

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

**FATORES RELACIONADOS COM O CONHECIMENTO DOS
ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA SOBRE
VIA VERDE TRAUMA**

Relatório de Estágio

MESTRADO EM ENFERMAGEM DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

MARISA ISABEL FIGUEIREDO FERREIRA

Orientadores:

Professora Doutora Maria Zita Pires Castelo Branco

Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho



Vila Real, 2021

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

**FATORES RELACIONADOS COM O CONHECIMENTO DOS
ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA SOBRE
VIA VERDE TRAUMA**

Relatório de Estágio

MESTRADO EM ENFERMAGEM DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, realizado sob orientação científica do Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho e da Professora Doutora Maria Zita Pires Castelo Branco da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

MARISA ISABEL FIGUEIREDO FERREIRA

Orientadores:

Professora Doutora Maria Zita Pires Castelo Branco

Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho



Vila Real, 2021

O júri

Presidente	Professora Doutora Cristina Imaginário
Arguente	Professora Doutora Maria de Fátima Braga
Orientadora	Professora Doutora Maria Zita Pires Castelo Branco

“O que motiva o profissional é o desejo e o esforço perpétuo de fazer as coisas, o melhor possível; a motivação é a mesma no enfermeiro e no astrónomo em busca de uma nova estrela ou no artista que pinta um retrato”.

Florence Nightingale

Agradecimentos

Mais uma caminhada da minha vida está a ser concluída, feita com dedicação, esmero e esforço. Mas para que tivesse chegado a bom porto, necessitei da colaboração e apoio de muitas pessoas, pois ninguém se consegue construir sozinho. Assim, agradeço a todos os que, direta ou indiretamente, me ajudaram a tornar possível a concretização de mais um sonho pessoal e profissional, de que é prova este trabalho.

Em primeiro lugar, quero agradecer ao Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho e à Professora Doutora Maria Zita Pires Castelo Branco, por todo o empenho demonstrado na orientação deste trabalho, assim como todo o profissionalismo e experiência que se revelaram uma mais-valia para o seu sucesso.

Agradeço, igualmente, aos enfermeiros que aceitaram participar neste estudo, sem os quais o mesmo não teria sido possível.

Às Instituições de Saúde, *locus* de estudo, pela receptividade e acolhimento e à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, por me ter permitido a realização deste trabalho.

À minha família e aos meus amigos, pelo apoio, amizade, carinho e paciência, fazendo com que as dificuldades fossem mais fáceis e ultrapassáveis com resiliência.

A todos, o meu profundo agradecimento.

Resumo

Enquadramento: Este relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, pretendendo descrever as competências desenvolvidas e apresentar o estudo realizado acerca do conhecimento dos enfermeiros de um serviço de urgência, sobre a Via Verde Trauma. O trauma é uma importante causa de mortalidade e morbilidade em todo o mundo, incluindo Portugal. O conhecimento do enfermeiro assume-se como fundamental, sendo um fator decisivo na determinação do sucesso da abordagem e consequente sobrevida do doente. **Objetivos:** O principal objetivo deste estudo consiste em explorar os fatores relacionados com o conhecimento dos enfermeiros do serviço de urgência geral de um centro hospitalar da região norte do país sobre Via Verde Trauma (VVT) **Métodos:** Estudo descritivo-correlacional, transversal e de abordagem quantitativa, com uma amostra de 52 enfermeiros do no serviço de urgência de adultos de um centro hospitalar da região norte. A recolha de dados foi suportada num questionário elaborado para o efeito (*ad hoc*). O tratamento de dados foi feito com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0., com recurso às estatísticas descritiva e inferencial. **Resultados:** Amostra maioritariamente feminina (67,3%), no grupo etário dos 25-40 anos (65,4%), destacando-se os que se situam no nível de Perito (≥ 5 anos de serviço) (92,3%). A quase totalidade dos enfermeiros da amostra (98,1%) assinalou que a VVT se encontra implementada no serviço, com prestação de cuidados ao doente no âmbito da VVT em 10 ou mais ativações. A média da pontuação do conhecimento sobre VVT foi de pontos $66,83 \pm 13,07$. O conhecimento sobre VVT difere significativamente entre os enfermeiros da amostra com diferente categoria profissional, que detinham ou não uma especialidade e com diferente nº de ativações de VVT (t : $p < 0,000$), com a média mais elevada a ser obtida pelos enfermeiros que possuíam maior categoria, detinham uma especialidade e possuíam mais de 10 ativações na VVT. **Conclusão:** A realização deste estágio permitiu-nos o desenvolvimento de competências preconizadas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da Pessoa em Situação crítica. Identificamos como fatores relacionados com o conhecimento dos enfermeiros sobre VVT, a categoria profissional, o tempo de exercício profissional no atual serviço, a detenção pelos enfermeiros de uma especialização na área da enfermagem médico-cirúrgica e a experiência dos enfermeiros na ativação da VVT. Concluímos que a experiência profissional, a experiência de ativação da VVT e a formação especializada podem ter contribuído para aumentar o conhecimento sobre VVT destes enfermeiros.

Palavras-chave: Trauma, Via Verde Trauma, Enfermeiros, Conhecimento.

Abstract

Background: This report appears in the context of the Master's Degree in Nursing for People in Critical Situation, aiming to describe the skills developed and present the study carried out on the knowledge of nurses in an emergency service, on Via Verde Trauma. Trauma is an important cause of mortality and morbidity worldwide, including Portugal. The knowledge of the nurse is assumed to be fundamental, being a decisive factor in determining the success of the approach and consequent patient survival. **Objectives:** The main objective of this investigation is to explore the factors related to the knowledge of nurses in the general emergency service of a hospital in the North of the country about Via Verde Trauma (VVT) and its evaluation and treatment algorithms. As specific objectives: **Methods:** Descriptive-correlational, cross-sectional study with a quantitative approach, with a sample of 52 nurses from the adult emergency department of a hospital in the northern region. Data collection was supported by a questionnaire designed for this purpose (ad hoc). Data processing was performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 22.0., Using descriptive and inferential statistics. **Results:** Mostly female sample (67.3%), in the 25-40 age group (65.4%), with emphasis on those who are at the Expert level (≥ 5 years of service) (92.3%). Almost all of the nurses in the sample (98.1%) indicated that VVT is implemented in the service, with the provision of care to the patient under VVT in 10 or more activations. The average score of knowledge about VVT was 66.83 ± 13.07 points. Knowledge about VVT differs significantly among nurses in the sample with a different professional category, who did or did not have a specialty and with a different number of VVT activations ($t: p < 0.000$), with the highest average to be obtained by nurses who had higher category, had a specialty and had more than 10 activations in VVT. **Conclusion:** The completion of this internship allowed us to develop the competences recommended for the Nurse Specialist in Medical Nursing in the area of People in Critical Situation. We identified as factors related to the nurses' knowledge about VVT, the professional category, the time of professional practice in the current service, the nurses' holding of a specialization in the field of medical-surgical nursing and the nurses' experience in activating the VVT. We conclude that the professional experience, the experience of activating the VVT and specialized training may have contributed to increase the knowledge about VVT of these nurses.

Keywords: Trauma, Via Verde Trauma, Nurses, Knowledge.

Abreviaturas e/ou Siglas

ACS-COT - American College of Surgeons Committee on Trauma

ARSN - Administração Regional de Saúde do Norte

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CGECI - Centro de Gestão de Emergência e Cuidados Intensivos

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS - Direção-Geral da Saúde

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENA - Emergency Nurses Association

FAST - *Focused Assessment with Sonography for Trauma*

FV - Fibrilhação Ventricular

GCS - *Glasgow Coma Score*

GPT - Grupo Português de Triagem

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IOM - Institute of Medicine

ml - mililitros

mmHg - milímetro de Mercúrio

OBS - Serviço de Observação

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. página

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV - Suporte Avançado de Vida

SE - Sala de Emergência

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

STN - Society of Trauma Nurses

SU - Serviço de Urgência
SUB - Serviço de Urgência Básico
SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
SUP - Serviço de Urgência Polivalente
TAC - Tomografia Axial Computorizada
VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VVS - Via Verde Sépsis
VVT - Via Verde Trauma
WHO - World Health Organization

Índice

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	5
1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	7
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	13
2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	14
2.2. Competências Específicas na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.....	23
CAPÍTULO II - ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO.....	37
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	39
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	40
2.1. Trauma: um problema de saúde.....	40
2.2. Via Verde Trauma.....	43
2.3. Critérios de ativação da Equipa de Trauma.....	45
2.4. Equipa de Trauma.....	48
2.5. Avaliação primária e secundária do doente vítima de trauma.....	50
2.6. A importância do registo de trauma no sistema de trauma.....	54
3. METODOLOGIA.....	56
3.1. Definição de objetivos.....	56
3.2. Tipo de estudo.....	57
3.3. População e amostra.....	57
3.4. Variáveis em estudo.....	58
3.5. Questões de investigação e hipóteses.....	61
3.6. Instrumento de recolha de dados.....	62
3.7. Procedimento de recolha e considerações éticas.....	65
3.8. Previsão do tratamento e análise de dados.....	65
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	68
4.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.....	68
4.2. Experiência dos enfermeiros no âmbito da Via Verde Trauma.....	70
4.3. Conhecimento dos enfermeiros sobre Via Verde Trauma.....	70
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	82
5.1. Quanto à caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.....	82
5.2. Quanto à experiência dos enfermeiros no âmbito da Via Verde Trauma.....	83

5.3. Quanto ao conhecimento dos enfermeiros sobre Via Verde Trauma	83
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	88
7. SÍNTESE CONCLUSIVA	89
CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
APÊNDICES	103
ANEXOS	117

Apêndices

Apêndice I - Versão provisória do questionário	105
Apêndice II - Versão final do questionário.....	111
Apêndice III - Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação	115

