM, com menos de 5 anos de serviço no local de estágio. A população é constituída por 27 elementos que se encontram no momento na prestação de cuidados diretos, sendo 39% dos enfermeiros do serviço de urgência.

Assim sendo, após a realização do diagnóstico de situação e da obtenção dos resultados dos questionários, os mesmos foram divulgados à enfermeira coordenadora do serviço de urgência e a enfermeira supervisora.

Relativamente aos dados colhidos no questionário, a média de idades da população-alvo foi de 26 anos, sendo a mesma composta por 4 homens e 23 mulheres. No que diz respeito aos anos de serviço total a média foi de 3,5 anos, bem como a média dos anos de serviço no serviço de urgência foi de 3,5 anos.

Dos 27 elementos que constituem a população-alvo, apenas 4 responderam que “SIM” na **Questão 1** – “**Alguma vez realizou formação em Trauma?**”, tendo esses mesmos 4 elementos realizado um curso formal no ano de 2017-

Em relação à **Questão 2** – “**Considera que o treino regular de competências em Trauma é importante para o seu desempenho no SUG?**” e à **Questão 3** – “**Considera que a dinâmica da equipa de enfermagem na abordagem à pessoa vítima de trauma pode ser melhorada através da prática simulada/treino?**”, todos os elementos responderam

em cada uma das questões que “SIM”, demonstrando que a temática e a estratégia pedagógica de formação tinham pertinência.

Depois desta fase inicial de diagnóstico das necessidades formativas da população-alvo, com a identificação da importância da área temática a realizar formação, procedi à elaboração do plano de formação propriamente dito.

Definição de Objetivos

Importa recordar que na metodologia de projeto, a etapa da definição de objetivos é de grande importância, uma vez que, a enunciação clara de objetivos facilita o planeamento das atividades que irão permitir concretizar os objetivos e assim resolver a necessidade encontrada.

Para Barbier (1996), citada por Ruivo *et al.* (2010), os objetivos assumem-se como “representações antecipadoras centradas na ação “a realizar”, ou seja, a determinação dos objetivos finais embora não seja sempre uma condição prévia temporal é irremediavelmente um ponto fulcral na elaboração de projetos de ação” (p. 18).

Assim, esta atividade de intervenção major tem como **objetivo geral: Melhorar a atuação/cuidados prestados dos enfermeiros do Serviço de Urgência Geral em Trauma.**

Os **objetivos específicos** são “... indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo” (Ruivo *et al.*, 2010, citando Mão de Ferro, 1999, p. 18) e para a atividade de intervenção major defini os seguintes:

- Consolidar os conhecimentos dos enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital do Barreiro acerca da atuação/abordagem da pessoa vítima de trauma.
- Uniformizar os cuidados de enfermagem na atuação/abordagem à pessoa vítima de trauma.
- Elaborar uma *checklist* de avaliação da atuação dos formandos durante o caso clínico.

Planeamento

Considero pertinente descrever os procedimentos que levaram à elaboração da intervenção major, com a elaboração de um plano de formação, assente na prática simulada e os procedimentos que levarão à sua implementação.

Tendo como fim último, a operacionalização da sessão de formação, a explicação/descrição dos procedimentos de planeamento da mesma decorrerá nos próximos parágrafos.

O plano de formação incluirá 3 momentos de formação e foi planeada para decorrer durante um período temporal de 3 semanas, uma vez que se pretende fazer um momento de formação por cada semana deste período, de forma a conseguir incluir todos os elementos da população-alvo. O primeiro momento de formação, ou seja, a primeira apresentação da sessão, terá ocasião numa semana e a partir desse momento, a sessão será replicada mais 2 vezes, nas próximas 2 semanas, mas sempre para elementos diferentes da população-alvo. Atendendo ao facto da população-alvo ser constituída por 27 elementos, irá acontecer que os momentos de formação terão 9 elementos cada.

. Este número de 9 participantes em cada momento de formação apesar de parecer excessivo foi definido com sendo o ideal devido ao facto da sessão apresentar vários momentos distintos, tais como: exposição teórica por parte do formador; exposição e demonstração prática por parte dos formadores em três bancas (3 formandos por banca); replicação, por parte dos formandos, da prática demonstrada pelos formadores nas três bancas (3 formandos por banca); e avaliação, por parte dos formadores, da replicação realizada pelos formandos.

Posto isto, as metodologias seleccionadas por mim para utilização na sessão de formação serão a Expositiva e a Demonstrativa.

Ainda no seguimento das várias etapas da sessão de formação, planeia-se que a mesma tenha uma duração aproximada de 8 hora. Isto porque prevê-se a seguinte duração para as várias etapas do momento formativo:

- 10 min. – Apresentação do Tema e dos objetivos da ação de formação;
- 15 min. por cada formando – Realização do caso clínico por parte do formando;
- 2 horas – Exposição teórica por parte dos formadores;
- 30 min. cada banca - Exposição e demonstração prática por parte dos formadores e replicação por parte dos formandos;

- 15 min. por cada formando – Realização novamente do caso clínico por parte do formando
- 15 min. – Apreciação Global da Formação, por parte dos formandos (documento fornecido pelo Centro de Educação e Formação do CHBM - Anexo D)

Para além destes tempos, serão necessários dois períodos de 30 minutos para pausa de lanche e um período de 1 hora para almoço.

Ao planear que a duração de cada sessão seja de aproximadamente 8 hora, prevê-se que o horário do momento da formação decorra entre as 8h e as 17h, estando os formandos de folga para formação nesse dia.

Quanto aos recursos físicos e materiais necessários para cada sessão de formação, planeia-se que sejam os seguintes:

- Uma sala para formação teórica (de preferência com tela de projeção);
- Duas salas para realização dos casos clínicos simulados e para as bancas práticas
- Um projetor multimédia;
- Um computador (não é fundamental, pois poderei levar o próprio computador);
- Um ponteiro;
- Colar Cervical de vários tamanhos;
- Plano rígido;
- Maca Pluma;
- Dois modelos anatómicos.

Quanto aos recursos humanos necessários para cada sessão de formação, planeia-se que sejam os seguintes:

- 4 formadores (divididos dois em cada sala para a realização dos casos clínicos simulados)
- 3 formadores (divididos um por cada banca prática)

Os *timings* das sessões de formação serão controlados por mim, e no dia que antecede cada sessão de formação, existirá uma reunião entre mim e os formadores que colaboram, com o intuito de existir uma linha orientadora uniformizada na avaliação e preenchimento da *checklist* de avaliação dos casos clínicos simulados.

A sessão de formação será divulgada no serviço de urgência, no Gabinete de Enfermagem, no placard destinado à divulgação de informações à equipa de enfermagem, sob a forma de um documento intitulado de Plano da Sessão de Formação (Apêndice E), que segue as orientações do Centro de Educação e Formação do CHBM (Anexo E). Este programa contém as informações pertinentes para conhecimento da equipa de enfermagem/população-alvo, nomeadamente: o tema, o objetivo da sessão; os destinatários; o nº de participantes por sessão; a duração de cada sessão, as datas e horas; os formadores; os conteúdos programáticos; as metodologias de sessão e os recursos pedagógicos necessários.

Será anexada a este programa uma folha com o cronograma da sessão de formação, bem como o nome dos formandos para cada sessão de formação. A implementação decorrerá ou será operacionalizada mediante as orientações e procedimentos que foram descritos anteriormente, quando se abordou o planeamento da mesma.

Também como já foi abordado anteriormente, a implementação da sessão de formação decorrerá por um período de 3 semanas, com um momento de formação por semana e cada um desses momentos como destinatários 9 elementos pertencentes à população-alvo. Cada formando irá participar num caso clínico simulado, onde irá abordar uma pessoa vítima de trauma. Durante esse mesmo caso clínico os formadores preenchem uma *checklist*, da qual constam os cuidados/intervenções necessária a adoptar no caso clínico. Após a exposição teórica e a participação nas bancas práticas, cada formando irá novamente participar no caso clínico anteriormente simulado e será de novo preenchida a *checklist*, por parte dos formadores, para se poder concluir se os formandos tiveram melhorias na abordagem à pessoa vítima de trauma, bem como com o intuito de avaliar os conhecimentos retidos e comparar com os resultados da primeira simulação (pré-formação).

Depois de ocorridos os 3 momentos de formação, ou seja, ter terminado a implementação do plano de formação, irei realizar a análise dos dados que foram obtidos através da implementação do já referido instrumento designado de *Checklist* de Avaliação (Apêndice I).

Mediante os resultados então obtidos, da análise realizada, apresentam-se os resultados e a conclusão sobre se a referida sessão de formação foi ou não eficaz. Inicialmente será feita a divulgação dessa informação à enfermeira coordenadora do

serviço de urgência, à enfermeira supervisora e à população-alvo e posteriormente, a toda a equipa de enfermagem, se assim for prudente e traga benefícios.

Divulgação de Resultado

A divulgação dos resultados é a última etapa da metodologia de projeto e está diretamente dependente da análise dos resultados obtidos, realizada no momento da avaliação final do projeto. A divulgação dos resultados seria através da formação, colocação de pósteres e da defesa da tese.

No caso desta intervenção major, devido a impossibilidades por parte do local de estágio relacionadas com o plano de formação em serviço já em vigor e também devido à necessidade de realização de formações relativas ao Simulacro “Railex 17”, não foi possível a implementação do plano de formação por mim traçado, apenas podendo divulgar os resultados colhidos e analisados relativos ao questionário do diagnóstico de situação.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Este capítulo é alusivo à reflexão crítica das aprendizagens realizadas ao longo do Estágio, e que possibilitaram o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC e das Competências de Mestre.

Citando a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019) enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p. 4744).

Segundo a OE (2019), as competências comuns são “as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p. 4745).

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, são as seguintes:

- a) “Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
- b) Melhoria contínua da qualidade (B);
- c) Gestão dos cuidados (C);
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)” (OE, 2019, p. 4745).

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

“1 - As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

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

- b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2)” (OE, 2019, p. 4745).

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

“1 - As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

- a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1);
- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2);
- c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3)” (OE, 2019, p. 4745).

Competências do domínio da gestão dos cuidados

“1 - As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

- a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2)” (OE, 2019, p. 4745).

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

“1 - As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as seguintes:

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1);
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2)” (OE, 2019, p. 4745).

O mesmo autor refere que, as competências específicas são “as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019, p. 4745).

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica

“1 - As competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica são:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, p. 19359).

Segundo o Decreto-Lei n. 115/2013 que regula os regimes jurídicos dos graus académicos e diplomas do ensino superior e conforme o documento apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, é importante descrever as competências associadas ao grau de Mestre, sendo as mesmas:

1. “Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

3. Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (Universidade de Évora, 2015, p.24).

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem

Segundo a OE (2019), pressupõe-se “que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que aqui se regulam de acordo com as disposições do Estatuto agora em vigor, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (p. 4745).

Atendendo a que algumas das competências de mestre e das competências comuns do enfermeiro especialista se interligam e que grande parte das atividades/aprendizagens realizadas são comuns e indissociáveis, estas competências surgem associadas e fundamentadas em conjunto.

As duas primeiras competências comuns do Enfermeiro especialista e a 3.^a competência de Mestre fazem parte do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal pelo que serão analisadas e fundamentadas conjuntamente.

Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A1 - Desenvolve uma prática ética e profissional na área de intervenção.

A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competência de mestre n.º 3

Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Procurando antecipar algumas situações que pudessem ocorrer na prática clínica realizei a revisão de alguns conceitos fundamentais que regulam a profissão de enfermagem, procedendo à revisão do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e do Código Deontológico dos Enfermeiros. De igual forma, realizei também consulta do código de ética do hospital e da legislação em vigor, para facilitar a adequação da conduta à prática. Esta revisão mostrou-se de elevada importância, uma vez que, nos serviços de urgência, são várias as situações que ocorrem diariamente, as quais, por vezes, originam dúvidas quanto ao comportamento/conduta a adotar, de forma a cumprir com as normas deontológicas e legislativas. Assim, o empenho em aprofundar os conhecimentos nestes domínios esteve presente ao longo de todo o meu percurso.

Para além desta revisão efetuada é necessário reconhecer a importância da Unidade Curricular (UC) “Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem” do 1º Ano, 1º Semestre, que forneceu as bases teóricas para o desenvolvimento/aprofundamento destas competências na prática.

Como foi referido anteriormente, no serviço de urgência são várias as situações que ocorrem diariamente, desde utente com grau de menor urgência a utentes com grau de emergência extrema, sendo necessário uma adaptação constante e tomadas de decisão

constantes. Ao encarar com utentes em diferentes situações clínicas, foi-me permitido desenvolver habilidades na tomada de decisão, avaliando a melhor atuação para o bem-estar do utente, revelando a competência de mestre.

Deodato (2008), refere que um elemento fundamental a ter em conta na tomada de decisão “é o contexto onde o processo se desenvolve. As decisões em Enfermagem são relativas a cuidados a pessoas, quer as relativas à prática de cuidados, quer as de gestão de cuidados. Decide-se, com diversos fatores ambientais envolvidos, pelo que as circunstâncias em que o processo de decisão se desenrola, terão naturalmente que ser sempre levados em conta. Uma solução boa num contexto e relativa a uma pessoa, pode não ser aceitável noutra contexto e perante outras pessoas. Desde logo, porque a própria pessoa recetora dos cuidados é parte integrante no processo de tomada de decisão, o que significa que uma solução querida e consentida por uma determinada pessoa, possa ser rejeitada por outra” (p. 33).

Durante o meu estágio no serviço de urgência tive oportunidade de observar a atuação da enfermeira supervisora, bem como de outros enfermeiros e profissionais de saúde, e indo ao encontro do referido na citação anterior, ficou explanado a importância de olhar para o utente de uma forma holística, colocando na balança todos os pormenores para as tomadas de decisão em enfermagem sejam as corretas. Foi-me possível em várias situações questionar e refletir sobre as tomadas de decisão dos profissionais de saúde e compreender que uma decisão consentida/aceite por um utente pode ser negada por outro, e que não devemos, apesar de por vezes ser complicado devido ao afluxo de utentes em situações urgentes/emergentes, tratar ninguém como uma situação/patologia, atuando e realizando as tomadas de decisão de forma única e exclusiva para cada utente como um todo, respeitando sempre os princípios éticos e a dignidade humana.

Segundo, o ponto 1 do Artigo 99º, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) (2015), as intervenções de enfermagem “são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Lei nº156/2015, 2015, p. 8078).

“O princípio da dignidade humana é um valor autónomo e específico, inerente aos seres humanos” (Nunes *et al.*, 2005, p. 59).

“Na perspetiva ética, a relação entre quem cuida e quem recebe cuidados pauta-se por princípios e valores – a dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os

outros princípios e que tem de estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções” (Nunes *et al.*, 2005, p. 61).

“A dignidade diz respeito ao ser humano, nela se ancoram a autonomia, o respeito pelas escolhas de cada um, a tolerância ativa face as diferenças, o respeito pelas opiniões e convicções pessoais” (Nunes, 2008, p. 37).

Considero que ao longo do estágio tive como base da minha conduta/atuação o cumprimento do descrito no código deontológico dos enfermeiros. Ponderei juntamente com a enfermeira supervisora certos aspetos antes da tomada de decisão e orientei a minha conduta profissional sempre de acordo com os princípios éticos que regem a profissão

Em várias situações questioneei, refleti e compartilhei com a enfermeira supervisora a minha opinião acerca das decisões da equipa multidisciplinar acerca de alguns utentes, em específico, utentes com múltiplos antecedentes, com elevado grau de dependência, onde na minha avaliação/reflexão careciam de um tratamento conservador e com adoção de medidas de conforto, ao invés de medidas que visassem a cura ou compensação/recuperação da situação aguda, sendo necessário por vezes medidas mais invasivas. Julgo que estas situações e a partilha destas questões com a enfermeira supervisora possibilitaram refletir e discutir outros pontos de vista, melhorando também a minha tomada de decisão.

Uma das situações que teve particular impacto no estágio prendeu-se com a questão da contenção física dos utentes no serviço de urgência, uma vez que foi sobre esta temática o trabalho por mim realizado para a Unidade Curricular de “ Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem”, porque é uma prática realizada neste serviço e porque se trata de um procedimento que colide com vários direitos dos utentes, tais como a dignidade humana, o princípio da autonomia, ou princípio da liberdade, princípio da Beneficência e da Não-Maleficência.

Queirós (2001) afirma que o Princípio da Autonomia, ou Princípio da Liberdade, se refere “à condição de quem é autor da sua própria lei; ausência de limitações e incapacidades pessoais que impedem ou diminuem a liberdade de decisão. Este princípio prescreve o respeito pela legítima autonomia das pessoas, pelas suas escolhas e decisões que sejam verdadeiramente autónomas e livres” (p. 58).

Analisando este princípio relativamente à questão da contenção física, este é eticamente violado quando se decide conter um utente, uma vez que, ao se proceder a

uma contenção, limita-se a liberdade de decisão da pessoa e menospreza-se a sua autonomia sobre as suas escolhas/decisões.

O Princípio da Beneficência “inclui o da não maleficência, ou pelo menos, a obrigação de, além de promover positivamente o bem, evitar e remover o mal (o que já é indiscutivelmente um bem para o interessado). Os autores indicam como pertencendo essencialmente a este princípio a ponderação dos bens e males (benefícios e danos), o que alguns denominam «Princípio da Utilidade» ou de «Proporcionalidade». Este princípio implica a noção de obrigação. Esta pode ter a conotação de moral, legal, filantrópica e poder-se-á referir a obrigações gerais e obrigações específicas” (Queirós, 2001, p. 58).

Este princípio prende-se com a necessidade de preservar a segurança da pessoa em detrimento da liberdade, isto é, a segurança do utente é vista como mais importante do que a liberdade. Contudo, e apesar de não ser respeitado o princípio da autonomia/liberdade, aquando da decisão de se conter o utente, existem pressupostos que são mantidos para preservar a dignidade humana.

O Princípio da Não Maleficência “está relacionado com o princípio da beneficência. Refere-se a males não morais e sobretudo a males corporais: dores, doença, morte, etc. O princípio é em si mais vinculativo que o da beneficência. Está ligado com o chamado princípio do duplo efeito, segundo o qual em determinadas e bem definidas circunstâncias, é legítimo realizar ações das quais resulta um efeito bom (pretendido) e outro mau (tolerado)” (Queirós, 2001, p. 58).