Anexos

Anexo I - Parecer favorável da Comissão de Ética para a realização do estudo	119
--	-----

Lista de Tabelas

Tabela 1: Critérios absolutos de ativação da equipa de trauma	47
Tabela 2: Critérios relativos de ativação da equipa de trauma.....	47
Tabela 3: Operacionalização e categorização de variáveis	60
Tabela 4: Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros da amostra (n=52)	69
Tabela 5: Experiência dos enfermeiros no âmbito da VVT (n=52)	70
Tabela 6: Conhecimento dos enfermeiros sobre VVT (n=52)	73
Tabela 7: Conhecimento dos enfermeiros sobre VVT	75
Tabela 8: Nível de conhecimento dos enfermeiros sobre VVT (n=52).....	76
Tabela 9: Relação entre as características sociodemográficas e a pontuação do conhecimento sobre VVT	76
Tabela 10: Relação entre as características sociodemográficas e o nível de conhecimento sobre VVT	77
Tabela 11: Relação entre as características profissionais e a pontuação do conhecimento sobre VVT	78
Tabela 12: Relação entre as características profissionais e o nível de conhecimento sobre VVT.....	78
Tabela 13: Relação entre a formação e a pontuação do conhecimento sobre VVT	79
Tabela 14: Relação entre a formação e o nível de conhecimento sobre VVT.....	80
Tabela 15: Relação entre o número de ativações de VVT assistidas no último ano e o conhecimento sobre a VVT	80
Tabela 16: Relação entre o número de ativações de VVT assistidas no último ano e o nível de conhecimento sobre VVT	81
Tabela 17: Relação entre o número de ativações de VVT e o conhecimento sobre a VVT	81

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi realizado no âmbito da unidade curricular Estágio e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. O estágio decorreu num Serviço de Urgência (SU) geral de adultos, com duração de 400 horas, no período de 23 de setembro de 2019 a 08 de fevereiro de 2020.

No decorrer do estágio foi desenvolvido um estudo de investigação subordinado ao tema “Os fatores relacionados com o conhecimento dos enfermeiros do SU sobre a via verde trauma”. A escolha do tema esteve relacionada com a importância e a atualidade deste fenómeno, o interesse pessoal e profissional pela temática, pela procura continua de novos saberes, reconhecer a importância do conhecimento e atualização dos enfermeiros sobre a VVT e os algoritmos na assistência ao doente traumatizado ou politraumatizado.

A saúde dos nossos dias em nada se assemelha ao que era vivido há uns séculos atrás. Vivemos num tempo em que os homens e a tecnologia se esforçam cada vez mais para prolongar a vida e retardar a morte. Em Portugal, tal como em todo o mundo, o trauma continua a ser uma importante causa de mortalidade e morbilidade. É, hoje, largamente reconhecido que, tal como para o acidente vascular cerebral (AVC), enfarte agudo do miocárdio (EAM) e Sepsis, também para o trauma existe um conjunto de atitudes que, se realizadas numa fase precoce da doença, reduzem as complicações e a mortalidade que lhe estão associadas. Na Europa, os acidentes de viação em 2012 representavam 55% dos casos de trauma, seguidos das quedas com 17%, 22% de acidentes diversos (incluindo desportivos) e 6% por agressões físicas (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2012).

O trauma é qualquer acontecimento, acidental ou intencional que ameace a vida humana e que resulte em lesões ou alterações no organismo (American Trauma Society, 2011). Importa referir que este trabalho se centra nas situações traumáticas que causam dano físico à pessoa, excluindo o trauma emocional ou o psicológico.

A Direção-Geral da Saúde (DGS) traduziu e adaptou as recomendações nacionais e internacionais existentes e publicou em 2010, a circular normativa n.º 07/DQS/DQCO, respeitante à organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado, para implementar a Via Verde Trauma (VVT). Considerando que a implementação dessas

recomendações clínicas contribui para aumentar o tempo de vida de pessoas doentes gravemente traumatizadas (DGS, 2010).

A implementação da VVT, a nível nacional, em todos os SU, à semelhança das já existentes para o EAM, para o AVC e sépsis, contribuiu para a reduzir a morbilidade e mortalidade associadas ao trauma, assim como os custos para o Serviço Nacional de Saúde. Os enfermeiros do SU assumem um papel primordial especificamente no reconhecimento precoce, estratificação da gravidade e no início atempado do tratamento adequado, uma vez que podem ser os primeiros a contactar com o doente politraumatizado no momento da triagem de Manchester (Ruivo & Ponte, 2016). A triagem de Manchester consiste numa metodologia de trabalho coerente, que respeita “as boas práticas em situações urgentes”, “fiável, uniforme e objetiva ao longo do tempo” e, principalmente, privilegia o atendimento dos doentes “por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada” (Veríssimo, 2018, p.32).

A intervenção de enfermagem especializada ao doente vítima de trauma contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, uma vez que promove a estabilização fisiológica e resposta adequada à lesão, bem como efetua uma avaliação e intervenção em tempo útil, de forma a prevenir complicações, priorizando a otimização do alívio da dor e sofrimento (Barros, 2013).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho) presta “cuidados altamente qualificados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (p.19362).

O modelo de aquisição de competências de Dreyfus e Dreyfus aplicado à enfermagem por Patrícia Benner (2005) classifica o desenvolvimento de competências em enfermagem como um processo multidimensional, que requer da parte do enfermeiro a valorização e a atribuição de significado à experiência profissional.

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” (Regulamento n.º 429/2018, 16 de julho de 2018, p.19362).

Este estágio teve como objetivo proporcionar um espaço de aprendizagem para o desenvolvimento de competências específicas, bem como aprendizagem ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica, permitindo o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho

A elaboração do relatório de estágio, teve como objetivos:

- Realizar uma análise crítico-reflexiva sobre as aprendizagens e competências desenvolvidas durante o estágio no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família num SU.
- Apresentar o estudo de investigação: Os fatores relacionados com o conhecimento dos enfermeiros do SU de adultos de um centro hospitalar da região norte do país, sobre VVT.

Este relatório divide-se em dois capítulos. No capítulo I foi apresentada a análise e reflexão crítica do desenvolvimento de aprendizagens e competências adquiridas durante o estágio, tendo em conta as atividades desenvolvidas. Neste sentido, descreveu-se e refletiu-se acerca da prática clínica, procurando consubstanciar com referências bibliográficas pertinentes. No capítulo II foi apresentado o estudo de investigação, com um enquadramento teórico sobre a organização do SU, a VVT e toda a orgânica que lhe está inerente, os procedimentos metodológicos, com os objetivos, o tipo de estudo, a população e amostra, as variáveis em estudo, as questões e hipóteses de investigação, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos de recolha, tratamento dos dados e éticos, a apresentação e discussão dos resultados. Por último, foram apresentadas as conclusões mais relevantes, limitações do estudo, contributos para a prática clínica de enfermagem e apresentação de sugestões.

Importa referir que, para a contextualização da problemática em estudo, realizou-se uma revisão da literatura científica mais atual. Este processo implicou a utilização de palavras de texto, sinónimos, termos relacionados e palavras-chave, tais como trauma, via verde trauma, doente politraumatizado, tendo resultado na recuperação de artigos indexados. Assim, a pesquisa foi efetuada em várias plataformas informáticas, nomeadamente: Biblioteca do conhecimento online (B-on), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health* (Cinahl) (EBSCO – CINAHL) *Complete*, EBSCO – e *Book Nursing Collection*, *PubMed*, *ScienceDirect*, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), *MedlinePlus* e Google Académico. Utilizou-se também a denominada “literatura cinzenta”, como livros. As

referências bibliográficas são apresentadas de acordo com as normas da American Psychological Association (APA), 6a edição.

**CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO
DE COMPETÊNCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O estágio constitui uma componente prática que promove a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências com base nas experiências adequadas à formação do enfermeiro especialista, tanto ao nível das competências comuns, como das competências específicas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

A unidade curricular Estágio e Relatório final do curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, 3º semestre pressupõe a realização de um estágio clínico de 400 horas. Esse estágio foi realizado no período de 23 de setembro de 2019 a 08 de fevereiro de 2020, num SU de Adultos de um centro hospitalar da região norte do país.

Por forma a maximizar a aquisição de competências, este estágio teve como principal objetivo desenvolver/aprofundar competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família que vivencia processos complexos de doença e/ou falência orgânica, bem como na capacidade de resposta em situações de catástrofe e emergência multivítima, e no controlo da infeção, tendo por base a dimensão ética e deontológica da profissão.

As competências a desenvolver ao longo do estágio, partindo do objetivo anteriormente mencionado, estão contempladas no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, que define o perfil de competências específicas do EEEMC, e no Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista. O conjunto de competências clínicas especializadas na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, visam prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados.

A Unidade de Saúde onde decorreu este estágio dispõe de três unidades funcionais: o serviço de urgência polivalente (SUP); o serviço urgência médico-cirúrgica (SUMC) e serviço de urgência básico (SUB) diferenciado, que, por sua vez, assentam em cinco pilares essenciais na abordagem do doente urgente e emergente: pré-hospitalar; triagem de prioridades; implementação das vias-verdes; sala de emergência (SE) e sala de observações com monitorização intensiva. É, ainda, apoiado por duas bases Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), sediadas na Unidade.

De acordo com o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, a Rede de Serviço de Urgência integra os seguintes níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: SUB, SUMC e o SUP. O SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área, no qual se enquadra o SU onde decorreu o estágio. Este SU é uma unidade orgânico-funcional cuja finalidade é garantir a prestação de cuidados imediatos em situações de urgência e emergência ao longo de todo o ano. O SUP tem uma VMER em gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico no SU da Unidade de Saúde.

Este SU está integrado no Departamento de Urgência/Emergência da Unidade Hospitalar e recebe doentes de todo o distrito e referenciados pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) de vários outros distritos.

Os doentes dão entrada no SU vindos do exterior, por meio próprio ou acompanhados pelos meios do INEM e pelos bombeiros, referenciados dos vários centros de saúde ou de outras unidades hospitalares.

O SU é um serviço hospitalar diferente de todos os outros, pelas características dos doentes que aqui são tratados. Recebe e presta cuidados a doentes urgentes (com necessidade de avaliação e/ou intervenção em curto espaço de tempo), emergentes (quando existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção imediata) e a doentes que apresentam uma situação agudizada, mas que não requerem intervenção num curto espaço de tempo (doentes pouco urgentes, não urgentes e outros casos).

Este serviço relaciona-se de forma estreita com os serviços que o rodeiam, como a emergência pré-hospitalar (INEM, bombeiros), serviços de internamento e os cuidados de saúde primários. O bom funcionamento do SU depende do bom funcionamento destes serviços.

Compreender a orgânica de funcionamento de uma equipa multidisciplinar, bem como identificar a estrutura física do serviço, analisar normas, regulamentos e protocolos existentes é fundamental para um correto desempenho de funções, uma melhor prestação de cuidados ao doente e estabelecimento de relações de proximidade com os vários elementos da equipa.

Começando pela *estrutura física* do SU, este fica situado no piso menos um da Unidade de Saúde. Na entrada, o SU é constituído por uma sala de espera, um gabinete administrativo e um gabinete de relações públicas. No seu interior é constituído por dois postos de triagem,

vários gabinetes médicos, uma sala de enfermagem, uma sala de observação de doentes, copa, sala de arrumos, sala de sujos, casas de banho, gabinete do enfermeiro gestor e gabinete do diretor clínico do serviço.

Quanto à *estrutura orgânica*, o SU este é constituída por diversos elementos, com diversas funções, formando uma equipa interdisciplinar, onde todos os seus elementos interagem entre si, de forma a proporcionar cuidados de qualidade ao doente, tendo sempre presente a sua perspetiva biopsicossocial.

Esta equipa interdisciplinar é constituída por: equipa médica; um enfermeiro gestor; um diretor clínico; equipa de enfermagem, constituída por 56 enfermeiros (incluindo o enfermeiro gestor), destes, 14 são enfermeiros especialistas e 42 enfermeiros generalistas; 41 assistentes operacionais; pessoal administrativo; relações-públicas. O Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, recomenda que a equipa de enfermagem seja constituída por 50% de EEEMC, na área da Pessoa em Situação Crítica, com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), em permanência nas 24 horas (Regulamento n.º 743/2019, 25 de setembro). Desta forma, podemos concluir que o SU não tem o número de EEEMC suficiente para cumprir este rácio, uma vez que só apresenta 10 enfermeiros com esta especialidade, na área da Pessoa em Situação Crítica

O SU é gerido no sentido de assegurar a continuidade de cuidados e o bom funcionamento do serviço, garantido o trabalho por turnos, vinte e quatro horas por dia. Mensalmente, é elaborada a escala da equipa de enfermagem, bem como da restante equipa multidisciplinar.

Diariamente, é elaborado um plano de trabalho. Cada enfermeiro fica responsável por uma determinada área, sendo da sua responsabilidade todos os utentes triados para essa mesma área. Essa distribuição é realizada pelo Enfermeiro Gestor no dia anterior, ou no próprio dia no turno anterior ao turno ao qual se destina a distribuição, segundo normas previamente estabelecidas. A vantagem de os enfermeiros ficarem alocados a um setor prende-se com o conhecimento mais aprofundado desses doentes, permitindo uma prestação de cuidados aos doentes e famílias como um todo e uma melhor continuidade de cuidados.

Os turnos de trabalho são assegurados por 10 enfermeiros no turno da manhã e da tarde e apenas sete no turno da noite, destacados da seguinte forma:

- Um enfermeiro para a triagem; três enfermeiros para a área médica, que dão apoio às especialidades de medicina, neurologia, pneumologia, nefrologia, psiquiatria,

cardiologia e clínicos gerais (médicos da triagem). Na área médica existe uma sala de tratamentos, onde se realizam as mais variadas técnicas de enfermagem;

- Um enfermeiro para a sala de decisão clínica;
- Três enfermeiros para a área cirúrgica, que dão apoio à cirurgia, ortopedia e apoio na sala de decisão clínica, um elemento destinado à área cirúrgica fica também responsável pela SE;
- Dois enfermeiros para o serviço de observação (OBS).

No que diz respeito à *metodologia de trabalho* utilizada no serviço, é o método de trabalho individual. Contudo, será importante mencionar que existe sempre espírito de entreajuda entre a equipa de enfermagem, permitindo desta forma dar resposta em tempo útil nas várias áreas do SU.

O SU rege-se por um programa informático designado Sclínico, para registos de enfermagem. Este sistema permite o registo de todas as atividades realizadas, dos cuidados prestados, registo de terapêutica, análises, entre outros.

Relativamente à triagem dos utentes no SU, é aplicado a triagem de *Manchester*, realizada por um enfermeiro, consoante a ordem de chegada dos utentes ao SU. É realizada uma avaliação segundo a queixa do utente, e os fluxogramas definidos pelo sistema de triagem de prioridades de *Manchester*, atribuindo-lhe uma cor a que corresponde um tempo alvo ideal de atendimento.

A triagem de Manchester tem como objetivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva, sistematizada e contínua ao longo do tempo e permite ainda integrar vias verdes. Estando isto regulamentado pela Norma n.º 002/2018, de 09 de janeiro, emitida pela DGS (2018).

No SU existem atualmente em funcionamento quatro vias verdes: Via Verde de Sépsis; Via Verde de AVC; Via Verde Coronária e Via Verde de Trauma (VVT). Cada uma obedece a critérios próprios de ativação e permitem que os doentes possam ser atendidos precocemente, reduzindo a morbilidade e/ou mortalidade. De salientar que este serviço é uma referência em trauma na área da sua abrangência.

Após reunião no início do estágio com o Enfermeiro Supervisor do estágio, e visando o cumprimento do objetivo geral, ficou decidido que o mesmo se iria desenvolver sempre que

possível na SE, porque a SE, é o local destinado à avaliação de doentes críticos ou potencialmente críticos.

A SE, segundo documento do Ministério da Saúde (2007), é uma área de observação de doentes inicialmente classificados de emergentes ou, se necessário, qualquer doente no SU que apresente descompensação das funções vitais que coloque a sua vida em risco. O doente que dá entrada na SE deverá sair logo que esteja estabilizado. De referir, ainda, que a SE deve estar localizada perto da porta de entrada do SU, junto à triagem, e deverá ser de fácil acesso para a realização de exames complementares de diagnóstico. A mesma deverá ter como características principais: a capacidade de tratar no mínimo dois doentes em simultâneo, garantindo a privacidade de ambos; monitorização não invasiva e invasiva; ventilação mecânica do doente; máquina de gasimetria arterial no local; *stock* próprio de equipamento, material e medicação próprios; dois acessos; sistema pneumático de transporte de análises clínicas e botão de alarme com aviso sonoro audível em todo o SU.

A SE tem como objetivo disponibilizar, em tempo útil, uma abordagem sistematizada e pluridisciplinar a situações clínicas potenciais ameaçadoras da vida e com risco de comprometimento da função orgânica.

A SE deste serviço é um espaço com capacidade para quatro boxes, totalmente provido de equipamento para abordagem ao doente em situação crítica. É parte integrante do SU, tendo uma gestão partilhada de recursos humano que asseguram a sua gestão técnica e organizativa. A assistência imediata aos doentes admitidos na sala é assegurada pelo médico intensivista, médico interno do serviço de medicina intensiva e pelo enfermeiro do SU em presença física 24/24 horas, mediante necessidade serão alocados outros profissionais. Os enfermeiros alocados à SE tem um perfil de competências que inclui formação em Suporte Avançado de Vida, Trauma e Sépsis.

Os cuidados aos doentes inserem-se na missão assistencial do Centro de Gestão de Emergência e Cuidados Intensivos (CGECI) do Centro Hospitalar, tendo definido os critérios de admissão à SE. Estes critérios estão descritos em protocolo próprio institucional elaborado pelo CGECI do Centro Hospitalar, no ano de 2017.

A verificação de critérios de exclusão à admissão na SE é da responsabilidade do médico da SE realizada em equipa com o *staff* médico do serviço de medicina intensiva, sem prejuízo da inclusão de outras valências institucionais.

Tendo em conta os cuidados de enfermagem a prestar aos doentes que dão entrada na SE, torna-se importante definir o conceito de doente emergente/crítico.

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” (Regulamento n.º 429/2018, 16 de julho, p.19362).

O enfermeiro que desempenha funções numa SE deve ser dotado de conhecimentos especializados, bem como de habilidade para tomar decisões precisas em tempo útil (Luchtemberg & Pires, 2016).

Atualmente, devido à falta de organização e número insuficiente de camas de internamento, os doentes graves permanecem mais tempo na SE, aumentando a carga de trabalho para os enfermeiros, tornando a SE semelhante a uma unidade de medicina intensiva (Paixão, Campanharo, Lopes, Okuno & Batista, 2015).

A complexidade de situações que ocorrem no SU e o crescente grau de exigência das mesmas, leva à necessidade de estabelecer prioridades de atuação. Enquanto enfermeira de um SU, sentimos necessidade de adquirir conhecimentos e desenvolver competências de forma contínua para estar à altura das exigências do dia a dia.

Seguidamente, iremos fazer uma análise crítico-reflexiva sobre as aprendizagens e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista como indicadas no Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro, no artigo 4º, bem como das competências do EEEMC, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, de acordo com o preconizado no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, no seu artigo 3.º.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Falar de Enfermagem, é falar essencialmente de cuidar, cuidar de doentes que vivem uma situação de alteração no processo saúde/doença, que necessitam de ajuda para satisfazer as suas necessidades humanas básicas percebidas.