Este é o princípio ético que mais se evoca na tomada de decisão de se realizar a contenção física de um utente, por estar relacionado com o princípio do duplo efeito. Ou seja, invoca-se este princípio, na medida em que, o benefício é maior do que os efeitos negativos que acarreta.

Este assunto foi então debatido por mim com equipa de Enfermagem, para que fosse consensual que a contenção física deve ser considerada como uma prática instituída em último recurso, sendo apenas aceitável, se realmente for analisado o benefício do bem-estar e segurança, mas tendo sempre em conta que se devem esgotar todas as outras medidas em primeiro lugar.

Durante o estágio, na prestação dos cuidados aos utentes, procedi de forma a auxiliar, não substituído ou tomando decisões pelos mesmos, respeitando as suas crenças e valores.

O respeito pela privacidade do utente foi sempre merecedor de um grande cuidado ao longo de todo o estágio. A elevada afluência de utentes que se verifica no serviço de urgência, associado ao elevado número de pessoas nele presente, exige especial atenção com a privacidade, para que a mesma não seja descurada, mesmo em situações emergentes com a necessidade de um elevado número de intervenções.

Atendendo à fundamentação realizada, considero que as competências supracitadas foram adquiridas e desenvolvidas.

As competências do âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade, bem como a 5.^a competência de Mestre partilham entre si conceitos comuns pelo que optei novamente por fundamentar estas competências em conjunto.

Competências no domínio da melhoria da qualidade

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

B2 - Elabora, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Competência de mestre n.º 5

Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

Procurei nas primeiras semanas identificar, com a colaboração da enfermeira supervisora e da enfermeira coordenadora do serviço de urgência, a existência de projetos ou programas de melhoria da qualidade desenvolvidos no serviço de urgência, sendo eles: das úlceras de pressão, da gestão de risco, da avaliação da dor, do risco de queda e da reformulação da folha de registo de agudos. Participei ativamente nos mesmos através do preenchimento da escala de Braden sobre o risco de úlcera de pressão e a escala de Morse sobre o risco de queda, da elaboração de planos de cuidados de tratamentos à úlcera de pressão e de prevenção das mesmas, da prevenção de queda dos utentes e do preenchimento do questionário de identificação de incidentes para a gestão de risco (por

exemplo; deteção de uma nova úlcera de pressão). Incentivei a equipa de enfermagem para o preenchimento das escalas de Braden e de Morse, bem como, o registo das intervenções realizadas, de forma a evidenciar a excelência dos cuidados prestados.

No decorrer do estágio tive oportunidade de participar e observar o grupo de trabalho responsável pela reformulação da folha de registo de agudos. Este grupo tinha como objetivo uniformizar os registos de enfermagem a serem realizados nos turnos, bem como padronizar o registo de parâmetros vitais, de líquidos administrados e eliminados, dos parâmetros ventilatórios e dos procedimentos invasivos (por exemplo: Algaliação; Entubação Gástrica; Cateter Venoso Central; Entubação Orotraqueal).

Para a aquisição destas competências considero pertinente o tema por mim escolhido para a realização do projeto de intervenção major. O mesmo, cujo tema intitula-se «A atuação dos Enfermeiros em situação de trauma, como determinante na segurança do doente crítico», é exemplo de um projeto que tem como objetivo a melhoria da qualidade. Uma vez que as intervenções e cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma são tão complexos e importantes, é imprescindível que os enfermeiros possam participar na prática desses mesmos cuidados, neste caso através da simulação clínica, como estratégia pedagógica, para que os mesmos possam adquirir/atualizar conhecimentos, habilidades e competências necessárias para a prestação de cuidados de excelência à pessoa vítima de trauma. A elaboração deste projeto permitiu-me não só identificar uma oportunidade de melhoria dos cuidados no local de estágio, bem como permitiu-me selecionar estratégias para a construção de um projeto de melhoria da qualidade. Permitiu-me também desenvolver competências em relação à conceção, gestão e colaboração em projetos que promovem a melhoria da qualidade dos cuidados.

Os conteúdos temáticos abordados em sala de aula foram sem dúvida uma mais-valia para a aquisição destas competências, uma vez que me permitiu desenvolver a capacidade de olhar aos pormenores e conseqüentemente melhorar a minha atitude na prestação de cuidados, permitindo aumentar a qualidade dos mesmos.

Durante o estágio, foi comum a supervisora clínica questionar-me e incentivar a minha reflexão crítica acerca dos cuidados prestados aos utentes, promovendo assim uma avaliação e melhoria dos mesmos.

Competências no domínio da melhoria da qualidade

B3 – Garante um ambiente terapêutico seguro.

Apesar do local de estágio ser simultaneamente o meu local de trabalho dediquei as primeiras semanas de estágio a identificar e explorar as particularidades dos recursos físicos, materiais e dos equipamentos do serviço de urgência. Através de pesquisa bibliográfica, nomeadamente através do estudo dos manuais de utilização do ventilador *Viasys Vela*, das seringas infusoras *Braun Perfusor Compact*, dos ventiladores não invasivos e dos monitores Philips, aprofundi o meu conhecimento relativamente às funcionalidades de cada um destes equipamentos. Para mim foi evidente o benefício deste exercício no contexto da prestação de cuidados aos utentes críticos porque aumentou a minha destreza e rapidez no manuseamento dos mesmos.

Na administração de derivados do sangue o serviço de urgência utiliza um sistema eletrónico onde cada cliente que precisa de transfusões de hemoderivados tem uma pulseira com um código e um “chip”, a tipagem do sangue tem o mesmo código e o hemoderivado que vem do serviço de imunohemoterapia é identificado com o mesmo código, vindo o mesmo dentro de recipiente que apenas abre após leitura do “chip” anteriormente referido. Este sistema permite reduzir erros na administração de hemoderivados. Tive a oportunidade de trabalhar com este sistema e de verificar a eficácia do mesmo.

Há a salientar a importância da construção do artigo científico, que permitiu através do mesmo basear a minha prática na evidência, garantido desta forma um ambiente mais seguro na prestação dos cuidados.

Por tudo o que foi exposto acima, considero ter desenvolvido as competências supramencionadas.

No domínio da gestão de cuidados, as duas competências comuns bem como a primeira competência de Mestre reportam à liderança, supervisão e gestão dos cuidados. Por essa razão, a descrição e fundamentação inerentes serão abordadas conjuntamente.

Competências no domínio da gestão de cuidados

C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Competência de mestre n.º 1

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

No decorrer do estágio pude compreender as funções, responsabilidade e deveres de um enfermeiro com funções de chefiar a equipa, visto que colaborei por diversas vezes com a enfermeira supervisora nessa mesma função. Os turnos iniciam-se com a passagem de turno entre o enfermeiro chefe de equipa que está a sair de turno e o chefe de turno que está a entrar no mesmo. Essa mesma passagem turno inicia-se com a passagem de recados referentes a avarias de material, ocorrências no turno anterior, diretrizes da enfermeira coordenadora do serviço de urgência, e posteriormente a passagem de turno referente aos doentes que se encontram internados na UIPA e no SO.

Julgo que esta passagem de turno é fundamental, uma vez que permitiu que se realizassem decisões ponderadas face às situações que iam ocorrendo ao longo do turno ou sobre algumas especificidades relativas à prestação de cuidados aos utentes no serviço.

Durante o turno a enfermeira supervisora, na função de chefe de equipa, percorreu por diversas vezes os setores todos do serviço procurando, junto dos enfermeiros do setor, tomar conhecimento, de intercorrências ou de dificuldades com a prestação dos cuidados de enfermagem, de forma a poder colaborar na sua resolução, ou no caso de uma maior afluência num determinado setor, colaborar na prestação dos cuidados, ou redefinir por momentos a distribuição dos enfermeiros por setor. Para além destas funções, a enfermeira supervisora, como chefe de equipa, estava sempre presente na sala de reanimação quando algum utente crítico era encaminhado para essa mesma sala, com o intuito de colaborar, com o enfermeiro responsável por esse setor, nos cuidados a prestar ao utente e para verificar a necessidade de mobilizar mais recursos materiais ou humanos

para prestar os melhores e mais adequados cuidados ao utente. Ponderei juntamente com a enfermeira supervisora as tomadas de decisão que foram acontecendo de forma a refletir sobre a gestão dos recursos.

Para a aquisição destas competências durante o estágio, foi fundamental o acompanhamento e a observação do estilo de liderança da minha enfermeira supervisora, como chefe de equipa, o que me permitiu refletir sobre a forma como geriu quer os recursos humanos, quer materiais, bem como as intercorrências que ocorreram durante os turnos, refletindo posteriormente sozinho e com a mesma, sobre os aspetos fundamentais a ter em conta na gestão de cuidados, assim como quais os aspetos que temos a melhorar.

Tomar consciência de toda esta dinâmica realizada pela enfermeira supervisora enquanto chefe de equipa, compôs para mim uma grande aprendizagem. Pela observação, análise e reflexão da postura, do comportamento, das tomadas de decisão e das intervenções da enfermeira supervisora como chefe de equipa, constatei que se trata de um elemento preponderante no seio da equipa, constituindo-se como uma referência para todos os outros elementos, colaborando ativamente na resolução de problemas.

Tive também, ao longo do estágio, oportunidade de realizar alguns turnos com a enfermeira supervisora, nos quais as suas funções foram de gestão de serviço, desenvolvendo a mesma, ações relacionadas com o processamento de trocas entre os enfermeiros do serviço, pedidos de material e de terapêutica. Estes turnos com a enfermeira supervisora, na parte da gestão do serviço, fez-me perceber como é difícil gerir um serviço, especialmente um serviço com muitos profissionais de saúde, de variadíssimas áreas, onde todos os aspetos têm de ser considerados e ponderados. Para além disso, nestes mesmos turnos tive oportunidade de contactar com múltiplos programas informáticos na área de gestão, tais como, os pedidos de terapêutica à farmácia, os pedidos de *stocks* de material, de realização de horários, entre outros.

Não posso deixar de referir que a unidade curricular “Gestão em Saúde e Governação Clínica” e os trabalhos realizados para a mesma tiveram um papel preponderante na aquisição destas competências.

Ao longo do estágio colaborei na tomada de decisão em equipa multidisciplinar sempre que considerei pertinente, bem como difundi um bom ambiente, promovendo o trabalho em equipa, de forma a tornar a gestão da prestação de cuidados eficiente.

Exposto isto, considero ter atingido e desenvolvido as três competências em análise.

Competências no domínio das aprendizagens profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Durante o estágio procurei realizar uma autorreflexão, de modo a reconhecer as minhas limitações em termos pessoais e procurar compreender como as mesmas podiam afetar a minha relação com o utente e a minha prestação de cuidados ao mesmo. Procurei consciencializar-me destas limitações para que não perturbassem ou colocassem em causa a relação com o utente, mantendo esta mesma autorreflexão ao longo do estágio.

Procurei adquirir capacidades na área do autocontrolo das emoções e na capacidade de lidar com situações de pressão, tão comuns no serviço de urgência. O processo de autorreflexão é algo contínuo que se deve manter ao longo de toda a vida profissional, quer seja na gestão de sentimentos/stresses, bem como na identificação e gestão de conflitos.

Segundo Phaneuf (2005, p.177) “a auto-reflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroacção pelos outros permite-nos descobrir bastante bem quem nós somos, como somos e o que precisaríamos de fazer para melhor nos actualizarmos”. A mesma autora refere que “a introspecção é o primeiro instrumento do autoconhecimento”. (Phaneuf, 2005, p.177)

Procurei desenvolver o autoconhecimento e percebi que em termos de relação com a pessoa e família sou assertivo e respeito os limites pessoais e profissionais.

Destaco como extremamente enriquecedor as reuniões realizadas com a enfermeira supervisora, as quais permitiram analisar a conduta adotada, concluindo que mudanças deviam ser realizadas na prática, de forma a aumentar a qualidade e a segurança nos cuidados prestados.

Há a salientar ainda que para a aquisição desta competência foi extremamente importante a unidade curricular de “Desenvolvimento Pessoal e Saúde Mental” e o trabalho realizado para a mesma, uma vez que nos foi incutido nesta unidade curricular a importância de autorreflexão e introspecção, bem como nos foram apresentadas estratégias para realizar a essa mesma introspecção.

Atendendo à fundamentação realizada, considero que as competências supracitadas foram adquiridas e desenvolvidas.

As competências comuns de especialista e de mestre que irei fundamentar abaixo podem ser englobadas no mesmo domínio, visto que se reportam aos conhecimentos científicos essenciais à prestação de cuidados de enfermagem.

Competências no domínio das aprendizagens profissionais

D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Competência de mestre n.º 2 e n.º 6

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

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

Tal como foi referido anteriormente, nas primeiras semanas de estágio realizei pesquisa acerca dos equipamentos disponíveis no serviço de urgência (monitores, ventiladores, seringas infusoras, bombas infusoras, entre outros), de forma a adquirir um conhecimento mais aprofundado acerca dos mesmos e de todas as funções possíveis de cada um. Procurei conhecer os modos ventilatórios de cada ventilador utilizado no local de estágio, as suas indicações, possibilidades e limitações, bem como a função de cada botão, com o intuito de facilitar a minha prática, e mais especificamente, a minha prestação/atuação nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

A pesquisa bibliográfica foi uma constante durante todo o estágio, para que pudesse manter a segurança do utente, para além da qualidade dos cuidados prestados ao mesmo, baseando a minha componente prática em conhecimentos sólidos e atuais. Foram variados os contextos nos quais prestei cuidados, o que me permitiu mobilizar e enriquecer os meus

conhecimentos. Pude prestar cuidados a utentes em paragem cardiorrespiratória, com necessidade de ventilação mecânica invasiva e não invasiva, doentes politraumatizados, com Enfarte Agudo do Miocárdio, entre outros.

Realizei ainda alguma leitura autónoma de artigos e manuais sobre a prestação de cuidados de enfermagem a pessoas em situação crítica, nomeadamente a doentes com necessidade de suporte ventilatório e a doentes vítimas de trauma grave.

Nos turnos realizados na UIPA e no SO, foi possível observar que a enfermeira supervisora, bem como outros enfermeiros especialistas, tinham a preocupação de supervisionar os cuidados prestados pelos outros enfermeiros, fornecendo orientações essenciais para melhorar a qualidade dos cuidados enfermagem prestados. Estes momentos são na minha opinião, muito importantes, visto que acabam por ser, de uma forma informal/casual, momentos de formação, fundamentais para a transmissão e assimilação de novos conhecimentos e novas práticas. Para além disso, aproveitando estes momentos de prática real, para difundir novos conhecimentos, terá uma maior assimilação por parte dos restantes enfermeiros, uma vez que os mesmos podem logo implementar nos seus cuidados, podendo posterior refletir sobre o seu impacto na melhoria dos cuidados.

Suportei sempre a minha prática clínica na prática baseada na evidência, ao nível dos cuidados à pessoa em situação crítica, que foram adquiridos nas unidades curriculares e que fui revendo ao longo do estágio.

“Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação, que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral” (OE, 2015, p.103).

Desta forma, destaco que para adquirir estas competências, e como exposto anteriormente, foi de extrema importância a realização do projeto de intervenção major, bem como a elaboração do artigo científico, que possibilitou um aumento do conhecimento, e ainda uma prática baseada na evidência. A profissão de enfermagem impõe uma atualização constante de conhecimentos, por um lado pelo vasto número de temas/conteúdos que abrange, e por outro lado, pela constante mudança nos protocolos, derivado da investigação científica, o que exige uma atualização persistente. Na realização do projeto de intervenção major foi realizada uma pesquisa ativa, o que proporcionou uma atualização e difusão de conhecimentos baseados na evidência.

Desta forma, considero que o conhecimento adquirido ao longo do estágio, bem como a pesquisa bibliográfica realizada ao longo do mesmo e a realização do projeto de intervenção major foram determinantes e essenciais para adquirir as competências acima referidas.

Por tudo o que foi apresentado acima, considero ter desenvolvido as competências supramencionadas.

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem

Segundo a OE (2018) a pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p. 19362). Segundo o mesmo autor, “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 afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018, p.19362).

Neste subcapítulo será realizada a reflexão alusiva ao desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. Para cada competência será realizada a respetiva reflexão.

A capacidade do enfermeiro em prestar cuidados diferenciados e atualizados à pessoa em situação crítica, decorre do seu empenho pessoas na procura de novos conhecimentos e desenvolvimento de novas competências. As competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e de mestre que se seguem abordam ambas este domínio, sendo desta forma fundamentadas em conjunto.

Competência de Especialista Médico-Cirúrgico – A Pessoa em Situação Crítica – K1

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

Competência de Mestre nº 4

Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

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

Para o desenvolvimento destas competências, procurei investir de forma proactiva através das formações realizadas em serviço, dos contributos das unidades curriculares do Mestrado em Enfermagem em Associação e de forma contínua através das experiências decorrentes do estágio.

Com o decorrer do estágio e com a assimilação de conhecimento adquirido na frequência do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, permitiu-me uma capacitação gradual na gestão e abordagem deste tipo de situações em particular.

A experiência adquirida pela prática desenvolvida no local de estágio, permitiu-me demonstrar e desenvolver as competências acima mencionadas. A prestação de cuidados à pessoa em situação urgente/emergente faz parte do dia-a-dia de um enfermeiro do serviço de urgência, visto que lida diariamente com pessoas em situação de emergência que recorrem ao serviço provenientes da comunidade, bem como doutros serviços da própria instituição. Para além disso, no local de estágio, existe um grande número de utentes internados com permanências prolongadas e instabilidade hemodinâmica, logo com uma hipótese de ocorrência de situações críticas associadas a instabilidade e/ou risco de falência orgânica enorme, tornando-se imperativo que um enfermeiro que trabalhe em serviços com estas características esteja devidamente preparado.

Em várias situações emergentes a priorização dos cuidados prestados, bem como a rápida intervenção em parceria com o médico, são essenciais para a resolução

momentânea e eficaz das situações, por exemplo em utentes com descompensação da doença pulmonar crónica obstrutiva, da asma agudizada, ou pessoas em edema agudo do pulmão. Além do mais, determinadas situações convergem para paragem cardiorrespiratória sendo necessário que o enfermeiro haja segundo as suas competências mobilizando os conhecimentos adquiridos ao longo do estágio.

No local onde realizei o local de estágio tive oportunidade de vivenciar incontáveis situações de instabilidade e risco de falência orgânica. O facto de no serviço de urgência onde realizei o estágio conter uma unidade polivalente, permitiu-me contactar com inúmeras experiências diferentes de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, tanto do foro médico como cirúrgico.

Em vários momentos do estágio, durante a minha prática clínica, fui estimulado pela enfermeira supervisora a refletir sobre a prioridade das minhas intervenções e sobre como procederia à sua execução, promovendo o raciocínio e melhorando a minha prestação/atuação.

A gestão da dor da pessoa em situação crítica é algo evidente na unidade polivalente do serviço de urgência onde estagiei, onde vários utentes, submetidos a cirurgia, vão realizar o recobro pós-cirúrgico, conectados a prótese ventilatória, sob sedação e analgesia, com o estado de consciência alterado, onde é imperecível uma utilização rigorosa e cuidada de todas as escalas de avaliação de dor em vigor no serviço, associadas a uma capacidade de observação e avaliação da situação com o objetivo de proporcionar o alívio da dor, ajustado a cada utente.

Olhando por outro prisma, uma vez que o medo e o stress estão associados a situações de possível morte, é também necessário desenvolver capacidades/aptidões comunicacionais de modo a conseguir ser-se realista face à situação presente, demonstrando disponibilidade para ouvir a pessoa, mas compreendendo quando é necessário conferir espaço à pessoa/família, dando tempo para assimilar o que foi dito. Cada situação é única e singular, sendo necessário avaliar as necessidades específicas de cada elemento com quem se comunica.

“Na enfermagem, é importante que os enfermeiros tenham consciência das suas necessidades de comunicação e relação interpessoal e ainda dos seus padrões habituais de comunicação. Quanto maior for essa consciência maior será a capacidade do profissional para identificar as suas dificuldades comunicacionais e as da pessoa, o que

levará a uma avaliação mais precisa da situação. No caso de pessoas cuja habilidade para se expressar esteja comprometida, o facto anterior reveste-se de uma maior importância. A pessoa em estado crítico é um exemplo duma destas situações, na qual a pessoa pode ter alterado o seu modo habitual de comunicar” (Fonseca, 2012, p.36).

Atendendo à fundamentação anteriormente exposta considero que estas competências foram atingidas e desenvolvidas.

Competência de Especialista Médico-Cirúrgico – A Pessoa em Situação Crítica – K2

Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica “intervém na concepção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítimas. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta” (OE, 2018, p.19363).

No início do estágio, de forma a desenvolver esta competência, realizei a leitura do Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil, do Plano de Catástrofe do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo e do Plano de Evacuação e de Ação protocolado e vigente no Serviço de Urgência Geral do Barreiro, de forma a permitir da minha parte um nível de preparação superior para poder efetivamente dinamizar uma resposta eficaz e efetiva em possíveis situações de catástrofe ou de emergência multi-vítimas que surjam na comunidade, no Centro Hospitalar ou no Serviço de Urgência.

No que à dinamização de respostas em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima diz respeito, para além dos conteúdos lecionados na unidade curricular “Enfermagem Médico-Cirúrgica 3” sobre a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da organização, gestão e operacionalização dessa mesma resposta, trazendo novos conhecimentos acerca de uma área de extrema importância, foi bastante pertinente o curso de trauma da unidade curricular “Enfermagem Médico-Cirúrgica 4”, que dispôs de uma componente vocacionada para a catástrofe, ministrada

pelo grupo “Critical ESS”, da Escola Superior de Saúde de Setúbal (ESS), em parceria com os Bombeiros Sapadores de Setúbal. Nessa experiência existiu um simulacro com três cenários diferentes: uma situação de acidente de viação com um veículo de quatro rodas e um de duas rodas; uma situação de queda dentro de um poço; e, por fim, uma situação multi-vítimas com pessoas encarceradas num edifício. Os três cenários de prática simulada tinham como objetivo colocar em prática os conhecimentos lecionados e adquiridos anteriormente, permitindo pôr em prática as competências de liderança e dinamização de respostas em situações emergente. Há a salientar, os momentos após o término dos cenários, onde foi realizado um *debriefing*, que deram oportunidade de análise e reflexão, resultando em momentos de aprendizagem e desenvolvimento de conhecimentos e competências.

Ficou patenteado como é fundamental a atuação do enfermeiro especialista nas situações de multi-vítimas, sobretudo a nível de conhecimentos e capacidade de resposta, onde é necessária uma abordagem rápida e organizada dentro do caos.

O facto de existirem, várias vezes, múltiplas entradas emergentes simultaneamente na sala de reanimação do serviço de urgência, permitiu-me adquirir e desenvolver estratégias de forma a poder atuar de forma eficaz e eficiente face a estas situações de multi-vítimas.

Tive no decorrer do estágio oportunidade de colaborar no Simulacro “Railex 17”, bem como participar no mesmo. Durante a participação no mesmo, fiquei como enfermeiro coordenador da zona vermelha, onde tinha como papel principal coordenar uma equipa de enfermagem constituída por 3 enfermeiros na abordagem à pessoa em situação crítica. Foi uma experiência bastante enriquecedora onde pude colocar em prática todos os conhecimentos adquiridos ao longo do Mestrado em Enfermagem em Associação, podendo experimentar o papel de *team leader* na distribuição e organização de todo o processo.

Para além da consciencialização da importância do papel do enfermeiro especialista na gestão de situações de catástrofe e multi-vítimas, foi também relevante a experiência em termos de perceção da importância da postura assumida, onde a assertividade e a calma são fundamentais em situação destas.

Com a participação neste simulacro foi possível verificar qual o papel de cada elemento da equipa, avaliar a eficácia das atuações e as medidas corretivas após inconformidades na atuação.

Atendendo à fundamentação realizada, considero que a competência supracitada foi adquirida e desenvolvida.

Competência de Especialista Médico-Cirúrgico – A Pessoa em Situação Crítica – K3

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

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

Define-se Infeção Associada a Cuidados de Saúde como “uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (Direção Geral de Saúde [DGS], 2007, p. 4).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) permite assegurar a qualidade nos cuidados de saúde através do controlo da qualidade a nível dos processos, estruturas e resultados associados aos cuidados prestados. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA), nomeadamente através do Grupo de Coordenação Local (GCL), assume um papel preponderante nas iniciativas que visam minimizar o risco e controlar a infeção a nível hospitalar.

Um serviço de urgência é por norma um serviço onde existe habitualmente imenso afluxo de pessoas e, no qual, várias vezes, se encontra um elevado número de utentes. Além do mais, é um local que recebe pessoas em situação crítica, com uma maior

vulnerabilidade e, conseqüentemente, maior suscetibilidade para contrair uma infeção. Logo, refleti sobre questões da prevenção da transmissão das infeções, de forma a adequar os cuidados prestados, contribuindo desta forma para a redução da sua ocorrência.

Ao longo do estágio, existiu um esforço em manter uma atualização constante do conhecimento em relação à prevenção da transmissão e controlo das infeções cruzadas, tendo esclarecido as dúvidas relativas à prática junto da enfermeira supervisora. Para além disso, fui observando durante o estágio a enfermeira supervisora, bem como os restantes enfermeiros especialistas, na prestação dos cuidados, analisando e refletindo as suas práticas em comparação com as mais recentes recomendações sobre a prevenção e controlo de infeções.

Há a salientar ainda, a importância dos conteúdos temáticos abordados na unidade curricular “Enfermagem Médico-Cirúrgica 5”, bem como do trabalho escrito elaborado para a mesma, na aquisição e desenvolvimento desta competência. O trabalho elaborado revestiu-se de elevado contributo para a aquisição desta competência, uma vez que, houve da minha parte empenho em promover e explanar a importância da higiene oral dos utentes ventilados, junto da equipa de enfermagem, bem como as intervenções a realizar na higiene oral descritas na Norma nº021/2015 “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, da DGS, que emana que se “realize higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes, com idade superior a 2 meses, que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas” (DGS, 2015, p.1).

Pela fundamentação apresentada, considero ter desenvolvido a competência supracitada.

Competência de Mestre nº 7:

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

Uma vez que todas as competências de especialista abordadas anteriormente foram desenvolvidas durante o estágio, posso concluir que a sétima e última competência de mestre também foi adquirida.

5. CONCLUSÃO

A realização do presente relatório permite uma exposição sobre o percurso efetuado ao longo do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Especialidade Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, bem como, do empenho e trabalho essencial para o desenvolvimento suportado e eficaz do projetado e das competências específicas necessárias para a obtenção do título de especialista e do grau de mestre.

O presente relatório permitiu relatar e analisar criteriosamente as atividades desenvolvidas ao longo deste estágio. Desta forma, foi possível tomar consciência dos conhecimentos adquiridos, bem como da sua mobilização e implementação, quer durante o período de aulas, quer da pesquisa bibliográfica efetuada, os quais contribuíram para alcançar uma melhoria na prestação dos cuidados.

O enquadramento concetual e a alusão às teorias de enfermagem esboçam de forma clara a abordagem holística essencial a ter em conta nos cuidados prestados, mesmo em situações críticas. A interligação entre os conteúdos ficou demonstrada no decorrer do estágio, bem como os ganhos na melhoria dos cuidados prestados.

O curso de Mestrado em Enfermagem em Associação foi um investimento pessoal que surtiu da necessidade de adquirir mais conhecimentos, podendo evoluir e solidificar conteúdos que permitiram melhorar a prática com vista a prestação de cuidados de enfermagem com qualidade e excelência.

A realização da atividade de intervenção major permitiu a consolidação dos conhecimentos de investigação adquiridos ao longo do curso de mestrado, possibilitando desta forma a obtenção de conhecimentos baseados na evidência, e que poderão ser utilizados não só por mim, como pelos restantes enfermeiros do local de estágio, podendo proporcionar uma melhoria dos cuidados prestados e uma melhoria na abordagem à pessoa vítima de trauma.

Foi assim construído um documento que demonstra o percurso por mim percorrido, que visa a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e das competências de mestre. A análise reflexiva das estratégias e atividades desenvolvidas que permitiram este ganho de competências encontra-se espelhado no presente relatório.

A escassez de conteúdos específicos sobre a temática poderá ser encarada, por um lado, como um aspeto dificultador, mas por outro lado representa uma possível vertente de investigação a desenvolver futuramente.

Identifico também como aspeto dificultador a gestão de tempo insuficiente face à complementaridade do estágio, a elaboração e implementação da intervenção major, bem como deste relatório, com a vida profissional e familiar.

A situação atual do SUG, com uma carga de trabalho muito elevada, bem como todas as mudanças estruturais e físicas ocorridas ao longo do estágio, e ainda a necessidade de cumprimento dos planos elaborados também não permitiram uma melhor implementação da intervenção major.

Como aspeto facilitador conta a colaboração compreensiva e assertiva, e disponibilidade máxima da professora orientadora, assim como o empenho, disponibilidade e partilha da enfermeira supervisora.

Apesar dos contratemplos, o facto de o estágio ter sido realizado no meu local de trabalho, foi facilitador relativamente à integração nas equipas multidisciplinares, na disponibilidade em participar na intervenção major e no reconhecimento do trabalho desenvolvido.

A estrutura e conteúdos programáticos do curso de mestrado, bem como, a qualidade de ensino apresentada ao longo do mesmo foram sem dúvida de uma importância extrema na aquisição de conhecimentos e contributos que permitiram atingir os objetivos traçados.

A formação é uma parte essencial em enfermagem, uma vez, que gera conhecimento, mantendo e assegurando a qualidade dos cuidados prestados. Com a elaboração do curso de mestrado, foi alcançado um nível mais elevado de conhecimento e de competências que se espelharam na prática enquanto enfermeiro.

Desta forma, finda-se a redação deste relatório, considerando que foram adquiridas e desenvolvidas as Competências Comuns de Enfermeiro Especialista as Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica e as Competências de Mestre em Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abelsson, A., Lindwall, L., Suserud, B.O., & Rystedt, I. (2017). Effect of Repeated Simulation on the Quality of Trauma Care. *Clinical Simulation in Nursing*, 13, 601-608. Acedido em 20 de Setembro de 2019. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/320595925_Effect_of_Repeated_Simulation_on_the_Quality_of_Trauma_Care

American Association of Critical-Care Nurses (s\d). *The AACNSynergy Model for Patient Care*. Acedido em 18 de Setembro de 2019. Retirado de <https://www.aacn.org/~media/aacn-website/nursingexcellence/standards/aacnsynergymodelforpatientcare.pdf?la=en>.

Bailey & Stewart. (2004). em Tomey, A.M., Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ªEd. Loures, Portugal: Lusociência

Baptista, R.C.N.; Martins, J.C.A.; Pereira, M.F.C.R.; *et al.* (2014). Simulação de Alta-Fidelidade no Curso de Enfermagem: ganhos percebidos pelos estudantes. *Rev Enf Ref*, 4(1), 135-144. Acedido em 18 de Setembro de 2019. Retirado de <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13169>

Benner, P. (1982). From Novice to Expert. *Amer Journ Nurs*. 82(3), 402-407. Acedido em 25 de Setembro de 2019. Retirado de <http://www.jstor.org/stable/3462928>

Boaventura, N.C.F. (2016). *Estilos de Liderança adoptados nas PME*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal. Acedido em 29 de Setembro de 2019. Retirado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17288/1/Tese%20Final%20Retificada%20Nelma%20Boaventura...1.pdf>

Canário, R. (1999). *Formação de adultos: um campo e uma problemática*. Lisboa:Educa.

Centro Hospitalar Barreiro Montijo. (n.d.). Portal do Centro Hospitalar Barreiro Montijo. Retirado de <http://www.chbm.min-saude.pt/servicos/servicos-clinicos/74-urgencia-geral>

Centro Hospitalar Barreiro Montijo. (2018). Relatório e Contas – Exercício 2018. Barreiro: Centro Hospitalar Barreiro Montijo. Acedido em 14 de Setembro de 2019. Retirado de http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/301/relatorio_contas18_v2.pdf

Centro Hospitalar Barreiro Montijo. (2019). Plano de Atividades e Orçamento – Exercício 2019. Barreiro: Centro Hospitalar Barreiro Montijo. Acedido em 24 de Setembro de 2019. Retirado de http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/376/plano_atividades_orcamento19_v2.pdf

Comissão Interministerial para o Emprego. (2001). Terminologia de Formação Profissional: Alguns Conceitos de Base III. Lisboa: Direção-Geral do Emprego e Formação Profissional

Deodato, S. (2008). Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade. Coimbra, Portugal: Edições Almedina

Dias, J.M. (2004). Formadores: que desempenho? (1ªed). Loures: Lusociência

Direção Geral da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em 27 de Setembro de 2019. Retirado de <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>

Dowd, T. (2004). em Tomey, A.M., Alligood, M. R. (2004) Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ªEd. Loures, Portugal: Lusociência

Fonseca, R. (2012). *Comunicação de más notícias em contexto de urgência*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra. Acedido em 09 de Setembro de 2019. Retirado de

<http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24660&code=170>

Foronda, C.; Liu, S.; Bauman, E.B. (2013) Evaluation of simulation in undergraduate nurse education: An integrative review. Clin Simul Nurs, 9(10), 409-416. Acedido em 10 de Setembro de 2019. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2012.11.003>

Grupo Português de Triagem. (2015). Sistema de Triagem de Manchester. Acedido a 04 de Setembro de 2018. Retirado de http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110

Imperatori, E., Giraldes, M.R. (1982). Metodologia do Planeamento da Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa: ENSP.

Lei nº156/2015. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República I Série. Nº181 (16-09-15). Acedido em 11 de Setembro de 2019. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf

Manco, V. (2015). *Acolhimento à Família do Doente na Unidade de Cuidados Intermédios*. (Relatório de Trabalho de Projeto). Instituto Politécnico de Setúbal. Acedido em 12 de Setembro de 2019. Retirado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8863/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Trabalho%20de%20Projeto.%20V%C3%ADtor%20Manco.pdf>

Marc, E. & Garcia-Locqueneux, J. (1995). Guia de métodos e práticas em formação. Lisboa: Piaget

Martins, J.C.A. (2016). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Revista de Enfermagem Referências*, 7(12), 155-162. Acedido em 15 de Setembro de 2019. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn12/serIVn12a16.pdf>

Meira, P.; Nunes, F.; Martins, A. (2009). Manual de Trauma. Cap.9:Traumatismos Torácicos. 5ªed. Loures: Lusociência.pp.71-77. ISBN: 978-972-8930-52-3

Ministério da Saúde. (1991). Decreto-Lei n.º 437/1991 de 8 de Novembro: Regime legal da carreira de enfermagem. Diário da República, 1ª Série – A, nº.257, 5723 – 5741. Acedido em 15 de Setembro de 2019. Retirado de <http://publicos.pt/documento/id331852/decreto-lei-437/91>

Mock, C., Lormand, J.D., Goosen, J., *et al.* (2004). Guidelines for Essential Trauma Care. Genebra. World Health Organization. Acedido em 14 de Setembro de 2019. Retirado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546409.pdf>

National Association of Emergency Medical Technicians. (2016) PHTLS: Atendimento Pré-Hospitalar Traumatizado. 8.ed. [S.l.]: JONES & BARTLETT LEARNING. ISBN: 978-1-284-09917-1

Norma nº021/2015. (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Direção Geral da Saúde. Acedido em 04 de Setembro de 2019. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>

Nunes, L. (2008). Fundamentos éticos da deontologia profissional. Ordem dos Enfermeiros. 31, 33-45. Acedido em 10 de Setembro de 2019. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_31_dezembro_2008.pdf. ISSN. 1646-2629

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005) Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2015) REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Acedido em 08 de Setembro de 2019. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República* 2.ª Série. n.º 135, 19359-19364. Acedido em 12 de Setembro de 2019. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* 2.ª Série. n.º 26, 4744-4750. Acedido em 12 de Setembro de 2019. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

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

Pinheiro, J. & Ramos, L. (2005). Métodos Pedagógicos (4ªed). Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional

Queirós, A.A. (2001). Ética e Enfermagem. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora

Ruivo, M.A., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. 15. Acedido em 01 de Setembro de 2019. Retirado de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Santiago, M.D.S. (2017). Orientações Gerais para a Realização do Relatório. Acedido em 20 de Janeiro de 2018. Retirado de https://siiue.uevora.pt/cc/relatorio_unidade_curricular/ver/95072

Sheehy, S. (2001). Enfermagem de Urgência Da Teoria à Prática. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-63-9

Tomey, A.M., Alligood, M. R. (2004) Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ªEd. Loures, Portugal: Lusociência

Universidade de Évora (2015). *NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos*. Acedido em 21 de Setembro de 2019. Retirado de http://www2.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf.