O doente é um ser complexo, bio/psico/socio/cultural e espiritual. Como ser uno e indivisível, tem valores, crenças e personalidade própria, e sofre a influência do ambiente que o rodeia. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam focar a sua intervenção na complexa interdependência doente/ambiente, numa visão holística do doente e promovendo uma relação terapêutica sólida para a excelência dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001).

A complexidade e diversidade das respostas humanas a processos de transição saúde/doença, refletem-se na necessidade de competências e conhecimentos cada vez mais aprofundados e cimentados por parte dos enfermeiros. Assim, com a necessidade de prestar cuidados de qualidade, especializados, diferenciados e direcionados aos doentes, surgem as áreas de especialização em enfermagem, que dotam os enfermeiros de competências acrescidas, para o cuidar do doente e família a viver processo complexos de saúde.

Ser competente em enfermagem equivale a saber integrar os conhecimentos e capacidades, quando necessário e em circunstâncias adequadas. Assim, para se ser competente é imprescindível saber organizar, seleccionar e integrar com elevado nível de raciocínio clínico e tomada de decisão no desenvolvimento da atividade profissional. Para Le Boterf (2005), a competência não consiste num estado, mas num processo, uma vez que o enfermeiro competente tem a capacidade de mobilizar e concretizar com eficiência as diferentes funções que fazem parte da sua prática profissional.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), enfermeiro especialista é aquele “a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competências científicas, técnicas e humanas para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Decreto-Lei n.º 161/96, de 04 de setembro, p.2960).

De seguida iremos fazer uma reflexão sobre as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro) preceitua que o enfermeiro especialista tem conhecimento aprofundado num domínio específico, demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzindo num conjunto de competências especializadas.

Todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialidade, partilham de um grupo de competências comuns (Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro), que se dividem em quatro domínios, a saber:

- **Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

“O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana”, trata-se do primeiro e porventura o mais importante dos direitos dos doentes, enunciado na Carta dos Direitos dos Doentes (DGS, 2005, p.2). Este deve ser o princípio base de toda a intervenção do enfermeiro.

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal reporta-nos para competências de uma prática especializada num exercício seguro, ético e profissional na tomada de decisão e no respeito dos direitos humanos e responsabilidades profissionais.

De acordo com o artigo 5.º, do Regulamento n.º 140/2019, 06 de fevereiro, que sustenta o exercício profissional de enfermagem, as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal consistem no desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e na garantia de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Nas atividades desenvolvidas ao longo do estágio, procuramos manter sempre os princípios éticos e legais e desenvolvemos as nossas práticas de cuidados de enfermagem em torno do respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais.

Segundo Pires (2008, p.2), “a ética em saúde visa essencialmente a qualidade dos cuidados prestados, em que todas as ações desenvolvidas devem promover um bem-estar ao doente, família e comunidade”.

E como qualquer direito tem um dever inerente, aos profissionais de saúde é-lhes esperado que sejam éticos, responsáveis na sua prática, que atuem sobre as premissas do seu código deontológico.

O artigo 78º do código deontológico dos enfermeiros salienta os valores universais a observar numa relação profissional, bem como o respeito pelos direitos humanos na relação com os doentes. De igual modo, no artigo 79º, o enfermeiro deve assumir, o cumprimento das normas deontológicas, responsabilizar-se pelas decisões que toma, atos que pratica ou delega, proteger e defender a pessoa humana de todas as práticas que contrariam a lei, ética ou bem comum (Decreto-Lei n.º 104/98, 21 de abril).

Ao longo de todo o percurso profissional, cada enfermeiro vai desenvolvendo as suas capacidades para tomada de decisão, no exercício profissional autónomo, aplicando o processo de enfermagem. O desenvolvimento de estratégias para a resolução dos problemas deve ser em parceria e com respeito pela individualidade de cada doente. Assim, existe a necessidade de atualização e aquisição de conhecimentos recentes para fundamentar individualmente e em equipa a tomada de decisão. Esta deve reger-se sempre pelo respeito aos princípios éticos.

A Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, do código deontológico dos enfermeiros, aponta os deveres dos enfermeiros, direitos dos doentes, e as diretrizes que devem ser seguidas. A responsabilidade é uma das premissas chave enunciada, demonstrando que as “decisões que o enfermeiro toma e atos que pratica ou delega” (artigo 100º), no respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa; na responsabilidade pela escolha esclarecida, através da aplicação do consentimento informado, e responsabilidade no acompanhamento e encaminhamento da pessoa/família durante as diversas fases da vida ou no processo de doença, fazendo da responsabilidade a base de uma prática segura e sustentada.

De igual modo, durante o estágio, procuramos adotar uma atitude e forma de agir ao encontro do respeito pela dignidade da pessoa humana, pela sua intimidade, pela sua individualidade, bem como pela da sua família. Apesar do ambiente complexo relacionado com a gravidade da

situação clínica dos doentes, desenvolvemos competências na tomada de decisão ética, tendo sempre em conta o respeito pelo direito dos doentes à informação, confidencialidade e segurança, protegendo a informação escrita e/ou verbal de acesso a pessoas não autorizadas. No âmbito dos cuidados especializados, respeitamos e fizemos respeitar a privacidade do doente, a sua dignidade, autodeterminação e valores, como descritos no código deontológico, artigo 81º (Decreto-Lei n.º 104/98, 21 de abril).

Cada vez mais os enfermeiros se deparam, na sua prática diária, com dilemas éticos e com a necessidade de tomar decisões complexas, que se devem basear em princípios e valores bem fundamentados e refletidos, respeitando os direitos humanos e garantindo a segurança, privacidade e dignidade dos doentes. A tomada de decisão está inevitavelmente ligada à prática de cuidados de enfermagem.

No que respeita à tomada de decisão no decorrer do estágio, tivemos a perceção de que é geralmente assumida pela equipa, médicos e enfermeiros, em conjunto, decidem algumas situações relacionadas com cada doente, tendo por base valores éticos e deontológicos, com evidência na abordagem ao doente crítico, dado tratar-se de situações mais graves e complexas.

Na abordagem dos doentes na SE tornasse evidente a necessidade de resolução de problemas, através da recolha de informação, a avaliação e reavaliação contínua. Ao assumir o papel de elemento de uma SE, são necessárias competências na abordagem ao doente crítico, que permitam uma recolha de informação adequada, uma correta avaliação, uma reavaliação pormenorizada e posterior partilha de informação.

Na SE, a atuação no imediato, por vezes, pode aumentar o risco de práticas, o que se tenta sempre minimizar, quer pela verificação do diverso material da sala no início de cada turno, quer pelo cumprimento na atuação dos diversos protocolos de atuação em vigor no serviço.

Houve preocupação em manter boa relação empática com os doentes, não deixando que a abordagem prática se sobrepusesse ao respeito pelos seus direitos, prestando cuidados de qualidade, respeitando a sua privacidade e dignidade sem qualquer discriminação.

A ética e a responsabilidade, princípios inerentes ao código deontológico dos enfermeiros, apresentam-se como a base do cuidar humanizado em enfermagem. Sendo os pilares da prática da profissão, tornam-se ainda mais evidenciados no cuidar especializado.

- **Melhoria continua da qualidade**

O conceito qualidade tem evoluído ao longo do tempo e a sua importância é referida ao nível de várias instituições internacionais e nacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a DGS e a OE.

A qualidade é transversal a todos os setores de atividade, no entanto, a qualidade em saúde tem sido amplamente discutida.

Existem várias definições para qualidade em saúde, sendo uma das mais aceites a do Institute of Medicine (IOM, 2001), que considera a qualidade em saúde como o grau em que os serviços de saúde, para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejáveis de acordo com o conhecimento profissional corrente.

A nível nacional, sob a alçada da DGS, o departamento para a qualidade na saúde identifica a necessidade da implementação de medidas que visam a qualidade dos cuidados de saúde e a sua monitorização, tendo como principal missão “Promover a melhoria contínua da qualidade”.

A qualidade não é fácil de definir, principalmente no âmbito da saúde, uma vez que este conceito é em grande parte subjetivo, tal como o conceito de saúde.

Na saúde, como em todas as áreas, a necessidade de criação de sistemas de qualidade tem-se tornado imprescindível. Cabe às organizações de cada área profissional assumir esse papel, definindo padrões de qualidade para o domínio específico do respetivo mandato social (OE, 2001).

É importante assumir que a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, por isso “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (OE, 2001, p.6). Para a promoção da qualidade em saúde, compete às instituições de saúde criar e adequar estruturas que favoreçam o desenvolvimento da atividade

A qualidade dos cuidados de saúde é um tema que tem ganho relevância nos últimos anos. Há cada vez mais programas de controlo da qualidade para avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população pelas instituições.

As competências do domínio da qualidade, segundo o Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro, artigo 6.º “centram-se no papel dinamizador, no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, no desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua para garantir um ambiente terapêutico seguro” (p.4745).

Segundo o artigo 109.º do REPE (OE, 2015), o enfermeiro deverá procurar “adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas” (p.86). Este tipo de organização é muito importante para a uniformização dos cuidados, mas também para a responsabilização de todos os profissionais de saúde, para que se mantenha o nível de qualidade pretendido e se possa diminuir a probabilidade de erro.

Durante o estágio, mantivemos uma preocupação constante em pesquisar e cumprir os protocolos instituídos, atuando em conformidade com estes. Constatou-se que todos os procedimentos se encontravam protocolados. Desde a identificação dos armários, gavetas de material, de medicação, à data de abertura de qualquer embalagem e o seu tempo de validade depois de aberto, à utilização de todo e qualquer tipo de equipamento, até aos protocolos mais complexos que dizem respeito aos cuidados de enfermagem, como protocolos terapêuticos, sendo um deles a administração de medicação trombolítica em doentes com AVC e Tromboembolismo que deram entrada na SE e que foi possível pôr em prática.

Na unidade de saúde onde decorreu o estágio, existe um programa de registo de incidentes disponível na Intranet, onde os profissionais devem registar todo o tipo de incidentes que ocorrem nos serviços. Estes incluem quedas, erros de medicação, entre outros. É assim possível desenvolver indicadores que permitam medir e melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados.

- **Gestão dos cuidados**

O domínio da gestão dos cuidados é muito vasto, englobando diversos aspetos. De acordo com a OE, uma das responsabilidades do enfermeiro especialista é a gestão dos cuidados, não apenas no que compete especificamente ao seu trabalho individual, mas também ao trabalho delegado (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

Segundo o artigo 7º do Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro, que regula as competências na área da gestão dos cuidados, refere que “o enfermeiro especialista deve

realizar a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (p.4748).

A gestão dos cuidados é transversal à prestação de cuidados de enfermagem, contudo, as competências adquiridas dotam o enfermeiro especialista de conhecimento e competências para fazer a gestão de recursos imprevisíveis.

O enfermeiro especialista, para além da gestão dos seus cuidados, disponibiliza assessoria aos restantes enfermeiros, bem como ao enfermeiro chefe, caso necessário. É uma ponte entre os vários intervenientes da equipa multidisciplinar, colaborando nas decisões em equipa e negociando soluções e intervenções.

Foi possível participar na interação com outros serviços como, por exemplo, nas transferências de serviço, permitindo uma correta continuidade na prestação de cuidados ao doente da SE. Sendo a SE uma das portas de entrada na instituição, com uma afluência imprevisível, foi necessário utilizar os seus recursos de forma eficiente, obedecendo aos critérios de entrada e promovendo uma vez mais a qualidade nos cuidados.

Verificou-se que a correta gestão de recursos assume um papel muito importante, sendo por vezes necessário recorrer à delegação de tarefas, de modo a ser possível responder ao crescente número de entradas na SE, supervisionando essas tarefas e mostrando disponibilidade para a interajuda, garantindo a segurança nos cuidados e promovendo um ambiente positivo para a prática de cuidados de excelência.

Durante o estágio na SE, tivemos oportunidade de colaborar na gestão de *stocks*, reposição, que é feita diariamente com auxílio de uma *checklist* de materiais e medicação inerentes à mesma. Tivemos também oportunidade de proceder à verificação de todo o equipamento de suporte à monitorização, desfibrilhação e ventilação.

A equipa da SE é uma equipa multidisciplinar, cabe aqui ao enfermeiro especialista ser capaz de assumir uma posição de liderança, em prol do bem-estar do doente. Esta liderança exige compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para a tomada de decisão, comunicação e uma gestão eficaz.

Em todos os turnos existe um enfermeiro responsável de turno que assume as funções do enfermeiro gestor na sua ausência, nomeadamente distribuição e delegação de tarefas que

visem o melhor funcionamento do serviço e do trabalho em equipa, garantindo, desta forma, a segurança e qualidade dos cuidados prestados ao doente.

No decorrer do estágio não tivemos oportunidade de realizar outras atividades de gestão, nomeadamente a elaboração de horários e outras atividades executadas pelo enfermeiro gestor.

Temos a noção de que a gestão de cuidados não é uma tarefa fácil, mas o espírito de equipa, aliado a uma gestão competente e presente, consegue atingir com sucesso cuidados de excelência.

- **Desenvolvimento de aprendizagens profissionais**

Aprender é inerente ao ser humano. É através da aprendizagem constante que evoluímos e desenvolvemos como pessoas e como profissionais. O enfermeiro especialista deve ter sempre presente a necessidade de desenvolvimento cognitivo, do autoconhecimento e da assertividade, baseando a sua prática numa base científica sólida e documentada, devendo, sempre que possível, transmitir conhecimentos, nomeadamente através de formações em serviço, a título individual ou em grupo (OE, 2009).

A aquisição de saberes e o desenvolvimento de competências nas diferentes funções da enfermagem é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade ao doente, permitindo uma maior compreensão da dimensão da pessoa doente, num ambiente seguro. Só assim é possível responder, de uma forma organizada, eficaz e eficiente, às necessidades do doente em situação crítica e da família.

Importa referir que a definição de competência é análoga às várias áreas do saber, inclusive, à enfermagem. Deste modo, Camelo e Angerami (2013) referem que a construção da competência equivale a um processo de transformação individual, que compreende a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades), do saber-ser (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e a permanente atualização e adaptação que estas exigem). Os autores sustentam que todos estes saberes são determinantes para um saber-transformar, isto é, uma interação entre estes saberes e uma adaptação aos contextos da prática clínica.

Ser enfermeiro não significa, apenas, ser prestador de cuidados de enfermagem, mas também refletir sobre todas as atividades realizadas antes, durante e após a sua prática. A reflexão

requer conhecimentos adequados, e é necessária para a autoavaliação e análise dos nossos sucessos ou oportunidades para melhorar. Deste modo, ajuda-nos a procurar entender a relação existente entre as aprendizagens em contexto teórico e a sua integração nas situações clínicas e no contexto da prática de cuidados.

Com isto, conclui-se que o enfermeiro especialista deve saber conjugar as três vertentes no seu desempenho, nomeadamente a científica, a técnica e a relacional, integrar dimensões do saber, *saber-saber*, o *saber-fazer*, o *saber-ser* e o *saber-estar*, *saber aprender* e *saber transformar*.

Neste domínio, as competências do enfermeiro especialista definidas no Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro, no artigo 8º, faz ênfase ao “a) Desenvolvimento do autoconhecimento e a assertividade” com “b) Base de uma praxis clínica especializada e fundamentada em evidência científica” (p.4745).

Os enfermeiros especialistas na área da pessoa em situação crítica têm como finalidade prestar cuidados de enfermagem ao doente em situação crítica, decorrentes do conhecimento científico, técnico e humano adquirido, que o capacitam para dar uma resposta eficaz e eficiente na satisfação das necessidades precedidas do doente e da família.

A importância da prática clínica em enfermagem é inegável para o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais e técnico-científicas. A prática clínica é uma das formas eficazes de aliar a formação teórica e o treino prático na formação em enfermagem. No pressuposto de que o conhecimento prático e teórico são importantes e facultam diferentes contribuições para a aprendizagem.

A experiência prática é uma componente essencial para a formação especializada dos enfermeiros que, como referem Lopes, Gomes e Almada-Lobo (2018), “asseguram uma parte muito significativa da prestação de cuidados de saúde, e são, como tal, uma peça fundamental em qualquer sistema de saúde” (p.4), o que justifica plenamente o “investimento na qualificação destes profissionais” (p.4), concedendo-lhes “a possibilidade de construírem uma carreira profissional e incentivando à renovação contínua da sua formação” (p.6).

Benner (2005), afirma que as experiências clínicas são significativamente variadas e com um maior grau de complexidade do que as explicações teóricas, e a experiência desenvolve-se quando se testa e refina proposições, hipóteses e expectativas baseadas em princípios de situações práticas reais. A experiência é, portanto, um requisito para a perícia. A prática

clínica, para a autora, compreende a noção de excelência, pois através do estudo da prática, os enfermeiros podem descobrir novos conhecimentos.

Durante o estágio, procuramos sempre ter presente o saber estar, pois este é algo que se constrói, evolui e se desenvolve ao longo do tempo. Recorremos sempre a uma relação terapêutica, com base numa comunicação assertiva, adotando uma conduta sem juízos de valor, demonstrando uma atitude responsável na prestação de cuidados de enfermagem, suportada pela evidência científica e reflexão sobre as práticas. Adotamos um comportamento assertivo e de interajuda com a equipa multidisciplinar, bem como avaliamos as necessidades e estabelecemos prioridades de intervenção, numa perspetiva holística. As competências relacionais assumem-se de extrema importância, pois delas dependerá o sucesso das relações entre profissionais, e destes com os doentes/família. No nosso ponto de vista, o tipo de relação que se desenvolve com esta díade irá influenciar em grande parte a qualidade dos cuidados prestados e o nível de confiança depositado nos profissionais de saúde.

Na prestação de cuidados de enfermagem, procuramos estabelecer uma relação de ajuda, demonstrando respeito, empatia e disponibilidade, respeitando as crenças e os valores dos doentes/família e abstenho-nos de juízos de valor. O respeito pelo seu estado físico e emocional e a atenção às suas manifestações verbais e não-verbais foram, também, uma preocupação constante.

Esta competência reflete essencialmente o investimento que cada um deverá fazer para manter atualizados os seus conhecimentos, não só científicos, mas também de si enquanto pessoa. Foi necessário desenvolver o autoconhecimento, compreendendo os limites pessoais e profissionais, e até que ponto estes podem interferir no desempenho profissional. É essencial a gestão destes fatores, bem como das emoções e sentimentos para se conseguir atuar de forma eficaz, mesmo sob pressão.

No decorrer do estágio assistimos a uma ação de formação com o tema “Reanimação cardiorrespiratória de adultos”, favorecendo assim a aprendizagem por parte da equipa num tema central da abordagem ao doente na SE.

Conseguimos estabelecer uma relação de empatia, confiança e interajuda com os vários elementos da equipa multidisciplinar. Cada um contribuiu de forma decisiva na partilha do seu conhecimento para a nossa aprendizagem profissional bem como para o nosso crescimento pessoal.

Consideramos que a integração no serviço e na equipa multidisciplinar foi plena, sem dificuldades, tendo sempre em conta que todos os profissionais foram muito recetivos e disponíveis, numa perspetiva colaborativa durante o período do estágio. Admitimos que, no início, não foi de todo fácil “assumir o papel de estudante” num serviço que nos era familiar, porque trabalhamos neste serviço desde agosto de 2015, mas com a continuidade e com a ajuda de toda a equipa multidisciplinar foi mais fácil e, desde já, o nosso obrigada a todos eles. Cada hora de estágio foi encarada como um novo momento facilitador de aprendizagem e partilha de conhecimento com os colegas.