Valente, M., Catarino, R., Casal, D. (2013). Emergência Trauma. 2ª ed. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica. 152 p

APÊNDICES

Apêndice A – Proposta de Relatório de Estágio – Modelo T-005

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	MODELO T-005 Ano Letivo: <u>2017 / 2018</u>
	1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA <input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Não aprovado Fundamentação (No caso de "Não aprovado", esta fundamentação será utilizada para notificação ao estudante): Data: _____ Assinatura: _____	
2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido antes da entrega do projeto nos SAC) Data: _____ Assinatura: _____		
3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE Nome Completo: <u>Filipe Miguel Rebordão Ferro</u> Número: <u>37173</u> Curso: <u>Mestrado em Enfermagem em Associação</u> Especialidade: <u>Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado		
4. CONTACTOS DO ESTUDANTE Telef.: <u>934161923</u> E-mail: <u>filipemrferro@gmail.com</u>		
5. PROPOSTA <input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso <input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto Neste caso, assinale os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros) <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.		
6. TÍTULO DO TRABALHO Título em Português: <u>A atuação dos Enfermeiros em situação de trauma, como determinante na segurança do doente crítico</u> Título em Inglês: <u>The role of nurses in trauma, as a determinant in the safety of the critical patient</u>		

[PREENCHER EM FRENTE E VERSO]

MODELO T-005-A UE/SAC

7. TIPO DE TRABALHO <i>(de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)</i> <small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados, obras ou realizações artísticas com explicação escrita <input type="checkbox"/> Outros produtos da investigação realizada com memória justificativa e descritiva <small>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input type="checkbox"/> Estágio <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho de Projeto	8. LÍNGUA DE REDAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____			
9. ORIENTAÇÃO <i>(Anexar declaração(ões) de aceitação)</i> Nome: <u>Maria Alice Gois Ruiivo</u> Universidade/Instituição: <u>Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde</u> N.º Identificação Civil: <u>07792474</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: <u>965108531</u> E-mail: <u>alice.ruiivo@ess.ips.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0002-6960-828X</u> Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____ Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____				
10. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO Área Disciplinar (Área FOS) <i>(ver Anexo 1)</i> : <u>Ciências da Saúde</u> Palavras-chave <i>(5 palavras)</i> : <u>Serviço de Urgência; Trauma; Segurança; Enfermeiros; Doente Crítico</u>				
11. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA A segurança do doente crítico e a atuação em situações de trauma dos enfermeiros do Serviço de Urgência Geral				
12. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA <i>Em anexo.</i>				
13. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO <i>(A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)</i> 				
14. DOCUMENTOS ANEXOS <input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento <i>(Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo)</i> <input type="checkbox"/> Outros: _____	15. DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO ESTUDANTE Nos termos do Regulamento conducente ao Grau de Doutor ou Grau de Mestre em vigor (de acordo com o meu ciclo de estudos), entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP. Data _____ Assinatura _____			
16. RESERVADO AOS SERVIÇOS <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; text-align: center; vertical-align: top;"> Receção <i>(Data e Assinatura)</i> </td> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; text-align: center; vertical-align: top;"> Registo <i>(Data e Assinatura)</i> </td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;"> Observações: </td> </tr> </table>		Receção <i>(Data e Assinatura)</i>	Registo <i>(Data e Assinatura)</i>	Observações:
Receção <i>(Data e Assinatura)</i>	Registo <i>(Data e Assinatura)</i>	Observações:		

Resumo e Plano do Trabalho de Projeto de Estágio

Os enfermeiros no Serviço de Urgência são frequentemente confrontados com a necessidade de prestar cuidados de enfermagem a pessoas em situação crítica. O trauma é uma situação complicada, que pode atingir vários órgãos e criar uma instabilidade hemodinâmica complexa. Posto isto, e configurando-se o trauma como uma situação de emergência, o prognóstico das pessoas vítimas de trauma é influenciado pela qualidade, eficácia e eficiência das intervenções e cuidados de enfermagem prestados.

Uma vez que as intervenções e cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma são tão complexos e importantes, e que para que os enfermeiros melhorem o seu desempenho e obtenham a noção da complexidade e perícia exigida na prestação dos cuidados às pessoas vítimas de trauma, é imprescindível que os mesmos possam participar na prática desses mesmos cuidados.

Posto isto, torna-se pertinente abordar este tema, utilizando ferramentas, neste caso concreto, a simulação, como estratégia pedagógica, para que os enfermeiros possam adquirir/atualizar conhecimentos, habilidades e competências necessárias para a prestação de cuidados de excelência à pessoa vítima de trauma, e consequente segurança do doente.

O trabalho de Projeto intitula-se «A atuação dos Enfermeiros em situação de trauma, como determinante na segurança do doente crítico», tendo como objetivo principal melhorar a atuação/cuidados prestados dos enfermeiros do Serviço de Urgência Geral em Trauma, através da elaboração de um plano formativo assente na prática simulada.

O plano de formação em serviço será aplicado a pelo menos 50% dos enfermeiros da população-alvo, que demonstrem necessidades formativas na área de Trauma. A população-alvo selecionada delimitou-se a todos os enfermeiros com menos de 5 anos de funções no Serviço de Urgência Geral do Hospital Nossa Senhora do Rosário, do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo. O critério de inclusão da população-alvo assenta no facto de que os enfermeiros com menor experiência apresentam por vezes maior insegurança na atuação e prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma, bem como, maior dificuldade na tomada de decisão.

As sessões de formação serão teórico-práticas, com base na metodologia expositiva e demonstrativa, com recurso à simulação. Cada sessão iniciar-se-á com a exposição dos objetivos do trabalho de projeto e do nível de colaboração que se solicita por parte dos formandos.

De seguida, será apresentado um caso clínico fictício, de um doente vítima de trauma, onde cada participante da formação terá de prestar os cuidados a uma pessoa vítima de trauma, mobilizando conhecimentos. Durante a atuação de cada participante será preenchida, pelo formador, uma checklist pré-formação com as intervenções/cuidados corretos a realizar no caso clínico apresentado.

Posteriormente a todos os participantes terem prestados cuidados no caso clínico será ministrada a parte teórica da formação, onde será exposto quais os cuidados e intervenções a realizar na abordagem à pessoa vítima de trauma.

Após a parte teórica da formação, será efetuada a parte prática, onde os participantes serão divididos em três grupos e cada grupo irá realizar procedimentos em três bancas de simulação, com o intuito de poderem aplicar os conhecimentos adquiridos na parte teórica, bem como, melhorar nos procedimentos/intervenções a realizar.

Depois de terminada a formação teórico-prática, cada participante será exposto novamente ao caso clínico fictício, sendo preenchida, de novo, pelo formador, uma checklist idêntica à checklist pré-formação, podendo ser posteriormente comparadas ambas as checklist para se compreender se existiram ganhos com a formação realizada.

Por fim, através deste Trabalho de Projeto, com recurso à formação assente na simulação, será possível a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades por parte dos enfermeiros alusivo aos cuidados de enfermagem à pessoa vítima de trauma, e ainda, adquirir competências e melhorar a confiança e tomada de decisão quando expostos a este tipo de doentes, promovendo cuidados de enfermagem de excelência e melhoria da segurança do doente.

Apêndice B – Questionário de Diagnóstico de Situação

Diagnóstico de Situação

Idade	Género	Anos de Serviço	Anos de Serviço no SUG

Questão 1	Sim	Não
Alguma vez realizou formação em Trauma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questão 1.1	Ano	
Se respondeu que sim, diga quando		
Questão 1.1	Sim	Não
Se respondeu que sim, foi um curso formal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questão 2	Sim	Não
Considera que o treino regular de competências em Trauma é importante para o seu desempenho no SUG?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questão 3	Sim	Não
Considera que a dinâmica da equipa de enfermagem na abordagem à pessoa vítima de trauma pode ser melhorada através da prática simulada/treino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apêndice C – Pedido de Autorização à Comissão de Ética do CHBM

Exmo. Presidente do Conselho de Administração do CHBM-HNSR

Assunto: Pedido de Apreciação e Parecer

Eu, Filipe Miguel Rebordão Ferro, Enfermeiro no Serviço de Urgência Geral do Hospital Nossa Senhora do Rosário – CHBM, com o número mecanográfico 32289, venho por este meio solicitar um pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética do CHBM-HNSR, acerca do assunto abaixo apresentado:

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica, criado pelo aviso nº5622/2016, publicado em Diário da República, 2ª Série – nº84 de 2 de Maio de 2016, e a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, na Universidade de Évora, encontro-me a realizar um estágio no Serviço de Urgência Geral do HNSR-CHBM. Este estágio prevê a elaboração de um projeto, cujo objetivo consiste na realização de um plano de intervenção e que no caso concreto do meu estágio, esse mesmo projeto incide na atuação dos enfermeiros do serviço de urgência em situações de trauma, com o objetivo de melhorar a atuação dos mesmos na área do trauma, através da elaboração de um plano formativo assente na prática simulada, tendo como finalidade a melhoria dos cuidados prestados e a segurança do doente.

Pretende-se ainda com a elaboração deste projeto desenvolver e atingir as competências de mestre em enfermagem e que a evidência, resultante da realização do mesmo, possa constituir uma mais-valia para a comunidade científica.

No âmbito do projeto referido anteriormente, estão previstas as seguintes atividades:

- Distribuição de um questionário aos enfermeiros do serviço de urgência, com o objetivo de identificar as necessidades formativas em trauma;
- Realizar sessões de formativas teórico-práticas, indo ao encontro das necessidades formativas identificadas, no âmbito da formação em serviço, aos enfermeiros do serviço de urgência, acerca de trauma, sem custos acrescidos para a entidade patronal, sem interferência com a dinâmica do serviço e com recurso à prática simulada (não serão envolvidos utentes neste projeto).

Comprometo-me em garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos e em informar os enfermeiros envolvidos desta condição, bem como do âmbito e objetivo do projeto, sendo o envolvimento dos mesmos facultativo. Comprometo-me ainda em cumprir as condições previstas na Declaração de Helsinquia.

Barreiro, 12 de Novembro de 2017

Atenciosamente,

Filipe Miguel Rebordão Ferro

Apêndice D – Pedido de Parecer à Comissão de Ética da EU



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Filipe Miguel Rebordão Ferro
Email: m37173@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37173
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Título do Projeto:

A atuação dos Enfermeiros em situação de trauma, como determinante na segurança do doente crítico

Nome dos investigadores:

Filipe Miguel Rebordão Ferro

Nível da Investigação:

Projeto e correspondente relatório no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica

Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal:

Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Responsáveis Académicos - Colaboradores:

Resumo / Abstract:

Os enfermeiros no Serviço de Urgência são frequentemente confrontados com a necessidade de prestar cuidados de enfermagem a pessoas em situação crítica. O trauma é uma situação complicada, que pode atingir vários órgãos e criar uma instabilidade hemodinâmica complexa. Posto isto, e configurando-se o trauma como uma situação de emergência, o prognóstico das pessoas vítimas de trauma é influenciado pela qualidade, eficácia e eficiência das intervenções e cuidados de enfermagem prestados.

Visto que as intervenções e cuidados de enfermagem à pessoa são tão complexos e importantes, e uma vez que para os enfermeiros melhorarem o seu desempenho e obterem a noção da complexidade e perícia exigida na prestação dos cuidados, têm de participar na prática dos mesmos, torna-se pertinente, no âmbito da formação em serviço, estruturar um plano de formação que aborde este tema, utilizando a simulação como estratégia pedagógica para adquirir/atualizar os conhecimentos, habilidades e competências necessárias para a prestação de cuidados de excelência à pessoa vítima de trauma, e conseqüente segurança do doente.

Fundamentação e pertinência do estudo:

O trauma é um dos principais problemas de saúde a nível mundial, tratando-se de uma causa major de morte e de



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Filipe Miguel Rebordão Ferro
Email: m37173@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37173
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

incapacidade por todo o mundo (Mock et al, 2004). Segundo Valente et al (2013), cintando os dados do Instituto Nacional de Estatística, em 2004, em Portugal, o número de vítimas mortais devido a trauma foi de 109 vítimas por 100.000 habitantes, o que coloca Portugal no topo da lista de países com mais mortes por trauma na Europa. Os traumatismos torácicos representam a segunda causa de morte em vítimas de trauma, por ano (Meira et al, 2009). Cerca de 25% do total de morte em pessoas vítimas de trauma resulta de eventos de trauma tóraco, sendo que frequentemente pessoas vítimas deste tipo de trauma acabam por falecer no próprio local do acidente (Valente et al, 2013). A mortalidade de pessoas expostas a trauma de alta energia é muito alta. O corpo encontra-se subitamente numa condição frágil e stressante, onde muitos dos sistemas de órgãos podem falhar em simultâneo (Abelsson et al, 2017). Segundo Massada et al. (2010), o trauma grave consiste na apresentação de lesões corporais específicas ou parâmetros fisiológicos, que indicam instabilidade. Os mesmos autores referem ainda que existem mecanismos de lesão ou um conjunto de sinais e sintomas que demonstram um potencial risco de lesão ativa, oculta ou com possibilidade de descompensação. O trauma torácico afeta as estruturas e os órgãos da cavidade torácica, sendo o trauma penetrante ou não-penetrante (Sheely, 2001). Os enfermeiros do Serviço de Urgência prestam frequentemente cuidados ao doente vítima de trauma, mas não significa que as intervenções sejam realizadas o mais adequadas possível, muitas vezes por formação insuficiente. Segundo Abelsson et al (2017), cuidar de uma pessoa vítima de trauma é uma tarefa complexa e muitas das vezes exigente para o enfermeiro. Por se tratar de uma tarefa complexa e exigente, e que por vezes pode não ser frequente, os mesmos autores referem que o recurso à simulação é bastante benéfico para a aquisição/manutenção dos conhecimentos e competências necessários para a correta atuação/abordagem à pessoa vítima de trauma. Com a simulação, os participantes da mesma, deixam de depender de aprender numa situação atual de trauma, podendo desenvolver competências físico motoras, de comunicação, de manutenção, de liderança, sem contato real com a pessoa vítima de trauma e sem risco real para a mesma (Abelsson et al, 2017). A simulação, bem como, o treino simulado são hoje em dia reconhecidos como estratégias pedagógicas basilares na formação de profissionais de saúde, quer ao nível graduado, assim como, no nível pós-graduado e ao longo da vida, tendo a mesma impacto em várias dimensões, desde a satisfação do estudante até à segurança da pessoa alvo dos cuidados de enfermagem (Martins, 2016). Ainda o mesmo autor refere que a simulação, utilizada como estratégia pedagógica ativa, permite consolidar conhecimentos, conferindo-lhes valor, desenvolver habilidade técnicas e relacionais, contribuindo para o desenvolvimento de profissionais globalmente competentes, fazendo-o num ambiente seguro para o participante e para a pessoa alvo de cuidados (Martins, 2016). Segundo Benner (1982), os enfermeiros têm de participar na prática dos cuidados de forma a obter a noção de complexidade e de perícia requerida para a prestação dos cuidados, sendo considerados tanto melhor quanto mais próximos se encontrarem, em termos de desempenho, dos padrões de excelência definidos. Tendo em consideração, que 39% dos enfermeiros da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Geral, onde será implementado o projeto, apresenta menos de 5 anos de serviço no local, e que na área de influência do respetivo Serviço de Urgência Geral existem atividades das quais resultam pessoas vítimas de trauma, e de trauma torácico, o tema que me proponho a trabalhar consiste na segurança do doente crítico e na atuação de enfermagem em situação de trauma, com recurso à simulação. Como referido anteriormente os cuidados de enfermagem a prestar à pessoa vítima de trauma podem ser bastante



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Filipe Miguel Rebordão Ferro
Email: m37173@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37173
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

complexos e exigentes. Para além disso, os enfermeiros para compreenderem essa mesma complexidade e quais as competências, habilidades e intervenções necessárias na abordagem à pessoa vítima de trauma, necessitam de participar na prática dos cuidados à mesma, através da simulação e treino, daí a pertinência do tema proposto.

Objetivos:

Melhorar a atuação dos enfermeiros do Serviço de Urgência Geral em Trauma, através da elaboração de um plano formativo assente na prática simulada.

Seleção da amostra:

A amostra será de pelo menos 50% dos enfermeiros, que demonstrem necessidades formativas na área de Trauma, após a análise dos resultados obtidos no questionário de necessidades formativas em Trauma, que será aplicado a todos os enfermeiros com menos de 5 anos de funções no Serviço de Urgência Geral do Hospital Nossa Senhora do Rosário, do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.

Procedimentos metodológicos:

Após a seleção da amostra, 50% dos enfermeiros que demonstrem necessidades formativas na área de Trauma, planeja-se estruturar e implementar um plano formativo no Serviço de Urgência Geral, que permita a formação desses mesmos enfermeiros enquanto decorre o período de estágio.

A formação será teórico-prática, iniciando-se por uma simulação clínica, na qual os enfermeiros irão atuar numa situação de trauma, sendo recolhidos através de uma checklist, dados das intervenções realizadas.

Posteriormente à simulação, serão abordados os conteúdos teóricos do trauma, do trauma torácico e será realizada uma demonstração, bem como a utilização de bancas práticas, de forma a que os enfermeiros possam praticar os conteúdos abordados.

No final os enfermeiros irão realizar nova simulação clínica, pretendendo colher-se novamente dados, através da mesma checklist anteriormente mencionada, com o intuito de avaliar os conhecimentos retidos e comparar com os resultados da primeira simulação (pré-formação). Os enfermeiros deverão preencher um questionário para realizar a avaliação formativa.