2.2. Competências Específicas na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Segundo o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho) estes cuidados de enfermagem são dirigidos à pessoa em situação crítica. Entende-se que a pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.19362).

A realização deste estágio revelou-se de extrema importância para o desenvolvimento de competências por ser um SUP, onde são prestados cuidados num nível mais diferenciado em resposta às situações de urgência e emergência.

Do enfermeiro especialista espera-se que tenha a capacidade de prestação de cuidados de enfermagem complexos, com antevisão de complicações do estado do doente e uma resposta atempada e correta. Os cuidados são prestados de uma forma contínua e são altamente qualificados, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, conforme descrito no regulamento supracitado. Para se conseguir desenvolver estas capacidades técnicas e profissionais, é necessário empenho, acompanhado de bases sólidas de conhecimento e prática clínica que serão alcançadas através do estágio.

Ao integrar a equipa multidisciplinar do serviço, foi possível participar na prestação de cuidados diferenciados que são executados na SE como, por exemplo, SAV, abordagem à vítima de trauma e aplicação de protocolos de vias verdes instituídas no serviço, entre outros.

Numa perspectiva de cuidados, quanto maior é o risco iminente de morte de uma pessoa, maior é a necessidade do saber fazer do profissional que lhe presta cuidados, dado que a margem de erro pela inexperiência deve ser a menor possível.

Benner (2001), através do seu trabalho “De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática de Enfermagem”, estudou a aprendizagem experiencial na prática de enfermagem, examinou a aquisição de competências baseada na aprendizagem clínica e o conhecimento articulado que está inerente à prática de enfermagem. Esta autora enfatiza a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial. A mesma autora desenvolveu um modelo de aquisição de competências, tendo por base o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, identificando cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem; iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. Na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, o indivíduo passa por cinco níveis sucessivos de proficiência, que são o reflexo de mudanças em três aspetos, o primeiro é a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização, o segundo diz respeito à modificação da maneira como o formando se apercebe de uma situação, e o terceiro aspeto é a passagem de mero observador a executante envolvido. Este é um processo dinâmico, aprimorado e aprofundado com a experiência.

Para Benner (2005), o enfermeiro perito “tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” (p.58), articulando a sua formação teórica com a sua experiência prática. De acordo com a mesma autora, o enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica. Este percurso é construído ao longo da sua vida profissional.

Segundo Benner (2005), colocamo-nos no nível de competências de proficiente, ao nível da prestação de cuidados em âmbito de SU, uma vez que o enfermeiro proficiente possui a capacidade, assente na experiência, de reconhecer situações no seu todo e não em termos de aspetos isolados, e as suas ações são guiadas por máximas.

Após a realização deste estágio, e como culminar de todo o processo formativo que esteve implicado neste Mestrado, em conjunto com a experiência profissional já alcançada ao longo de anos, pretendo atingir o nível de competências de perito, “que age a partir de uma

compreensão profunda da situação global ... de maneira intuitiva ..., mostrando um nível elevado de adaptabilidade e de competências” (Benner, 2005, p.58).

No processo de aquisição de competências, é necessário refletir nas aprendizagens que a prática nos oferece, coligando os saberes da prática à teoria (conhecimento cognitivo), sem descuidar o comportamento ético (Benner, 2005).

É neste contexto que se evidencia o papel do enfermeiro perito no cuidar do doente a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, sendo o cerne da especialidade da pessoa em situação crítica, e que se tentou adquirir e desenvolver ao longo deste estágio.

As três competências específicas do EEEMC, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, estão descritas no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, sendo a primeira:

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

O cuidar de pessoas que vivenciam alterações no seu processo de transição saúde/doença é o foco da intervenção do enfermeiro. No entanto, as alterações que podem ocorrer numa pessoa são de variada natureza. A pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, necessita de uma intervenção mais direcionada, mais incisiva nesta área, maximizando os resultados e a recuperação total da pessoa. Assim, é exigido ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, competências específicas para lidar com as situações urgentes e emergentes com que se depara, tendo em consideração todos os aspetos inerentes à pessoa holística, que acaba de vivenciar alterações ao seu quotidiano (OE, 2011).

Ao longo do estágio, desenvolvemos competências no cuidar da pessoa em situação crítica. Embora tenhamos consciência que não é de um momento para o outro que se adquirem tais competências, mas depois de assimiladas e compreendidas, a experiência acaba por consolidar e aperfeiçoar tais competências.

Neste âmbito, houve sempre a preocupação de manter atualizados os conhecimentos, tendo assim capacidade para definir prioridades no cuidado ao doente crítico. Só assim pode haver consciência das várias opções de atuação, elegendo sempre a mais benéfica para o doente, baseando sempre a atuação em evidência científica. A tomada de decisão é um processo que

se desenvolve naturalmente, e que se vai tornando mais fácil devido à vivência de situações similares, à medida que se cresce enquanto enfermeiro.

No contexto do cuidar do doente crítico, em ambientes complexos e em constante mudança, é essencial desenvolver a capacidade de decisão clínica e a tomada de decisão consciente.

No decorrer do estágio, na SE, foi possível assistirmos a várias situações de emergência com risco iminente de vida, que passamos a citar.

Logo no início do estágio deu entrada na SE um doente eletrocutado, acompanhado pela equipa da VMER.

A eletrocussão é um evento relativamente pouco frequente, mas potencialmente devastador em termos de lesões, com elevada mortalidade e morbilidade. A maioria das situações em adultos ocorre no local de trabalho e está associada à alta voltagem, enquanto nas crianças, o risco maior é em casa, onde a voltagem é inferior. Os fatores que influenciam a gravidade das lesões são a corrente alterna ou direta, a voltagem, a magnitude da energia descarregada, a resistência à passagem de corrente, o trajeto da corrente através da vítima e a área e duração do contacto (INEM, 2019).

Foi necessário monitorizar o doente com monitor/desfibrilhador pelo elevado risco de ocorrer fibrilhação ventricular (FV). A corrente pode precipitar FV se atravessar o miocárdio durante o período refratário de repolarização ventricular, pode causar isquémia do miocárdio por espasmo das artérias coronárias. A corrente que atravessa o miocárdio tem maior probabilidade de ser fatal (INEM, 2019).

Mais uma vez foi utilizada a abordagem ABCDE, pois esta é uma avaliação transversal utilizada na avaliação da vítima, procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida (INEM, 2019).

A dor foi constantemente monitorizada durante a permanência na SE, cumprindo um critério de avaliação no âmbito da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, pois garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.

De acordo com o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor da DGS (2017), “é inquestionável a importância da dor aguda enquanto sinalização de lesão ou disfunção orgânica, consubstanciada na muito frequente procura de cuidados de saúde que motiva”

(p.4). A abordagem das pessoas com dor é possível e deve ser baseada na melhor evidência científica, no sentido de prevenir e controlar a dor, melhorar a sua qualidade de vida e capacidade funcional.

Meleis (2010), considera que as intervenções de enfermagem devem facilitar o processo de adaptação à doença, acrescentando ainda que quando se identificam, no doente, os fatores que indicam a causa do seu “desequilíbrio,” isso possibilita uma prestação de cuidados mais específicos, mais direcionados, dotados de maior sensibilização e consciencialização, como seja, neste caso, o controlo da dor.

Procurar aliviar o sofrimento do doente, “maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (artigo 4.º, Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p.19360), sendo da competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, ainda em conformidade com o mesmo disposto legal, prestar cuidados à pessoa em situação emergente, com a devida “antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (p.19363).

A prevenção de complicações, assim como o bem-estar e o autocuidado, foram situações presentes, pois cuidar de pessoas em situação crítica, muitas vezes sob sedação, implica a realização de atividades de promoção do bem-estar, prevenindo complicações, hemodinâmica, infecciosas ou outras.

O papel do enfermeiro é fulcral na promoção do conforto da pessoa bem como da sua família. A situação de saúde/doença experienciada pela Pessoa, provoca sofrimento que cabe ao enfermeiro confortar, o que nem sempre é fácil devido à afluência de doentes. Deste modo, a nossa atuação dirigiu-se sempre no sentido da promoção do conforto, aliviando a dor através da realização de intervenções autónomas, como os posicionamentos mais confortáveis, uma comunicação eficaz ou através de intervenções interdependentes como administração de terapêutica farmacológica.

Deu entrada na SE uma senhora de 35 anos, em paragem cardiorrespiratória (PCR).

A PCR é um acontecimento súbito, sendo uma das principais causas de morte na Europa. Atinge entre 55-113 pessoas/100.000 habitantes, estimando-se entre 350.000- 700.000 indivíduos afetados por ano, na Europa (INEM, 2019).

Na pessoa vítima de PCR, a tomada de decisão de um enfermeiro perito resulta da integração do conhecimento prático, baseado na melhor evidência científica, associado ao pensamento intuitivo, que resulta da aprendizagem experiencial e permite a compreensão do problema como um todo (Benner, 2005).

A atuação perante esta situação permitiu pôr em evidência os conhecimentos sobre suporte básico de vida e aplicação do algoritmo de SAV em contexto intra-hospitalar.

Esta SE tem ao seu dispor um dispositivo de compressões cardíacas externo e foi usado nesta situação, permitindo assim compressões cardíacas eficazes ao longo de toda a atuação e libertou um elemento da equipa para assumir outras funções. Assumiu-se que a causa provável da PCR tenha sido um tromboembolismo pulmonar. Foi administrada a terapêutica trombolítica recomendada para estes casos, tendo em conta os riscos que esta terapêutica acarreta e todos os procedimentos invasivos expectáveis. Toda a terapêutica aqui administrada exige uma constante monitorização dos sinais vitais, vigilância das vias de administração, da sua correta diluição e ajuste da velocidade de administração, cumprindo o critério de avaliação, tal como descrito no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, onde o enfermeiro “demonstra conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia” (p.19363).

Apesar de todos os esforços desenvolvidos no sentido de recuperar sinais de vida, mantendo manobras de SAV durante cinquenta minutos, pois uma vez administrada a medicação trombolítica tem que se prolongar o tempo de manobras de SAV, estes esforços revelaram-se insuficientes, acabando por se declarar o óbito da doente na SE. Prestar cuidados na SE é uma das realidades mais agressivas no contexto da prática de enfermagem.

A comunicação, verbal e não-verbal, entre os elementos da equipa deve ser feita de forma eficaz, objetiva e clara. A comunicação deficiente pode comprometer a eficácia da equipa e a taxa de sobrevivência. A atuação de forma exemplar de toda a equipa multidisciplinar, especialmente a do enfermeiro responsável pela SE, tal como descrito no artigo 104.º do REPE (OE, 2015), o enfermeiro deverá responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento.

Este momento foi de uma grande aprendizagem face às competências a desenvolver no âmbito da assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, demonstrando “conhecimentos e habilidades facilitadoras da dignificação da morte e dos processos de luto” (Regulamento n.º 429/2018, de

16 de julho, p.19363). Não sendo esta uma situação expectável, não existiu uma preparação prévia da família por parte da equipa multidisciplinar.

A reanimação é um acontecimento stressante, quer para os familiares do doente, quer para a equipa de reanimação. Lidar com os familiares nesta situação não é fácil. É uma altura que os familiares nunca esquecem. Se a abordagem não for correta, deixará marcas permanentes. Infelizmente, a maioria dos profissionais de saúde não tem qualquer formação para lidar com estas situações. Uma abordagem correta dos familiares do doente de PCR, logo desde o início, pode ajudar a lidar com o luto. A comunicação de más notícias é uma tarefa que traz sempre angústia e ansiedade à equipa, esta é feita, sempre que possível, pelo médico e enfermeiro que estão nesse na SE.

Neste sentido a comunicação da má notícia, no respeito pelas manifestações de perda expressas pela família e dignidade do doente e da família, após a sua morte foi feita pelo enfermeiro e o médico responsável da equipa da SE. Os enfermeiros, por estarem mais tempo junto dos doentes e dada a natureza da sua formação e profissão, segundo o Parecer do Conselho Jurisdicional 153/2013, da OE, são os profissionais de saúde privilegiados na comunicação da notícia da morte aos familiares. De acordo com o mesmo parecer, “o conhecimento do processo de perda e, fundamentalmente, a compreensão empática das emoções vividas pelo doente e seus familiares, constituem-se como pilares orientadores da ação do enfermeiro, perante a morte e comunicação da mesma” (p.2).

A enfermagem é considerada, assim, uma profissão de ajuda, que tem como compromisso cuidar, conhecer e respeitar as pessoas na sua individualidade e singularidade.

Durante o estágio, pautamos a nossa ação na comunicação com o doente/família, como preconizado no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, a respeito das competências específicas do EEEMC, que, no seu artigo 2.º, a) “Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; b) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” (p.19359). A comunicação com o doente/família enquadra-se nas competências do enfermeiro e é um pilar fundamental da sua prática diária, assumindo uma dimensão essencial da prestação de cuidados.

Sendo a SE, um local de prestação de cuidados científica e tecnologicamente sofisticada, onde o doente geralmente não se encontra capaz de expressar as suas vivências, os seus sentimentos, os seus desejos, as suas necessidades, angústias e inseguranças, a comunicação enfermeiro-família ganha um nível de importância substancialmente maior.

Foi possível, durante o estágio, estabelecer relações de ajuda, escuta ativa de medos, procurando esclarecer dúvidas e fazendo uma breve explicação do que estariam prestes a vivenciar ou observar no caso da família, desmistificando e encorajando a interação com o doente, pois muitas pessoas, com receio de piorar a situação, não abordam o doente, incluindo o facto de não lhe tocar. Assim, o enfermeiro deve promover, sempre que possível, a presença da família, que se verifica essencial na prestação dos cuidados de saúde à pessoa em situação crítica, constituindo um forte elo de ligação entre o doente e a equipa de saúde, permitindo conhecer melhor as necessidades do doente.

- **Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação**

Segundo o artigo 3.º da Lei de Bases da Proteção Civil (Lei n.º 27/2006, de 03 de julho), a catástrofe é definida como “um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p.4696).

A definição de catástrofe pela Organização Mundial de Saúde é clara: catástrofe é qualquer acontecimento que cause estragos, destabilização económica, perda de vidas humanas e deterioração de saúde e dos serviços de saúde, a uma escala tal, que justifique uma mobilização excecional de apoios vindos de fora da comunidade ou da zona atingida (R. Silva, Campos, Reis & Bandeira, 2015).

O conceito de catástrofe vai muito além da sua definição e baseia-se em três componentes: afluxo intenso de vítimas; destruições de ordem material e desproporcionalidade acentuada entre os meios humanos e materiais de socorro e as vítimas a socorrer (R. Silva et al., 2015).

As catástrofes podem ser de diversa tipologia, nomeadamente de origem natural (sismos, vulcões, tempestades tropicais, tsunamis, inundações, secas) ou humana (guerras, poluição, terrorismo). O papel do enfermeiro especialista da pessoa em situação crítica, na situação de

catástrofe é de extrema importância, dado que deve sistematizar as ações a desenvolver, liderar equipas, avaliar o trabalho desenvolvido e introduzir medidas corretivas nas situações em que se verifiquem inconformidades de atuação, num cenário onde reina o stresse, o caos e a dificuldade.

Quando existe uma catástrofe em território nacional, a Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil é a entidade responsável pela organização e gestão dos acontecimentos. Se dessa catástrofe resultarem vítimas, entra em funcionamento o INEM e os demais serviços de saúde.

A impossibilidade de prever todas as variáveis que influenciam as consequências de uma catástrofe reside principalmente na dificuldade em estruturar uma intervenção para fazer face a um acontecimento desta natureza. Sendo a enfermagem dotada de conhecimento científico, competências técnicas e relacionais de elevada qualidade, torna-se uma profissão necessária e insubstituível na resposta face a uma situação de catástrofe. Unanimemente, existe reconhecimento por parte dos enfermeiros de uma inadequada preparação para agir em situação de catástrofe em cerca de 97%, sendo que 80% acredita ser necessário desenvolver formação específica nesta área (Santos & Rabiais, 2015).

A prestação de cuidados no SU implica a obrigatoriedade de se estar preparado para a necessidade de intervenção numa situação de catástrofe. O objetivo máximo perante estas situações será sempre o de reduzir ou eliminar as baixas humanas, diminuir a morbilidade e os subsequentes efeitos físicos e psicológicos na maior extensão possível. Para que tal seja atingido, devem ser considerados dois aspetos: a realocação dos recursos disponíveis para onde fazem mais falta e a rápida mobilização de recursos adicionais (humanos e materiais) com uma utilização ótima dos recursos disponíveis, através do estabelecimento de prioridades e do uso de métodos simplificados de diagnóstico e tratamento.

O centro hospitalar tem um Plano de Emergência Externa, que integra todos os serviços da unidade hospitalar. Este plano privilegia a interligação com entidades exteriores ao centro hospitalar para uma melhor articulação na resposta a situação de exceção e catástrofe. Este Plano de Emergência foi elaborado pela Comissão de Catástrofe, sendo também responsável pela sua atualização, tal como o seu planeamento, execução e avaliação.

Um plano de emergência pode ser definido como a sistematização de um conjunto de normas, regras e procedimentos, destinadas a minimizar os efeitos dos desastres, que se prevê que

venham a ocorrer em determinadas áreas, sob determinadas condições, gerindo de forma otimizada o emprego de recursos e a participação de pessoal técnico especializado para lidar com eles (Araújo, 2012).

Neste estágio, foi possível termos acesso ao plano de emergência interno da instituição, mais concretamente ao plano que diz respeito ao SU. Toda a equipa deste serviço recebeu formação sobre o plano de catástrofe interno e os enfermeiros com mais tempo de funções no serviço, que asseguram funções de maior responsabilidade nos turnos, tiveram formação sobre como gerir a comunicação de informações referentes à evolução da situação em caso de catástrofe.

O SU onde decorreu o estágio tem um armário de catástrofe, situado na sala de triagem, onde estão guardados os “Kit’s” individuais de catástrofe, materiais específicos e procedimentos de orientação para uma provável situação de catástrofe ou de exceção. Assim, é de extrema importância ter conhecimento de que, no SU, existe um kit de preparação para uma situação de natureza imprevisível com normas de atuação, protocolos e algoritmos de forma a assegurar uma assistência eficaz às vítimas, simplificando processos, intervindo não de acordo com a gravidade das lesões, mas sim consoante possibilidade de sobrevivência.

Em situações de catástrofe, a triagem é realizada de forma diferente, uma vez que a triagem primária durante uma catástrofe tem um objetivo completamente diferente do usado no dia-a-dia nos SU. Para atingir este objetivo (salvar tantas vidas quanto possível e assegurar a melhor prestação de cuidados segundo os recursos existentes), um diferente método tem de ser utilizado. Não se escolhe os doentes mais graves em primeiro lugar, mas sim seleciona-se o maior número de doentes que andam (Grupo Português de Triagem [GPT], 2017).

Assim, na triagem primária, pretende-se triar de forma rápida um grande número de vítimas. Para realizar esta triagem são usados discriminadores muito simples: A vítima anda? Se respira após a abertura da via aérea?; Qual a frequência respiratória se maior que 29 ciclos/min. ou se menor que 10 ciclos/min?; Qual a frequência cardíaca? E qual o tempo de preenchimento capilar? (INEM, 2012).