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Filipe Miguel Rebordão Ferro
Email: m37173@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37173
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Instrumentos de avaliação:

- Questionário de diagnóstico de necessidades formativas em Trauma
- Checklist de avaliação dos enfermeiros na simulação clínica
- Questionário de avaliação das sessões de formação e dos formandos

Como serão recolhidos os dados:

Os dados serão recolhidos mediante o preenchimento dos questionários de diagnóstico de necessidades formativas, por parte dos enfermeiros, e pelo preenchimento da checklist de intervenções implementada na simulação clínica pelo formador, por meio da observação da atuação dos formandos.

Como será mantida a confidencialidade nos registos:

Os questionários de diagnóstico de necessidades formativas em trauma não irão comportar nenhuma informação que permita identificar objetivamente os enfermeiros que preencham o mesmo, por parte de terceiros.

Cada questionário irá conter um número de dois dígitos, tendo todos os questionários diferente numeração. Os questionários serão entregues de forma aleatória aos enfermeiros, sendo tomada nota, pelo investigador, numa folha confidencial, do número do questionário correspondente a cada enfermeiro.

A lista referida anteriormente apenas será utilizada pelo investigador por forma a facilitar a organização do projeto, não sendo revelada em nenhuma circunstância e eliminada no final do projeto.

Relativamente à checklist e aos dados recolhidos mediante a mesma, irá funcionar com a mesma metodologia. Cada checklist será identificada com o mesmo código correspondente à codificação anteriormente efetuada.

Estudos prévios em que se baseia esta investigação:

Abelsson, A.; Lindwall, L.; Suserud, B.O.; Rystedt, I. (2017). Effect of Repeated Simulation on the Quality of Trauma Care. *Clinical Simulation in Nursing*, 13, 601-608. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/320595925_Effect_of_Repeated_Simulation_on_the_Quality_of_Trauma_Care

Benner, P (1982). From Novice to Expert. *The American Journal of Nursing*. 82(3), 402-407 Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/3462928>

Martins, J.C.A. (2016). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Revista de Enfermagem Referências*, 7(12), 155-162. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn12/serIVn12a16.pdf>

Massada, S.; Marques, A.; Mesquita, C.; Luís, F.P.; Farias, J.P. et al. (2009). Normas de Boa Prática em Trauma.



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -
Avaliação de Projectos

Requerente

Nome: Filipe Miguel Rebordão Ferro
Email: m37173@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 37173
Curso: Enfermagem (Mestrado)

Requerimento

Ordem dos Medicos. Recuperado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-nbp-om-pdf.aspx>
Meira, P.; Nunes, F.; Martins, A. (2009). Manual de Trauma. Cap.9:Traumatismos Torácicos. 5ªed. Loures: Lusociência.pp.71-77. ISBN: 978-972-8930-52-3
Mock, C.; Lormand, J.D.; Goosen, J.; Joshipura, M.; Peden, M. (2004). Guidelines for essential trauma care. Genebra: World Health Organization. ISBN: 92-4-154640-9
Valente, M.; Catarino, R.; Casal, D.; et al. (2013). Emergência Trauma. Versão 1.0, 2ª edição. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica. ISBN: 978-989-8646-02-6
Sheehy, S. (2001). Enfermagem de Urgência Da Teoria à Prática. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-63-9

Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:

Cada sessão de formação iniciar-se-á com a explicação do âmbito e dos objetivos do projeto, assim como, o esclarecimento das condições em que decorrerá a colheita e o tratamento dos dados, garantindo a confidencialidade e o anonimato. De seguida será entregue aos participantes um documento com a «Declaração de Consentimento Informado», onde se inscreve o seguinte texto:

"Declaro ter compreendido os objetivos do estudo e explicado pelo investigador, bem como toda a informação, escrita e verbal, fornecida pelo mesmo, ter-me sido dada a oportunidade de realizar todas as perguntas sobre o assunto e para todas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo pessoal de cariz ético ou moral se eu me recusar a esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Compreendo que tenho o direito de colocar agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão relacionada com o mesmo. Compreendo que sou livre de, a qualquer momento, abandonar o estudo sem ter de fornecer qualquer explicação.

Foram clarificadas as condições em que ocorrerá a colheita e análise dos dados, por mim fornecidos, com garantia da confidencialidade e anonimato, no tratamento dos mesmos.

Assim, declaro que aceito participar de forma voluntária e permito a utilização dos dados recolhidos, em eventual publicação científica, decorrente deste estudo/investigação."

Apêndice E – Plano de Sessão

Programa da Sessão de Formação

Tema: Abordagem à Pessoa Vítima de Trauma.
Objetivo da sessão: Potenciar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa vítima de trauma, tal como, aumentar a segurança na prestação dos referidos cuidados por parte dos enfermeiros, assegurando um ambiente seguro e terapêutico.
Destinatários: Enfermeiros a exercer funções no SUG há cinco anos ou menos Nº de Participantes/Sessão: 9 enfermeiros
Duração: 8 hora Horário: Das 8h às 17h Data: Datas a definir. Uma sessão por semana Formador: Enfermeiro Filipe Ferro Enfermeira Sandra Contreiras Enfermeiro Luis Meireles Enfermeiro Hugo Ramos Enfermeiro Pedro Teixeira
Conteúdo Programático: Definição de Trauma. Definição de Cinemática. Abordagem ABCDE. Definição dos tipos de Trauma. Trauma Cranio-Encefalico. Trauma Vertebro-Medular. Trauma Torácico. Trauma Abdominal. Trauma das Extremidades. Aplicação do Colar Cervical. Levantamento. Maca Pluma. Casos Clínicos.
Metodologia da Sessão: Expositiva e Demonstrativa
Recursos Pedagógicos Necessários: <ul style="list-style-type: none">▪ Uma sala para formação teórica (de preferência com tela de projeção);▪ Duas salas para realização dos casos clínicos simulados e para as bancas práticas

- Um projetor multimédia;
- Um computador (não é fundamental, pois poderei levar o próprio computador);
- Um ponteiro;
- Colar Cervical de vários tamanhos;
- Plano rígido;
- Maca Pluma;
- Dois modelos anatómicos.

Apêndice F – Programa da Sessão

Programa

08:00 – Apresentação

08:30 – Casos Clínicos Pré-Formação

09:45 – Pausa

10:15 – Formação Teórica

12:30 – Almoço

13:30 – Bancas Práticas

15:00 – Pausa

15:30 – Casos Clínicos Pós-Formação

16h45 – Encerramento da Formação

Apêndice G – Sessão de Formação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR
de Saúde

ES
Escola
Superior
de Saúde
Portugal

IPS
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
Escola Superior de
Saúde

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

ABORDAGEM À PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA

Orientação:

Professora Doutora Alice Ruivo

Supervisão:

Enfermeira Sandra Contreiras,
Especialista em EMC

Estudante:

Filipe Ferro

Estágio

8 de Fevereiro de 2018

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Objetivo Geral

**Melhorar a atuação
dos enfermeiros na
abordagem à pessoa
vítima de Trauma**

Objetivos Específicos

- ❖ Descrever o Conceito de Trauma
- ❖ Descrever a Cinemática do Trauma
- ❖ Abordar a Avaliação Primária e Secundária
- ❖ Abordar os Diferentes Traumas:
 - Trauma Crânio-Encefálico;
 - Trauma Vertebro-Medular;
 - Trauma Torácico
 - Trauma Abdominal
 - Trauma das Extremidades
- ❖ Abordar Técnicas de Atuação na Pessoa Vítima de Trauma

Trauma

Conceito

Trauma define-se como:

“Um evento nocivo que ocorre quando existe libertação de formas específicas de energia física ou quando existe barreiras ao fluxo normal de energia.”

National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT), 2016, p.16

Cinemática

Acidentes com veículos automóveis

Impacto Frontal

Impacto Lateral

Impacto Traseiro

Impacto Rotacional

Capotamento

Para cima e sobre

Para baixo e sob



Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), 2013, p.13

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

Instituto Politécnico de Saúde
Saúde

ES
Escola Superior
de Saúde
(Braga)


IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Cinemática

Acidentes com motocicletas

- Impacto Frontal
- Impacto Angular
- Ejeção



INEM, 2013, p.13

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

Instituto Politécnico de Saúde
Saúde

ES
Escola Superior
de Saúde
(Braga)


IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Cinemática

Quedas

- Queda de pé
- Queda de cabeça
- Queda de braços
- Atropelamento
 - Adulto
 - Criança



INEM, 2013, p.13

Cinemática	
Mecanismo de Lesão	Potenciais Lesões
<p>Impacto Frontal (Automóvel):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volante danificado; • Marcas dos joelhos no tablier; • Fratura do pára-brisas ("Olho de boi"). 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão vertebro-medular: cervical; • Lesões faciais; • Fratura da grelha costal anterior; • <i>Vollet</i> Costal; • Contusão Pulmonar; • Contusão do miocárdio; • Pneumotórax; • Aneurisma/Disseção da Aorta; • Hemorragia intra-abdominal; • Lesão mesentérica; • Compressão e esmagamento de órgãos sólidos; • Rotura diafragmática e rotura de órgãos ocos (cólon); • Laceração dos rins, fígado e baço; • Fratura/Luxação do Joelho/Bacia.

INEM, 2013, p.35

Cinemática	
Mecanismo de Lesão	Potenciais Lesões
<p>Impacto Lateral (Automóvel)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão vertebro-medular: cervical; • Fratura grelha costal lateral; • <i>Vollet</i> Costal; • Pneumotórax; • Aneurisma/Disseção da Aorta; • Rotura do diafragma; • Fratura do baço, Fígado (consoante o lado afetado) e Rim (do lado afetado); • Fratura da Bacia ou acetábulo.
<p>Impacto Traseiro (Automóvel)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão vertebro-medular: cervical; • Lesão dos tecidos moles do pescoço.

INEM, 2013, p.35

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDAS DE SÃO JOSÉ DE TORRES

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
Braga

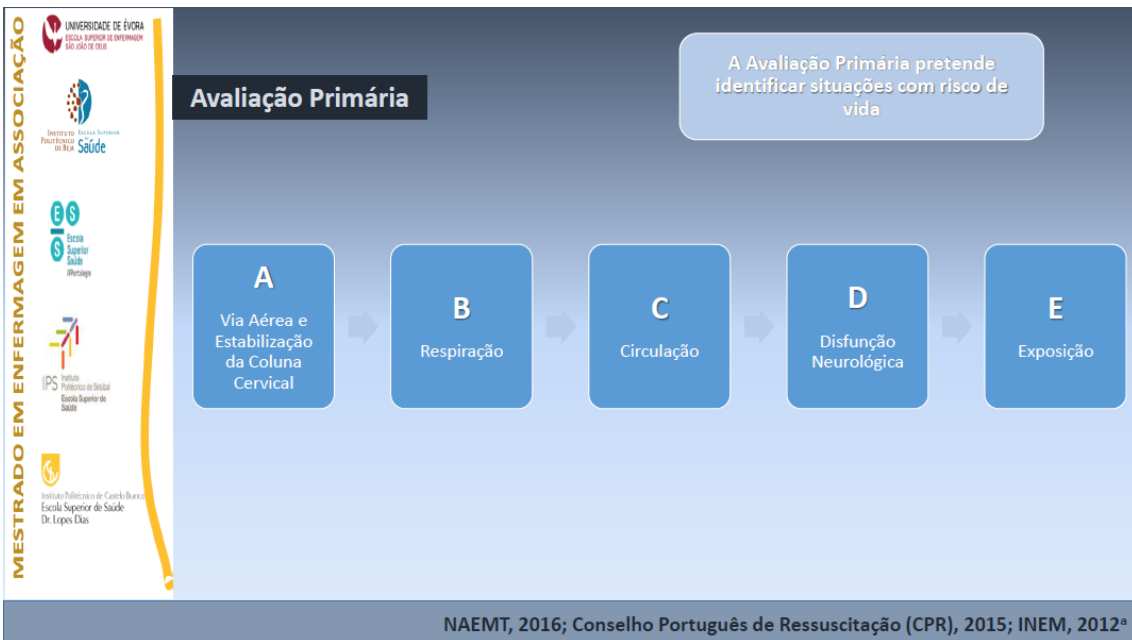
IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Cinemática

Mecanismo de Lesão	Potenciais Lesões
Impacto Angular (Motociclo)	<ul style="list-style-type: none"> Esmagamento, fraturas ou lesão de tecidos moles das extremidades (compressão entre moto e ponto de impacto).
Atropelamento	<ul style="list-style-type: none"> Trauma Crânio Encefálico; Lesões traumáticas da aorta; Lesões abdominais (viscerais); Fratura dos membros inferiores e Bacia; Elevada probabilidade de abaloamento nas vítimas pediátricas.

INEM, 2013, p.35



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDIM DE TOLÓ

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
Braga

IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Avaliação Primária

A – Via Área e Estabilização da Coluna Vertebral

A obstrução da via aérea é uma emergência:

“Quando não é tratada, a obstrução da via aérea causa hipóxia e aumenta o risco de lesão cerebral, renal e cardíaca, paragem cardíaca e morte.”

CPR, 2015, p.16

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDIM DE TOLÓ

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
Braga

IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Avaliação Primária

A – Via Área e Estabilização da Coluna Vertebral

Ver

- Presença de corpos estranhos na cavidade bucal
- Movimentos torácicos e abdominais paradoxais
- Utilização dos músculos acessórios da respiração

“Falar com a vítima – Se a vítima falar normalmente não apresenta obstrução da via aérea.”
(WHO, 2012, p.15)

Ouvir

- Sons respiratórios
- Sons sugestivos de obstrução da via aérea:
 - ❖ Estridor
 - ❖ Gorgolejo
 - ❖ Ressonar
 - ❖ Disfonia

“A cianose central é um sinal tardio de obstrução da via aérea”
(CPR, 2015, p.40)

NAEMT, 2016; CPR, 2015

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDAS DE S. JOSÉ DE TOULOU

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Escola Superior de Saúde (Bragança)

IPS Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Avaliação Primária

A – Via Área e Estabilização da Coluna Vertebral

Atuação:

- Manobras de Permeabilização
- Remoção de corpos estranhos, sangue, substâncias orgânicas
- Colocação de tubo orofaríngeo ou tubo nasofaríngeo

Atenção:

Evitar o movimento excessivo da coluna cervical, não realizando hiperextensão, hiperflexão e rotação, na permeabilização da via aérea.

NAEMT, 2016; CPR, 2015

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDAS DE S. JOSÉ DE TOULOU

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Escola Superior de Saúde (Bragança)

IPS Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Avaliação Primária

B – Respiração

Observar

Auscultar

Respiração

Percutir

Palpar



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDIMES DE TOULON

INSPECÇÃO GERAL DO REGISTO DE ENFERMEIROS
INSTITUTO DE SAÚDE

ES
EScola Superior de Saúde (Braga)


IPS Instituto Público de Saúde
Escola Superior de Saúde

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

Avaliação Primária

B – Respiração

Auscultação:



Murmúrio Vesicular

- Diminuído ou ausente

Sons respiratórios anormais

- Crepitação

NAEMT, 2016; CPR, 2015; INEM, 2012^a

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDIM DE TEBE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

ES
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
VILHARICA

IPS
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CARDEIRÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DR. LOPES DIAS

Avaliação Primária

B – Respiração

Percussão:



Timpanismo aumentado
sugestivo de pneumotórax

Maciez
sugestivo de consolidação ou líquido pleural

NAEMT, 2016; CPR, 2015; INEM, 2012^a

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDIM DE TEBE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

ES
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
VILHARICA

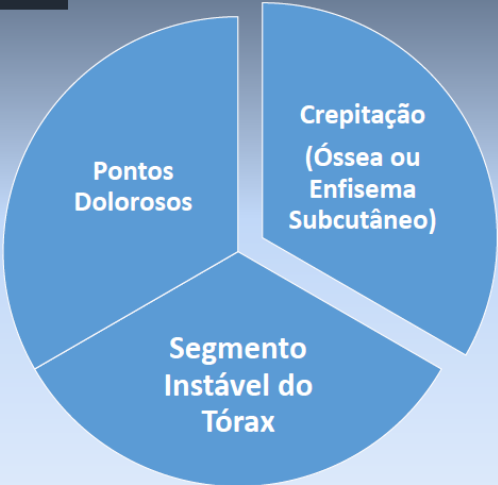
IPS
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CARDEIRÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DR. LOPES DIAS

Avaliação Primária

B – Respiração

Palpação:



Pontos Dolorosos

Crepitação
(Óssea ou Enfisema Subcutâneo)

Segmento Instável do Tórax

NAEMT, 2016; CPR, 2015; INEM, 2012^a

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉvORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARAS DE ÉvORA

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
Braga

IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Avaliação Primária

C – Circulação

- Avaliar a Pele**
 - Observar cianose, palidez, pele marmoreada. Extremidades frias ou quentes.
- Tempo de Preenchimento Capilar (TPC)**
 - Aplicar pressão cutânea durante 5s sobre a ponta de um dedo - Um TPC prolongado é sugestivo de insuficiente perfusão periférica.
- Palpar o pulso**
 - Avaliar a presença, frequência, qualidade, regularidade.
- Outros sinais de baixo débito cardíaco**
 - Diminuição do nível de consciência

NAEMT, 2016; CPR, 2015; INEM, 2012^a

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉvORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARAS DE ÉvORA

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
Braga



IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Avaliação Primária

C – Circulação

- Procurar evidência de hemorragias internas**
- Procurar minuciosamente hemorragias externas**
- Monitorizar Parâmetros Vitais**
- Auscultar o Coração**

NAEMT, 2016; CPR, 2015; INEM, 2012^a

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDAS DE SÉ

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
(Braga)

IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Avaliação Primária

C – Circulação

Colocar acesso venoso periférico de bom calibre (14 ou 16 G)

Atuação:

Primeira Abordagem

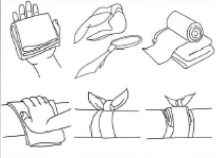

- Compressão manual direta no local da hemorragia

Técnica de 2ª linha

- Aplicação de garrote em posição proximal relativamente à lesão

Técnicas de 3ª linha

- Elevação do membro/extremidade
- Pontos de Pressão: aplicação de pressão na artéria próxima da lesão

NAEMT, 2016; CPR, 2015; INEM, 2012^a

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDAS DE SÉ

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
(Braga)

IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Avaliação Primária

D – Disfunção Neurológica

Avaliar o nível de consciência:

Excluir condições que influenciam o nível de consciência:

- Hipóxia
- Hipotensão
- Potenciais depressores do SNC
- Hipoglicemia

Glasgow Coma Scale (GCS)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
4 - Espontânea	5 - Orientada	6 - Obedece a ordens
3 - À voz	4 - Confusa	5 - Localiza dor
2 - À dor	3 - Palavras Inapropriadas	4 - Fuga à dor
1 - Nenhuma	2 - Palavras Incompreensíveis	3 - Flexão Anormal
	1 - Nenhuma	2 - Extensão Anormal
		1 - Nenhuma

NAEMT, 2016; CPR, 2015; INEM, 2012^a

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
RUA DO COLO DE TELAS

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

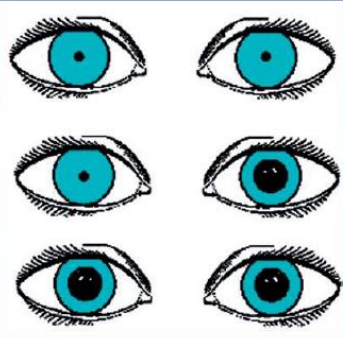
IPS Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Avaliação Primária

D – Disfunção Neurológica

Avaliação Pupilar:



- Miose
- Anisocória
- Midríase

Atenção

“Pontuação na GCS inferior a 14 combinada com exame pupilar anormal pode indicar presença de lesão cerebral traumática potencialmente letal.”
(NAEMT, 2016, p. 144)

NAEMT, 2016; CPR, 2015; INEM, 2012^a

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
RUA DO COLO DE TELAS

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

IPS Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde


Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Avaliação Primária

E – Exposição

Atuação:

Remove roupa e avaliar a vítima



Promover medidas para prevenir hipotermia

NAEMT, 2016; CPR, 2015; INEM, 2012^a

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDIMES DE TELLES

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Escola Superior de Saúde (Braga)

IPS Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Avaliação Secundária

A Avaliação Secundária permite identificar possíveis lesões com risco para os membros e outros problemas menos significativos

Parâmetros Vitais

- Reavaliar Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória, Pressão Arterial e Saturação de Oxigénio

Recolha de Informação - CHAMU

- C: Circunstâncias do acidente;
- H: História anterior de doenças e/ou Gravidez;
- A: Alergias;
- M: Medicação habitual;
- U: Última refeição.

Observação geral/sistemizada

- Cabeça e pescoço;
- Tórax;
- Abdómen;
- Bacia e períneo;
- Membros superiores e inferiores;
- Dorso e superfícies posteriores.

NAEMT, 2016; INEM, 2012^a

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDIMES DE TELLES

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Escola Superior de Saúde (Braga)

IPS Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Avaliação Secundária

Exame Físico

Cabeça e Pescoço

Pesquisar: Crânio (contusões, lacerações, depressões, abrasões, hematomas, equimoses, edemas, crepitação); Face (simetria da face, perda de líquido pelo nariz/olhos/ouvidos, instabilidade dos ossos da face, Hematomas retro-auriculares e peri-orbitais); Pescoço (distensão das jugulares, estabilidade/desvio da traqueia, enfisema subcutâneo); região cervical posterior.

Tórax

Inspeccionar e Palpar: Clavículas e Tórax (Instabilidade Torácica, Fratura de Esterno, Instabilidade da grelha costal, Feridas abertas), Enfisema Subcutâneo, Crepitações, Expansão torácica e simetria.
Auscultação: sons respiratórios e cardíacos; **Percutir:** parede torácica.

NAEMT, 2016; INEM, 2012^a

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDAS DE SÃO JOSÉ DE TORRES

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
(Braga)

IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Avaliação Secundária

Exame Físico

Abdómen

Inspecionar e Palpar: cicatrizes, distensão abdominal, descoloração, palpar quadrantes abdominais (rigidez, mole/depressível, dor), sinais de lesão interna (contusões, abrasões).

Bacia e Períneo

Inspecionar e Palpar: Dor, Crepitações, Instabilidade da cintura pélvica, abrasões, lacerações, contusões, incontinência intestinal e vesical. Períneo (Priapismo, Alteração do tónus do esfíncter anal, Hematomas, hemorragia rectal ou genital).

NAEMT, 2016; INEM, 2012^a

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDAS DE SÃO JOSÉ DE TORRES

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
(Braga)

IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Avaliação Secundária

Exame Físico

Membros Superiores e Inferiores

Inspecionar e Palpar: Crepitações, Dor, Movimentos anormais dos ossos e articulações, Equimose, Coloração, Função sensório-motor e Pulso distal de cada membro (comparando bilateralmente), Comparar tamanho dos membros inferiores, Rotação (externa/interna).

Dorso e Superfícies Posteriores

(ROLAMENTO) Inspecionar e Palpar: Dor, Contusões, Hematomas, Feridas, Abrasões. Coluna (deformidades, crepitação).

NAEMT, 2016; INEM, 2012^a

Trauma Crânio-Encefálico



Os traumatismos crânio-encefálicos (TCE) constituem uma fonte significativa de morbilidade e mortalidade. Aproximadamente 50% dos óbitos por TCE acontecem nas primeiras 2h após o traumatismo. As lesões cerebrais podem ser divididas em dois grupos, **primário** e **secundário**. (INEM, 2013)

Lesão Primária

“O dano imediato ao tecido cerebral que é o resultado direto de uma força de lesão.”
(Campbell, J & Alson, R, 2016, p.208)

Lesão Secundária

“Uma lesão no cérebro que é o resultado de hipoxia e / ou diminuição da perfusão do tecido cerebral após uma lesão primária.” (Campbell, J & Alson, R, 2016, p.208)

Imagem - INEM (2013)

Trauma Crânio-Encefálico

Os TCE surgem frequentemente associados a outros traumatismos. Até 60% dos doentes com TCE grave apresentam lesão adicional em pelo menos um outro órgão. (INEM, 2013)

Classificação do TCE:

TCE MÍNIMO	<ul style="list-style-type: none"> GCS 15; Sem perda da consciência; Sem amnésia lacunar.
TCE LIGEIRO	<ul style="list-style-type: none"> GCS 14 ou GCS 15 com (1 dos seguintes): <ul style="list-style-type: none"> Perda da consciência < 5 minutos; Alteração da vigília ou memória.
TCE MODERADO	<ul style="list-style-type: none"> GCS [9, 13] ou; Perda da consciência ≥ 5 minutos ou; Défice neurológico focal.
TCE GRAVE	GCS [5, 8].
TCE CRÍTICO	GCS [3, 4].

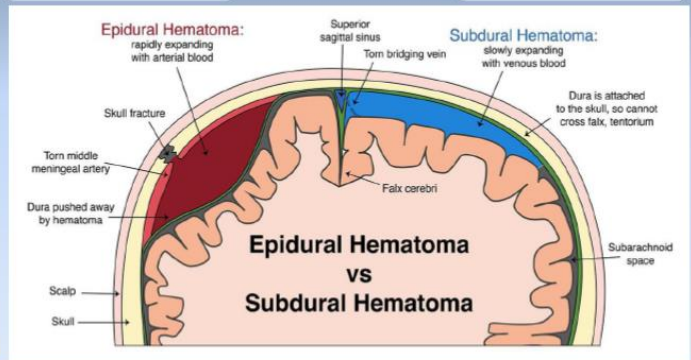
INEM (2013)

Trauma Crânio-Encefálico

Lesões do Cérebro:

Hematoma Epidural

Hematoma Subdural



Outras Lesões:
Concussão;
Contusão Cerebral;
Hemorragia subaracnoídea.

Imagem - <http://www.topneurodocs.com/epidural-hematoma/>

Trauma Crânio-Encefálico

Lesões do Crânio:

Equimose retroauricular
(sinal de Battle)



Equimose peri-orbitária
"Olhos de Guaxinim"



Outros sinais de possível fratura da base do crânio:

Epistáxis/Rinorráquia
Otorragia/Otorrquia

CSF Halo Sign



Imagem - <http://www.fisiocli.com/site/traumatismo-cranioencefalico/>

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDAS DE SÃO JOSÉ DE TORRES

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
Braga

IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Trauma Crânio-Encefálico

Abordagem do TCE:

- Proteção cervical;
- Permeabilização da via aérea, se necessário com subluxação da mandíbula;
- Administração de O2 suplementar;
- Monitorização contínua da SpO2 e evitar SpO2 < 90%;
- Controlo da hemorragia;
- Objetos Penetrantes não devem ser removidos;
- Tratamento hipotensão arterial - evitar PA sistólica < 90 mmHg;
- Garantir a permeabilidade das veias jugulares internas;
- **Atenção** – Risco de Convulsões

Contraindicação:

Está contraindicada a introdução de dispositivos nasais até ser possível a exclusão de fraturas da base do crânio

Contraindicação:

Soros glicosados estão contraindicados por potenciarem o aumento da área de lesão cerebral

Campbell, J. & Alson, R. (2016), INEM (2013)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDAS DE SÃO JOSÉ DE TORRES

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
Braga

IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Trauma Vertebro-Medular



A lesão vertebro-medular é potencialmente grave, podendo ter um efeito limitativo e devastador na qualidade de vida do indivíduo. **Qualquer vítima, alvo de lesão traumática deve ser assumida como tendo uma potencial lesão vertebro-medular.**(INEM, 2013)

Lesão Primária

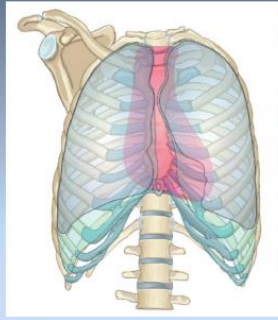
“Lesão na medula espinhal que ocorre no momento do trauma em si. Esta lesão resulta do cordão ser cortado, rasgado ou esmagado, ou pelo corte de sangue ao próprio.”
(Campbell, J & Alson, R, 2016, p.232)

Lesão Secundária

“Lesão que ocorre por hipotensão, hipoxia generalizada, lesão de vasos sanguíneos, inchaço, compressão do cordão pela hemorragia circundante ou lesão no cordão devido ao movimento de uma coluna espinhal danificada e instável.” (Campbell, J & Alson, R, 2016, p.232)

Imagem - INEM (2013)

Trauma Torácico



“As lesões torácicas graves são frequentes e representam 25 % do total de mortes no trauma. Lesões torácicas envolvendo os pulmões, coração, grandes vasos e estruturas ósseas podem ser causadas quer por trauma penetrante, quer por trauma fechado.” (INEM, 2013, p.39)

“Algumas lesões podem causar morte imediata, como as lesões de grandes vasos ou a rotura cardíacas. Outras põem em risco a vida da vítima, como a obstrução da via aérea, o pneumotórax hipertensivo, o hemotórax maciço e o tamponamento cardíaco.” (INEM, 2013, p.39)

Trauma Torácico

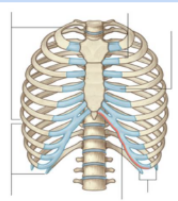
Lesões Torácicas Major:

As seis lesões letais

- Obstrução da Via Aérea;
- Hemotórax Maciço;
- Pneumotórax Hipertensivo;
- Pneumotórax Aberto;
- Tamponamento Cardíaco;
- Tórax Instável.

As seis lesões ocultas

- Rotura Traumática da Aorta;
- Rotura Traqueobrônquica;
- Rotura Esofágica;
- Contusão Miocárdica;
- Contusão Pulmonar;
- Rotura Diafragmática.



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDAS DE SÃO JOSÉ DE TORRES

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
(Braga)

IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Trauma Torácico

Lesões Torácicas:

Obstrução da via aérea

“A obstrução da via aérea não resolvida provoca a morte em poucos minutos. As lesões no tórax superior podem afetar a via aérea. Os fragmentos de fraturas ósseas ou objetos penetrantes podem lesar a laringe ou a traqueia superior. O trauma fechado pode causar hemorragia ou edema na via aérea, resultando em obstrução.” (INEM, 2013, p.42)

Sinais e sintomas:

- Vítima inconsciente sem mobilização de ar na via aérea superior;
- Ruídos respiratórios: estridor, ressonar, gorgolejo;
- Edema, hemorragia ou hematomas no pescoço, clavículas ou esterno.” (INEM, 2013, p.42)

Abordagem:

- “Remover ou minimizar a causa da obstrução;
- Se necessário, proceder a intubação orotraqueal, ventilação manual/mecânica com O₂ a 100 %.” (INEM, 2013, p.42)

Imagem - INEM (2013)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDAS DE SÃO JOSÉ DE TORRES

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
(Braga)

IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Trauma Torácico

Lesões Torácicas:

Hemotórax maciço

“O hemotórax maciço caracteriza-se pela presença de > 1500 mL de sangue no tórax. A lesão de tecido pulmonar, vasos pulmonares ou intercostais podem causar hemorragia maciça. A acumulação rápida de sangue na cavidade torácica conduz à hipóxia e hipovolémia.” (INEM, 2013, p.42)

Sinais e sintomas:

- “Choque hemorrágico grave: alteração do estado de consciência, taquicardia, taquipneia e hipotensão;
- Palidez;
- Abrasões, feridas, lesões no hemitórax afetado;
- Assimetria torácica;
- Diminuição dos sons auscultatórios;
- Macicez à percussão.” (INEM, 2013, p.42)

Abordagem:

- “Administrar O₂ a 100% (15 L/min);
- Se necessário, proceder a intubação orotraqueal;
- Tratar o choque.” (INEM, 2013, p.42)




Imagem - INEM (2013)

Trauma Torácico

Lesões Torácicas:

Pneumotórax Hipertensivo

“O pneumotórax hipertensivo desenvolve-se quando uma “válvula unidirecional” se estabelece no tecido pulmonar ou na parede torácica. Na inspiração, a “válvula” abre e acumula-se ar no espaço pleural. Durante a expiração esta “válvula” encerra e o ar fica preso no espaço pleural.” (INEM, 2013, p.43)

Sinais e sintomas:

- “Vítima agitada, ansiosa;
- Choque;
- Dificuldade respiratória;
- Cianose (**sinal tardio**);
- Taquicardia (possibilidade de hemorragia associada);
- Assimetria torácica (tórax pode parecer hiper-insuflado);
- Ausência dos sons auscultatórios;
- Hiperressonância à percussão;
- Distensão das veias jugulares;
- Possível desvio da traqueia (embora este seja um sinal tardio).” (INEM, 2013, p.43)

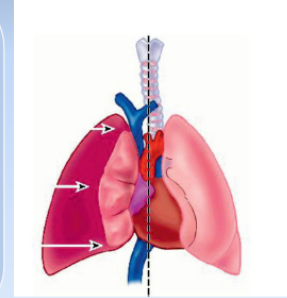


Imagem - INEM (2013)

Trauma Torácico

Lesões Torácicas:

Pneumotórax Hipertensivo:

Abordagem:

- “Administrar O₂ a 100% (15 L/min);
- Drenar imediatamente o pneumotórax.

Técnica:

- Equipamento: cateter venoso (14G ou 16G; adesivo);
- Anestesia local com lidocaína;
- No lado afetado, introduzir o cateter no 2º espaço intercostal na linha médioclavicular, a rasar o bordo superior da 3ª costela;
- Após colocação do cateter na cavidade pleural remover o mandril (poder-se-á ouvir o barulho característico da saída do ar coletado sob pressão na cavidade pleural);
- Criar sistema valvular (ex. com torneira de 3 vias);
- Deixar a cânula do cateter “*in situ*” fixada com adesivo.” (INEM, 2013, p.43)

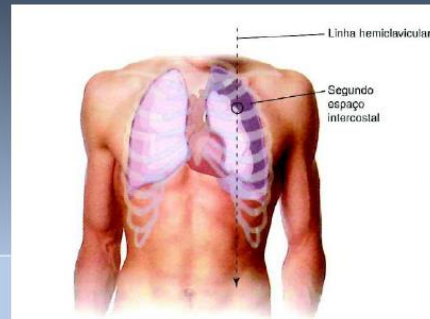


Imagem – NAEMT (2016)

Trauma Torácico

Lesões Torácicas:

Pneumotórax Aberto

“O trauma penetrante no tórax pode provocar uma porta de entrada na parede torácica. O pneumotórax aberto ocorre quando a porta de entrada permanece aberta e o pulmão subjacente colapsa. Perante esta condição a ventilação eficaz e as trocas gasosas estão comprometidas e a vítima fica em hipóxia.” (INEM, 2013, p.44)

Sinais e sintomas:

- “Vítima agitada, ansiosa;
- Feridas ou aberturas na parede torácica;
- Dificuldade respiratória;
- Taquicardia e taquipneia;
- Assimetria torácica;
- Diminuição ou ausência dos sons auscultatórios;
- Hiperressonância à percussão.” (INEM, 2013, p.44)

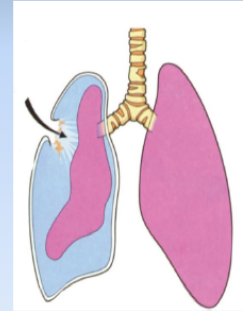


Imagem - INEM (2013)

Trauma Torácico

Lesões Torácicas:

Pneumotórax Aberto:

Abordagem:

- “Administrar O₂ a 100% (15 L/min);
- Selar imediatamente a ferida com um penso estéril, não poroso, colado apenas em 3 lados. O penso deve ser suficientemente grande para cobrir completamente a ferida. A não fixação do penso num dos lados cria um mecanismo valvular, que impede o ar de entrar na inspiração, e permite a saída deste durante a expiração, reduzindo desta forma o risco de converter um pneumotórax aberto num pneumotórax hipertensivo;
- Se necessário, proceder a intubação orotraqueal.” (INEM, 2013, p.43)

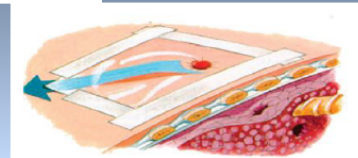
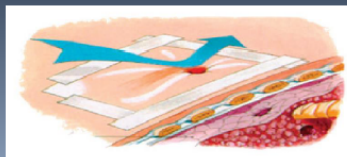


Imagem - INEM (2013)

Trauma Torácico

Lesões Torácicas:

Tamponamento Cardíaco

“O trauma penetrante no tórax superior (ex. ferida por arma branca) é uma causa frequente de tamponamento cardíaco. No entanto, o trauma fechado significativo pode também provocar lesões no miocárdio e/ou grandes vasos, produzindo hemorragia no pericárdio. Quando a cavidade pericárdica é preenchida de forma súbita por sangue, uma pequena quantidade (<100mL) é suficiente para comprometer a função do miocárdio.” (INEM, 2013, p.45)

Sinais e sintomas:

- “Vítima ansiosa, agitada;
- Choque refratário à terapêutica: alteração do estado de consciência, taquicardia, taquipneia e hipotensão;
- Pulso paradoxal: diminuição da PA sistólica em 10 mmHg quando a vítima inspira;
- “Triade de Beck”: hipotensão, distensão das veias jugulares e sons cardíacos abafados;
- PCR na sequência de trauma torácico.” (INEM, 2013, p.45)

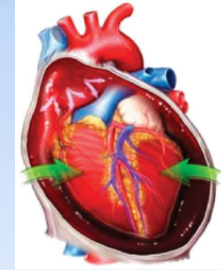


Imagem - INEM (2013)

Trauma Torácico

Lesões Torácicas:

Tórax Instável

“Um segmento ósseo da parede torácica lesado, habitualmente na região anterior ou lateral, causa perda de continuidade com as restantes costelas. O tórax instável é definido como fratura de duas ou mais costelas em dois ou mais pontos. A hipóxia desenvolve-se à medida que o segmento instável lesa o tecido pulmonar subjacente, causando contusão pulmonar.” (INEM, 2013, p.46)

Sinais e sintomas:

- “Movimentos torácicos anormais no lado afetado;
- Dificuldade respiratória;
- Utilização dos músculos respiratórios acessórios;
- Saturações baixas de oxigénio;
- Dor torácica;
- Crepitação à palpação.” (INEM, 2013, p.46)

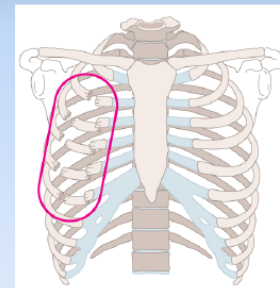


Imagem - INEM (2013)

Trauma Abdominal



“O indicador mais confiável de hemorragia intra-abdominal é a presença de choque hipovolémico de origem não explícita.” (NAEMT, 2016, p. 368)

“A lesão abdominal não identificada é uma das principais causas de morte nas vítimas de trauma. As lesões resultantes de trauma fechado raramente estão circunscritas à região abdominal e surgem frequentemente lesões torácicas e/ou pélvicas associadas.” (INEM, 2013, p. 53)

“A pélvis (bacia) deve ser palpada de forma suave apenas uma vez para avaliar sinais de instabilidade. Perante a evidência de instabilidade, suspeitar de hemorragia maciça. A manipulação excessiva deve ser evitada. O trauma abdominal raramente surge com a lesão de um único sistema, é preciso pesquisar a presença de lesões torácicas ou outras.” (INEM, 2013, p. 53)

Imagem - INEM (2013)

Trauma Abdominal

Lesões Abdominais:

Fígado

“Localizado predominantemente no quadrante superior direito, é o órgão sólido abdominal que é lesado com maior frequência. É um órgão extremamente vascularizado e portanto particularmente suscetível à hemorragia.” (INEM, 2013, p. 56)

Sinais e sintomas sugestivos de lesão hepática:

- “Abrasões, hematomas ou feridas no quadrante superior direito;
- Dor no quadrante superior direito;
- Suspeita de fraturas à direita (em especial entre 9ª e 12ª costela);
- Sinais de choque hipovolémico/instabilidade hemodinâmica.”

(INEM, 2013, p. 56)

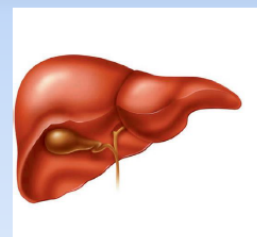


Imagem - INEM (2013)

Trauma Abdominal

Lesões Abdominais:

Baço

“Situado no quadrante superior esquerdo. É também um órgão extremamente vascularizado, razão pela qual está suscetível à hemorragia na sequência do trauma” (INEM, 2013, p. 56)

Sinais e sintomas sugestivos de lesão esplênica:

- “Abrasões, hematomas ou feridas no quadrante superior esquerdo;
- Dor no quadrante superior esquerdo ou que irradia para o ombro esquerdo;
- Suspeita de fraturas à esquerda (em especial entre 9ª e 12ª costela);
- Sinais de choque hipovolémico/instabilidade hemodinâmica.” (INEM, 2013, p. 56)

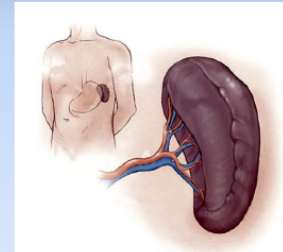


Imagem - INEM (2013)

Trauma Abdominal

Lesões Abdominais:

Diafragma

“A gravidade da lesão diafragmática é determinada pelo tamanho da lesão. Uma lesão pequena pode causar desconforto abdominal. Uma rotura ou perfuração maior pode fazer com que o conteúdo abdominal se desloque para a cavidade torácica, causando compromisso ventilatório/circulatório.” (INEM, 2013, p. 56)

Sinais e sintomas sugestivos de lesão diafragmática:

- “Sinais de choque hipovolémico/instabilidade hemodinâmica;
- Dor abdominal severa;
- Defesa à palpação abdominal;
- Dificuldade respiratória causada pelo compromisso pulmonar;
- Presença de ruídos hidro-aéreos na auscultação pulmonar;
- Diminuição do murmúrio vesicular na base pulmonar esquerda.” (INEM, 2013, p. 56)



Imagem - <http://brasilecola.uol.com.br/o-que-e/biologia/o-que-e-diafragma.htm>

Trauma Abdominal

Rins

Lesões Abdominais:

“A lesão renal pode ocorrer por trauma fechado associado a impacto direto ou compressão, ou por trauma penetrante (ex. faca, projétil). A lesão que coloca em risco a vida resultante do trauma renal é rara (a exceção é a avulsão do pedículo renal, que pode resultar em hemorragia maciça).” (INEM, 2013, p. 56)

Sinais e sintomas sugestivos de lesão renal:

- “Abrasões, hematomas ou feridas na região lombar;
- Dor lombar;
- Dor no flanco;
- Hematúria (por vezes apenas microscópica).” (INEM, 2013, p. 57)



Imagem - INEM (2013)

Trauma Abdominal

Fratura da Bacia:

“As fraturas da bacia variam desde lesões minor, relativamente insignificantes até fraturas complexas, associadas a hemorragia interna maciça e/ou hemorragia externa.” (INEM, 2013, p. 56)

Pela elevada energia envolvida, as vítimas de fratura de bacia têm quase sempre outras lesões associadas, nomeadamente: lesão cerebral traumática (51%); fratura de ossos longos (48%); lesão torácica (20%); lesão da uretra nos homens (15%); lesão esplénica (10%); lesão renal e hepática (7% cada). (INEM, 2013, p. 57)

Atenção

“As vítimas com suspeita de fratura de bacia não deverão ser lateralizadas, em particular nas situações em que o mecanismo sugere compressão lateral, já que o rolamento para o lado afetado poderá agravar a lesão.” (INEM, 2013, p. 56)

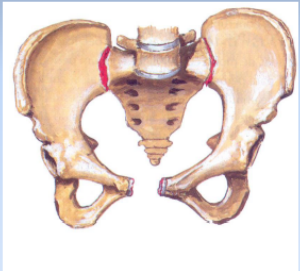


Imagem - INEM (2013)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDAS DE S. JOSÉ DE TORRES

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
(Braga)

IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Trauma Abdominal

Abordagem do Trauma Abdominal:

<p>Evisceração:</p> <p>O conteúdo abdominal não deve ser recolocado na cavidade abdominal, já que há risco acrescido de causar mais hemorragia.</p>	<p>Evisceração:</p> <p>O conteúdo eviscerado deve ser coberto com compressas esterilizadas, embebidas em soro.</p>
<p>Bacia:</p> <p>Palpar a bacia deve ser efetuada de forma suave e uma única vez, procurando instabilidade, crepitação ou dor. A presença de qualquer um destes indica lesão da bacia.</p>	<p>Trauma Abdominal Penetrante:</p> <p>No trauma abdominal penetrante, a entubação gástrica é importante para excluir a presença de hemorragia gástrica e diminuir a contaminação da cavidade peritoneal em caso de rotura deste órgão</p>

Abordagem do Trauma Abdominal

INEM (2013)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDAS DE S. JOSÉ DE TORRES


Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
(Braga)

IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Trauma das Extremidades



Grupos:

“Fechada: a pele está intacta;
Exposta: osso exposto ao ambiente externo através de uma ferida.” (INEM, 2013, p.94)

“A lesão das extremidades está frequentemente associada a trauma grave envolvendo outros compartimentos e sistemas. O trauma dos membros pode associar-se a perdas hemáticas maciças e ser causa de choque hipovolémico grave, pondo em risco a vida da vítima.” (INEM, 2013, p.93)

Sinais e sintomas:

- Dor;
- Redução de função;
- Edema devido a lesão dos tecidos moles e Hemorragia;
- Deformidade;
- Crepitação;
- Espasmo muscular;
- Encurtamento do membro;
- Sinais de choque hipovolémico.” (INEM, 2013, p.94)

Imagem - INEM (2013)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDAS DE S. JOSÉ DE TORRES

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
Braga

IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Trauma das Extremidades

Síndrome Compartimental:

“Ocorre quando há um aumento da pressão no espaço limitado do compartimento muscular (fáscia), que conduz à diminuição do fluxo sanguíneo nos tecidos abaixo da lesão. A síndrome compartimental na perna, braço ou coxa deve ser considerado nas vítimas de trauma com lesões ortopédicas e/ou vasculares significativas.” (INEM, 2013, p.95)

Sinais e sintomas:

- “Dor (severa), desproporcional ao estímulo/lesão;
- Parestesia;
- Pressão (extremidade edemaciada e tensa);
- Paralisia;
- Palidez (sinal tardio);
- Ausência de pulso (sinal tardio).” (INEM, 2013, p.95)

Tratamento:

“O tratamento definitivo desta lesão ocorre com a realização de fasciotomia.” (INEM, 2013, p.95)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDAS DE S. JOSÉ DE TORRES

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

ES
Escola Superior de Saúde
Braga

IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Trauma das Extremidades

Atuação:

Avaliação das extremidades:

“**Observação:** pesquisar deformidades, edema, encurtamento, feridas, hematomas e coloração da pele;
Palpação: pesquisar dor, crepitação, pulsos, temperatura e sensibilidade.” (INEM, 2013, p.99)

Benefícios da Imobilização:

- “Reduz a dor;
- Reduz a hemorragia;
- Evita maior lesão de tecidos moles;
- Reduz a incidência de embolia gorda.” (INEM, 2013, p.99)

Avaliação após Imobilização:

- “Coloração da pele;
- Temperatura da pele;
- Sensibilidade;
- Presença de pulsos.” (INEM, 2013, p.99)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



TÉCNICAS

Estágio

16 de Janeiro de 2018

Aplicação do Colar Cervical

Indicação:

“Quando o mecanismo de lesão sugere traumatismo da coluna cervical.” (INEM, 2012^b, p.19)

Contraindicações:

“Trauma penetrante com eventual objeto empalado e/ou hematoma expansivo, no pescoço ou zonas adjacentes.” (INEM, 2012^b, p.19)



Atenção:

Para realizar corretamente esta técnica são necessários 2 elementos

<http://www.medicaexpress.net/colares-cervicais-16962.html>

Aplicação do Colar Cervical

Técnica:

1. “O primeiro elemento deve manter o alinhamento e a imobilização da cabeça e coluna cervical, em posição neutra, deixando livre a região cervical, para que seja mais fácil a aplicação do colar cervical;
2. O segundo elemento, procederá à escolha do tamanho do colar cervical, medindo a distância do ângulo da mandíbula à base do pescoço;
3. sempre que possível, deve-se optar por um colar de duas peças e quatro apoios, ajustando primeiro a parte anterior do colar ao pescoço da vítima, colocando, de seguida, a parte posterior do colar, procedendo então ao ajuste final.” (INEM, 2012^b, p.19)



Imagem - http://tstsergiobigi.blogspot.pt/2009/06/escolha-e-colocacao-do-colar-cervical_46.html

Levantamento

Contraindicações:

“A técnica só deve ser executada se existirem pelo menos quatro elementos treinados para a sua execução (sendo seis o número ideal).” (INEM, 2012^b, p.25)

Técnica:

1. “Antes de se realizar um levantamento deverá sempre ser aplicado o colar cervical;
2. O 1.º elemento manterá o alinhamento e a imobilização em posição neutra, segundo o eixo nariz - umbigo - pés, e comandará os movimentos;
3. O 2.º e 3.º elementos ajoelhados de um dos lados da vítima e o 4.º e 5.º elementos do outro lado, com o mesmo joelho no chão, colocam corretamente os membros superiores e inferiores da vítima de forma a permitir o levantamento;” (INEM, 2012^b, p.25)



Imagem – INEM (2012)

Levantamento

Técnica (cont.):

4. "O 6º elemento pegará no Plano Duro, que a seu tempo introduz debaixo da vítima;
5. Os elementos posicionados lateralmente à vítima, colocam as mãos sobre esta, para perceberem a sua correta localização durante o levantamento, de forma a distribuir o peso da cintura escapular, do tronco, do abdómen, da cintura pélvica e dos membros inferiores da vítima, a fim de que esta seja mobilizada o menos possível. O 1º elemento dará indicação 'Colocar mãos!';
6. Introduzirão as mãos debaixo da vítima, nas localizações definidas, sem perturbar o alinhamento, com movimentos de deslizamento. O 1º elemento dará indicação 'Introduzir!';
7. Aplicando a força para cima e para a frente farão o levantamento em bloco, sempre seguindo indicação expressa do 1º elemento: 'À minha voz três, levantar! - Um ...dois ... três!'" (INEM, 2012^o, p.25)



Imagem – INEM (2012)

Levantamento

Técnica (cont.):

8. "O Plano Duro será introduzido por baixo da vítima, pelo lado dos pés, de forma que o topo do plano fique a um nível superior ao da cabeça da vítima;
9. Farão de seguida, sob indicação do chefe de equipa, o abaixamento em bloco, de forma que a vítima fique posicionada com a cabeça colocada no topo do plano e o corpo centrado: 'Baixar!';
10. As mãos deverão ser retiradas com os mesmos cuidados como quando foram introduzidas." (INEM, 2012^o, p.25)



Imagem – INEM (2012)

Maca Pluma

Objetivo:

“Mobilizar uma vítima para um plano duro, mantendo estabilização com alinhamento manual e com o mínimo movimento da coluna vertebral.” (INEM, 2012^b, p.27)

Indicação:

“Para transferir a vítima (cujo mecanismo de lesão sugere trauma da coluna vertebral) para dispositivo de imobilização adequado; Levantamentos; Transferência de macas.” (INEM, 2012^b, p.27)

Contraindicações:

“Não pode ser usada como maca de transporte..” (INEM, 2012^b, p.27)

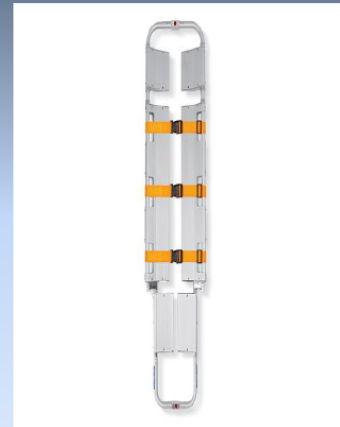


Imagem - <https://www.spencer.it/pt/produtos/sistemas-de-transporte/macac-de-salvamento/spencer-sx>

Maca Pluma

Técnica:

1. “Antes de se aplicar a maca Pluma deverá ser colocado, usando a técnica adequada, um colar cervical;
2. O 1º elemento deve proceder ou manter o alinhamento e a imobilização em posição neutra da coluna cervical;
3. O 2º e o terceiro elementos devem colocar a maca ao lado da vítima e adaptá-la à sua altura, abrindo-a e dividindo-a em 2 partes;
4. O 2º elemento agarra no ombro mais distante e na anca da vítima e alivia-a ligeiramente, rolando-a para si, de modo a facilitar a introdução de metade da maca pluma pelo 3º elemento. Sem mudarem de posição estes dois elementos alternam o procedimento de modo a ser introduzida a outra metade da maca;” (INEM, 2012^b, p.27)

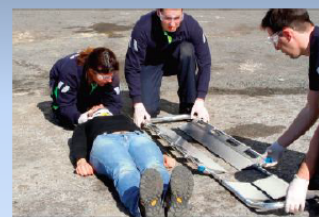


Imagem – INEM (2012)

Maca Pluma

Técnica (cont.):

5. "Estes 2º e 3º elementos procedem ao fecho da maca, unindo-a primeiro em cima e depois junto aos pés da vítima;
6. O 2º e 3º elementos, pegando pelos apoios laterais e à ordem do 1º elemento, que deverá manter o alinhamento e a imobilização em posição neutra da coluna cervical, procedem ao levantamento da vítima;
7. Após a colocação da vítima no local definitivo, o 2º e 3º elementos abrem a maca, começando por cima, e, executando um movimento para fora e para cima, retiram alternadamente as duas metades da maca." (INEM, 2012^b, p.27)



Imagem – INEM (2012)

Referências

- Campbell, J.; Alson, R. (2016). International Trauma Life Support for Emergency Care Providers. 8ª ed. Londres: Person Education Limited. ISBN: 978-0-13-413079-8
- Conselho Português de Ressuscitação. (2015). Suporte Avançado de Vida. Porto: Conselho Português de Ressuscitação
- Elvas, I.; Conceição, A.C.; Valente, M.; et al. (2012^a). Abordagem à Vítima. Versão 2.0, 1ª edição. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica. ISBN: 978-989-8646-04-0
- National Association of Emergency Medical Technicians. (2016) PHTLS: Atendimento Pré-Hospitalar Traumatizado. 8.ed. [S.l.]: JONES & BARTLETT LEARNING. ISBN: 978-1-284-09917-1
- Valente, M.; Catarino, R.; Casal, D.; et al. (2013). Emergência Trauma. Versão 1.0, 2ª edição. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica. ISBN: 978-989-8646-02-6
- Valente, M.; Martins, A.; Catarino, R.; et al. (2012^b). Técnicas de Extração e Imobilização de Vítimas de Trauma. Versão 2.0, 2ª edição. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica. ISBN: 978-989-8646-14-9
- World Health Organization. (2012). Emergency & Trauma Care Training Course. Genebra: WHO

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DAS JARDAS DE TRUJA

Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

IPS
Instituto Politécnico de Saúde
Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Coimbra
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Obrigado!

Apêndice H – Caso Clínico

CASO CLÍNICO

Caso:

- Um jovem homem foi atingido por um automóvel ligeiro ao passar a estrada.

História:

C - " Ele passou por cima de mim. Eu não consigo respirar. Doí-me o peito e a perna esquerda."

H - Diabetes Mellitus

A - Alérgico à penicilina

M - Insulina

U - Não se lembra

Lesões:

1. Pneumotórax Hipertensivo à Esquerda
2. Hemorragia intra-abdominal
3. Fratura do fêmur esquerdo
4. Laceração do couro cabeludo
5. Hipoglicemia

Cenário:

- Sem perigo
- A cinemática é descrita
- Mais nenhuma vítima

Avaliação Primária:

- Responde a estímulos verbais, mas está confuso

A – Via Aérea:

- Vias aéreas – Abertas e permeáveis
- Traqueia – possível ligeiro desvio para a direita
- Veias jugulares – distendidas

B – Respiração:

- Respiração – Rápida com pouca circulação de ar
- Observação – Contusões no hemitórax esquerdo, sem movimento paradoxal, simétrico
- Palpação – Alguma crepitação
- Auscultação – Sons Respiratórios diminuídos à esquerda, sons cardíacos presentes
- Percussão – hiperressonância à esquerda
- Frequência Respiratória – 36 ciclos por minuto
- Saturação Periférica de Oxigénio – 92%
- Solicitar a colocação de Oxigénio

C – Circulação:

- Pulso Periférico – presente, rápido
- Cor, condição e temperatura da pele – cianótica, húmida e fria
- Tempo de Preenchimento Capilar – superior a dois segundos
- Abdómen – sensível à palpação, ligeiramente distendido
- Pélvis – sem alterações

- Frequência Cardíaca – 150 batimentos por minuto
- Tensão Arterial – 80/50 mmHg
- Monitorização Cardíaca
- Dois Acessos Venosos

D – Disfunção Neurológica:

- Confuso e não cumpre ordens
- Pupilas – isocóricas e isoreativas
- Glasgow – score de 13 – abre os olhos espontaneamente na resposta ocular (4), confuso na resposta verbal (4), localiza a dor na resposta motora (5)
- Glicemia – 60 mg/dl

E – Exposição:

- Temperatura Corporal – frio
- Extremidades – Encurtamento do membro inferior esquerdo com rotação externa

Verificar intervenções:

- O oxigênio está ligado?
- Agulha de descompressão?
- Os IV's estão funcionando?
- Tala na perna esquerda?
- Monitor cardíaco aplicado?
- Oxímetro de pulso aplicado? 92% de saturação
- Penso no couro cabeludo?

Apêndice I – Checklist de Avaliação

Checklist de Avaliação

Data			
Número de Identificação do Formando			
Número do Caso Clínico			
Momento de Avaliação	Pré-Formação		Pós-Formação

	Sim	Não	Observações
Estabiliza a coluna cervical			
Observa Via Aérea			
PESCOÇO			
Desvio da Traqueia			
Ingurgitamento Jugulares			
B – Ventilação			
Observação			
Palpação			
Percussão			
Auscultação Pulmonar			
Auscultação Sons Cardíacos			
Saturação Periférica			
Oxigénio			
C – Circulação			
Pulso Periférico			

	Sim	Não	Observações
Temperatura da Pele			
TPC			
Monitorização Cardíaca			
Frequência Cardíaca			
Tensão Arterial			
Acesso EV			
Observação Abdómen			
Palpação Abdómen			
Palpação Bacia			
D – Disfunção Neurológica			
Glasgow			
Pupilas			
Glicemia			
E – Exposição			
Temperatura			
Extremidades			

Apêndice J – Artigo Científico

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação
Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Ano Letivo de 2017/2018

2º Ano – 1º Semestre

Estágio Final

Abordagem dos Enfermeiro à Pessoa Vítima de Trauma – O Impacto da Simulação: Revisão Integrativa

Docência:

Professora Maria Alice Góis Ruivo

Discência:

Filipe Miguel Rebordão Ferro (m37173)

Évora, 25 de Janeiro de 2018

**Abordagem dos Enfermeiros à Pessoa Víctima de Trauma – O
Impacto da Simulação: Revisão Integrativa**

**Nurses' Approach to Trauma Victim – The Impact of Simulation:
Integrative Review**

**Enfoque de los Enfermeros a la Persona Víctima de Trauma –
El impacto de la Simulación: Revisión Integradora**

Filipe Miguel Rebordão Ferro - Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica. Enfermeiro no Serviço Urgência Geral do Centro Hospital Barreiro Montijo - Hospital Nossa Senhora do Rosário. filipemrferro@gmail.com

Maria Alice Góis Ruivo – Professora Coordenadora. Escola Superior de Saúde de Setúbal/Instituto Politécnico de Setúbal.

RESUMO

Objetivo: Identificar o impacto da simulação, como estratégia pedagógica, na melhoria da abordagem e atuação dos enfermeiros à pessoa vítima de trauma.

Metodologia: A questão de investigação foi elaborada segundo a metodologia PI[C]OD. Da pesquisa realizada nas bases de dados EBSCO e SciELO, selecionaram-se três artigos de investigação, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão previamente estabelecidos.

Resultados: Todos os estudos tinham como objetivo compreender se a simulação tinha impacto na melhoria da abordagem à pessoa vítima de trauma, bem como uma melhoria nas habilidades técnicas e não-técnicas. Verificou-se nos estudos uma melhoria significativa na aquisição de conhecimentos, autoconfiança, pensamento crítico e capacidade de priorização dos cuidados a serem prestados. Observou-se que o *debriefing* é uma parte essencial da simulação, por permitir discutir acerca das ações realizadas, distinguindo as corretas e minimizando os erros, e conseqüentemente, melhorando a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente crítico.

Conclusões: A aplicação da simulação, como estratégia pedagógica, é importante na melhoria da abordagem e atuação dos enfermeiros à pessoa vítima de trauma.

Descritores: Simulação, Cuidados em Trauma, Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To identify the impact of simulation, as a pedagogical strategy, on improving the approach and performance of nurses to the trauma victim.

Methodology: The research question was elaborated according to the PI[C]OD methodology. From the research carried out in the EBSCO and SciELO databases, three research articles were selected according to the inclusion / exclusion criteria previously established.

Results: All studies aimed to understand whether the simulation had an impact on improving the approach to the trauma victim as well as an improvement in technical and non-technical skills. A significant improvement in the acquisition of knowledge, self-confidence, critical thinking and ability to prioritize the care to be provided was verified in the studies.

It was observed that the debriefing is an essential part of simulation, allowing to discuss the actions performed, distinguishing the correct ones and minimizing the errors, and consequently, improving the quality of care provided and the safety of the critical patient. **Conclusions:** The application of simulation as a pedagogical strategy is important in improving the approach and performance of nurses to the trauma victim.

Descriptors: Simulation, Trauma Care, Nursing.

RESUMEN

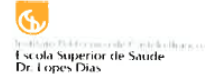
Objetivo: Identificar el impacto de la simulación, como estrategia pedagógica, en la mejora del abordaje y actuación de los enfermeros a la persona víctima de trauma. **Metodología:** La cuestión de la investigación se ha elaborado según la metodología PI[C]OD. De la investigación realizada en las bases de datos EBSCO y SciELO, se seleccionaron tres artículos de investigación, de acuerdo con los criterios de inclusión / exclusión previamente establecidos. **Resultados:** Todos los estudios tenían como objetivo comprender si la simulación tenía impacto en la mejora del abordaje a la persona víctima de trauma, así como una mejora en las habilidades técnicas y no técnicas. Se verificó en los estudios una mejora significativa en la adquisición de conocimientos, autoconfianza, pensamiento crítico y capacidad de priorización de los cuidados a ser prestados. Se observó que el debriefing es una parte esencial de la simulación, por permitir discutir acerca de las acciones realizadas, distinguiendo las correctas y minimizando los errores, y consecuentemente, mejorando las cualidades de los cuidados prestados y la seguridad del paciente crítico. **Conclusiones:** La aplicación de la simulación, como estrategia pedagógica, es importante en la mejora del abordaje y actuación de los enfermeros a la persona víctima de trauma.

Descriptores: Simulación, Cuidados en Trauma, Enfermería.

ANEXOS

Anexo A – Declaração de Aceitação de Orientação

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro assumir a orientação do trabalho do estudante Filipe Miguel Rebordão Ferro (aluno n.º 37173), conducente à elaboração do Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação crítica.

Trata-se de um trabalho de investigação empírica, subordinado ao tema da área de especialização referida, que trata a temática da atuação dos Enfermeiros em situação de trauma, como determinante na segurança do doente crítico

Por ser um trabalho relevante e, sobretudo, porque reconheço no mestrando adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com todo o interesse científico a sua orientação.

Évora, 7 de Novembro de 2017

O Orientador

(Maria Alice Gois Ruivo)

Anexo B – Resposta ao Pedido de Autorização à Comissão de Ética do CHBM

*Como
ACA
ZHU
29/11/17*

Apreciado em Reunião
do Conselho de Administração
CHBM, E.P.E.
de 30/11/2017
ACTA N.º 49

C.A.
Autorizado

Pedro Lopes
Presidente do Conselho de Administração

Luis dos Santos Pinheiro
Director Clínico

Memorando // Nota interna n.º: 22/2017

Data: 24 / 11 / 2017

De: Comissão de Ética para a Saúde

Para: Dr. Luís dos Santos Pinheiro – Director Clínico e Vogal Executivo do Conselho de Administração

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados no CHBM para trabalho académico

A 24/11/2017 reuniu a Comissão de Ética do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. que apreciou um pedido de autorização para recolha de dados junto dos enfermeiros no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. para um trabalho a apresentar por Filipe Miguel Rebordão Ferro, enfermeiro neste Centro Hospitalar com o número 32289, prestando o seu trabalho no Serviço de Urgência Geral, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, denominado “A actuação dos enfermeiros em situação de trauma, como determinante na segurança do doente crítico”. Na documentação anexa ao pedido foi junto a declaração de consentimento informado, o questionário devidamente anonimizado e informação da Directora do Serviço de Urgência que o projecto apresentado é exequível emitindo parecer favorável. De acordo com o projecto apresentado a Comissão de Ética verificou que o presente trabalho não envolve qualquer risco para os enfermeiros deliberando no sentido de nada ter a opor à recolha de dados pretendida pelo autor.

Com os melhores cumprimentos,

(Elvira Camacho, Dr.ª)

(Presidente da CES)

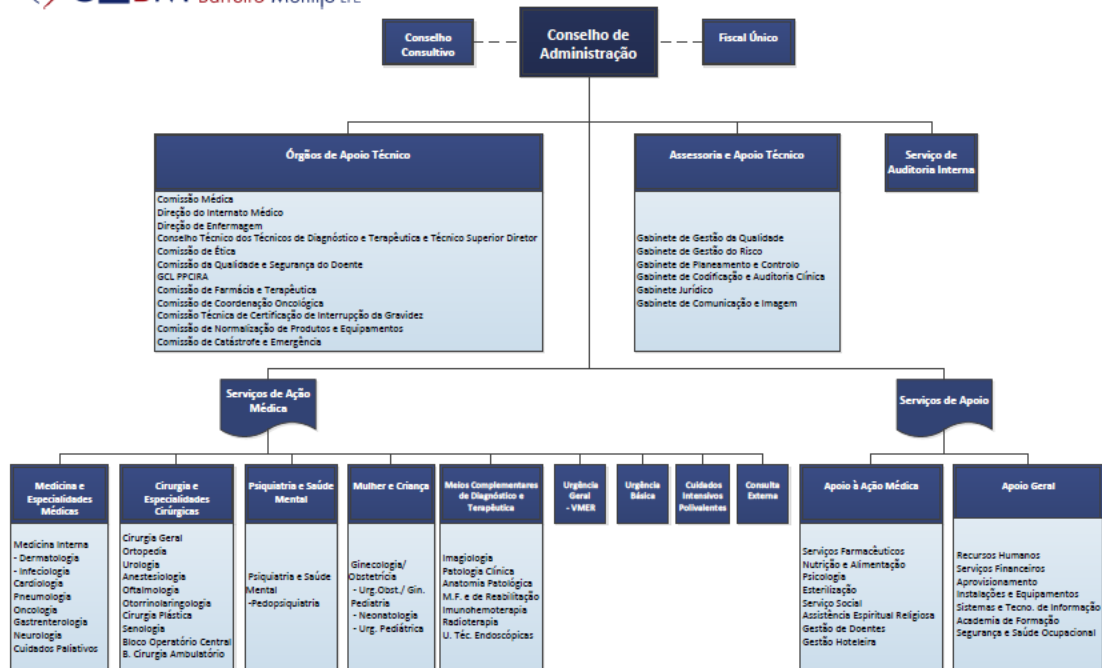
*Recbi
7/12/17
Sra. Vm*

*CFE
Para conhecimento do
Representante Sup. Alpa Ferro
e Director do Serv. Clínico
Dr. Paulo Ferro.
Atenciosamente
Gustavo Mendes
5.12.2017*

*Pres.
4.12.2017
Gustavo Mendes*

ENTRADA
Conselho de Administração
N.º 16597 24/11/2017
H. Malhão

Anexo C – Organograma do CHBM



Anexo D – Apreciação Global dos Formandos – Questionário dos Formandos

APRECIÇÃO GLOBAL DA FORMAÇÃO – QUESTIONÁRIO DOS FORMANDOS
 CENTRO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

Ação de formação: _____
 Nome(s) do(s) formador(es): _____
 Nome do formando: _____
 Data: ____ / ____ / ____

Na procura da qualidade e melhoria contínua do processo formativo, propõe-se uma breve apreciação sobre a qualidade da sessão formativa fornecida. Responda a todas as questões que se seguem recorrendo à escala abaixo indicada. Marque um (X) sobre o algarismo que melhor corresponder à sua opinião:

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Em que medida está satisfeito ou insatisfeito com...	1	2	3	4	5
1. A adequação da formação às suas necessidades e expectativas?					
2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)?					
3. As condições da sala					
4. A qualidade do apoio técnico e administrativo					
5. A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho?					
6. A prestação do(s) formador(es):					
6.1 Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?					
6.2 Metodologia da transmissão de conhecimentos?					
6.3 Utilização e domínio dos recursos didáticos?					
6.4 Documentação fornecida?					
Total pontos (soma dos pontos)					
Pontuação final (soma pontos / 9)					

7. Sugestões para melhorar futuras ações de formação:

NOTA:
 - Para o formando obter o certificado terá de assistir a 80% do tempo de duração do curso;
 - Para obtenção de certificado com aproveitamento terá de obter uma classificação superior a 50%, no teste final.

Anexo E – Centro de Educação e Formação CHBM – Programa Workshop

CENTRO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO
NÚCLEO DE FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

PROGRAMA WORKSHOP

2016

TEMA:	
OBJECTIVO DA SESSÃO:	
DESTINATÁRIOS:	
Nº DE PARTICIPANTES / SESSÃO:	
DURAÇÃO:	
HORÁRIO:	
DATA:	
FORMADOR:	
CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:	
METODOLOGIA DA SESSÃO:	
EXPOSITIVA <input type="checkbox"/>	PARTICIPATIVA <input type="checkbox"/>
EXERCÍCIOS PRÁTICOS <input type="checkbox"/>	DINÂMICA <input type="checkbox"/>
RECURSOS PEDAGÓGICOS NECESSÁRIOS:	
- SALA DE FORMAÇÃO: SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
- AUDITÓRIO: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- PORTÁTIL: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- PROJECTOR MULTIMÉDIA: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- FLIPCHART: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- PONTEIRO: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- SOM: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo F – Formação “Relato de Incidentes na Plataforma de Gestão do Risco e Segurança do doente”

CENTRO DE FORMAÇÃO

DECLARAÇÃO

Filipe Miguel Rebelo Feano PARTICIPOU COMO **FORMANDO(a)**
NA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO:

**“RELATO DE INCIDENTES NA PLATAFORMA DE GESTÃO DO RISCO E
SEGURANÇA DO DOENTE”**

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:

- Segurança e Qualidade na Saúde
- Apresentação da plataforma de Gestão do Risco e Segurança do Doente
- Como relatar um incidente na plataforma de Gestão do Risco e Segurança do Doente
- Apresentação dos indicadores do 1º semestre de 2017 do CHBM e do Serviço de Urgência Geral

DECORREU EM: 26.09.2017 COM A DURAÇÃO TOTAL DE 2 HORAS

O Serviço Promotor da Formação




O Centro de Formação
Núcleo de Formação
Unidade Formativa acreditada
pelo Despacho nº 35 de 23/04/02 da
Srª Ministra da Saúde



Anexo G – Formação “Documentação dos Cuidados de Enfermagem – UIPA”

CENTRO DE FORMAÇÃO

DECLARAÇÃO

Filipe Tiago Rebelo Tezno PARTICIPOU COMO *FORMANDO(a)*
NA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO:

“DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM - UIPA”

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:

- Documentação dos Cuidados de Enfermagem
- Apresentação do padrão de documentação parametrizado
- Identificação das atitudes terapêuticas, intervenções diagnósticas, diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem adequados ao contexto da prática
- Construção de registos de enfermagem

DECORREU EM: 19.10.2017 COM A DURAÇÃO TOTAL DE 2 HORAS

O Serviço Promotor da Formação



O Centro de Formação
Núcleo de Saúde
Unidade Formativa acreditada
pelo Despacho n.º 35 de 23/04/02 da
Sr.ª Ministra da Saúde