O fluxograma de triagem primária está desenhado para assegurar que, perante um grande número de vítimas, a triagem é feita de uma forma célere (INEM, 2012). Fazem parte desse kit, cartões que servem para identificar as vítimas de acordo com a prioridade estabelecida através desta primeira triagem. A triagem secundária assume-se como um processo contínuo, que pretende triar de uma forma mais precisa um grande número de vítimas (INEM, 2012).

Torna-se imperativo definir prioridades de atuação e saber como assegurar meios de evacuação e transporte, caso seja necessário.

Foi preocupação durante o estágio analisar, refletir sobre os protocolos instituídos, para, se necessário, atuarmos em conformidade com estes, no entanto, nenhuma das situações de exceção ou catástrofe se verificaram.

Durante o estágio, não foi possível vivenciar nenhuma situação de multivítima ou catástrofe. Felizmente, as situações de catástrofe e multivítima não são o cotidiano dos SU, contudo, é essencial estar preparado e ter competências para agir no momento certo, de forma certa. Por isso, todas as ideias trocadas sobre esta competência específica do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica foram de grande importância, o que tornou possível adquirir mais conhecimentos relativamente aos tipos de catástrofe e aos princípios de atuação nessas situações, relacionando-as com as implicações para a saúde dos envolvidos.

- **Maximiza a intervenção na prevenção 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**

A prevenção e o controlo da infeção constituem a base da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, traduzindo-se na evicção ou redução de consequências nefastas para o doente e profissionais de saúde e acrescidos em gastos em saúde. O enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, 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, 2010). Assim, segundo o enunciado pela OE, é essencial que os profissionais de saúde tenham conhecimentos atualizados e demonstrem competências sobre normas de prevenção e controlo de infeções.

A infeção, além de se considerar uma questão de interesse público, constitui a principal causa de morbilidade e mortalidade hospitalar, sendo, por isso, um dos principais motivos dos elevados custos de internamentos hospitalares (DGS, 2017).

Em ambiente hospitalar são muitas as fontes de potenciais infeção, nomeadamente o doente, a equipa, as visitas, o equipamento, a roupa, e são inúmeros os fatores potenciadores de uma

infecção, tais como a sua fonte, o agente infeccioso, a via de transmissão, a suscetibilidade do hospedeiro e do meio ambiente.

Ao nível das unidades de saúde, é através das comissões de controlo de infeção que se faz a interligação com as instituições superiores, e se implementam normas e regras para uma cultura do cuidar em segurança, quer para o doente, quer para os profissionais prestadores de cuidados (DGS, 2008). Por isso, é essencial que toda a equipa que presta cuidados ao doente e que sustenta a dinâmica da unidade tenha noções corretas e sempre presentes dos mecanismos de controlo de infeção.

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é definida 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” (DGS, 2007, p.4). Mais recentemente, em 2017, surge o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) da DGS, com o objetivo de dar a conhecer os resultados das IACS referentes a cada ano, sintetizar o que se pretende fazer relativamente à vigilância epidemiológica das IACS, ao consumo dos antibióticos e resistências aos antimicrobianos, bem como as metas a atingir em 2020 (DGS, 2017).

O Grupo de Coordenação Local do PPCIRA da unidade hospitalar onde decorreu o estágio é constituído por uma equipa multidisciplinar, com um papel ativo quanto às questões relacionadas com a prevenção e controlo da infeção, de acordo com as orientações emanadas a nível nacional e regional. Foi possível realizar reuniões informais no SU com uma das enfermeiras que integra esta equipa, a fim de se “estabelecer estratégias pró-ativas a implementar no serviço” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p.19364), como sendo a promoção da lavagem e higienização das mãos e sensibilizar toda a equipa para a problemática das IACS.

A monitorização da prática da higiene das mãos nas unidades de saúde teve início em 2009, após a adesão de Portugal à Campanha de Higiene das Mãos preconizada pela OMS.

No SU são prestados os cuidados de enfermagem muitas vezes com tempo e recursos reduzidos. Contudo, nas situações em que a vida se encontra em risco, é essencial estabelecer prioridades e, nesse contexto, o controlo da infeção durante a prestação de cuidados não pode passar para segundo plano, como, por vezes, foi constatado durante o estágio. Será necessário continuar a apostar na formação e sensibilização dos enfermeiros, sendo este um dos papéis

do enfermeiro especialista, tal como descrito no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, quando diz que este deve “diagnosticar as necessidades do serviço no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção” (p.19364).

Na SE, é recorrente a necessidade de recorrer a várias técnicas invasivas, tais como colocação de cateter venoso central, colocação de linha arterial, entubação orotraqueal, colocação de cateter vesical, entre outras.

Em relação à execução de procedimentos de enfermagem a doentes com ventilação mecânica, a equipa da SE desempenha um papel crucial no que diz respeito à prevenção da pneumonia associada à ventilação. Os cuidados prestados nesta situação incluem a verificação e a manutenção do cuff na pressão ideal (20 - 30 cm H₂O), a colocação da cabeceira do leito a 30°, higiene oral com clorhexidina a 2%, aspiração de secreções, trocar os circuitos ventilatórios quando sujos e ainda avaliar a sedação da doente, demonstrando, assim, “o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção” e ainda “monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p.19364).

Durante o estágio, tivemos em atenção a supervisão da desinfeção dos equipamentos e da box do doente após a sua saída da SE. Dando, assim, cumprimento ao critério de avaliação que descreve “demonstra conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p.19364).

Como já foi dito anteriormente, este SU tem implementado no seu sistema de triagem a Via Verde Sépsis (VVS), assumindo os enfermeiros um papel primordial no reconhecimento precoce, estratificação da gravidade e no início atempado do tratamento adequado da sépsis (Pereira, 2018), uma vez que são os primeiros a contactar com o doente no momento da triagem. O enfermeiro na triagem tem em conta os critérios de ativação definidos na norma da DGS (2016a), atualizada em 16/05/2017, onde o caso suspeito VVS é definido como a presença de um critério de presunção de infeção constante e, simultaneamente, pelo menos, de um critério associado a inflamação sistémica.

Durante o estágio, adotamos sempre uma atitude responsável no controlo da infeção, desde a adoção das medidas de precaução básicas, como a higienização adequada das mãos, respeitando os cinco momentos da lavagem das mãos, colaborando com o plano de prevenção e controlo de infeções cruzada em vigor no serviço, o uso do equipamento de proteção

individual e a administração protocolada de terapêutica antimicrobiana. A higiene das mãos, por parte dos profissionais, é a medida mais eficaz, mais simples e mais económica de prevenir as IACS (DGS, 2019).

As infeções nosocomiais ou as IACS são uma realidade bem patente nos cuidados de saúde, a nossa estratégia de atuação deve ser também real, direcionada e incisiva. A prevenção e o controlo são o melhor caminho, uma vez que minimiza os riscos para o doente, para os profissionais e também diminui os gastos em saúde. É assim uma realidade fulcral no cuidar da pessoa, principalmente da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

CAPÍTULO II - ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Como meio para desenvolver competências no domínio da investigação em enfermagem médico-cirúrgica realizou-se um estudo de investigação subordinado ao tema “Os fatores relacionados com o conhecimento dos enfermeiros do SU sobre via verde trauma”. A opção por esta temática é de natureza pessoal e profissional na área da pessoa em situação crítica em contexto de urgência, com especial interesse e motivação na área do trauma relacionada com a perceção sobre as necessidades teórico-práticas na abordagem ao doente traumatizado ou politraumatizado, ao nível dos cuidados especializados em enfermagem da pessoa em situação crítica.

Uma vez que uma das competências específicas do EEEMC (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p.19363) é “demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma”, “adequar a resposta em situação de trauma” de forma a prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e do risco de falência orgânica, considerou-se fundamental adquirir e desenvolver competências na área da VVT.

De salientar também que o trauma continua a ser uma importante causa de mortalidade e morbilidade em todo o mundo, incluindo Portugal. O conhecimento dos enfermeiros é um fator decisivo na determinação do sucesso da abordagem e consequente sobrevivência do doente vítima de trauma. Ao reconhecer-se que os enfermeiros são importantes na abordagem à vítima de trauma, assumiu-se como pertinente conhecer o nível de conhecimento dos enfermeiros em VVT, tendo em conta que esse é relevante para a melhoria do atendimento ao doente vítima de trauma.

A exigência dos cuidados à pessoa em situação crítica vítima de trauma requer que “o enfermeiro tenha um julgamento clínico e uma tomada de decisão mais dirigida, especializada e consequentemente mais adequada” (Almeida, Ribeiro, Paes, Mota & Príncipe, 2020, p.56).

Neste sentido, realizou-se um estudo uma amostra de 52 enfermeiros que estão em prestação de cuidados no SU de adultos de um centro hospitalar da região norte e que, no exercício da sua profissão, respondam a situações de ativação de VVT em adultos.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O conhecimento sobre a dinâmica de funcionamento da VVT assume-se como de extrema relevância para a elaboração de estratégias de melhoria dos cuidados prestados ao doente vítima de trauma. Deste modo, neste capítulo faz-se uma contextualização teórica do fenómeno em estudo.

2.1. Trauma: um problema de saúde

O trauma é qualquer acontecimento, accidental ou intencional que ameace a vida humana e que resulte em lesões ou alterações no organismo (American Trauma Society, 2011).

O trauma consiste num dos maiores problemas de saúde a nível mundial, responsável pelo aumento da mortalidade e morbilidade da população em geral (Almeida et al., 2020).

O trauma tem grande representatividade enquanto problema de saúde pública e, por ser complexo, requer equipas bem treinadas no sentido de minimizar danos. É considerado uma das epidemias do século XXI, sendo a principal causa de morte nas primeiras quatro décadas de vida, na maioria dos países desenvolvidos (European Resuscitation Council, 2010).

De acordo com a Emergency Nurses Association (ENA, 2019), o trauma pode ser definido como um evento, série de eventos ou conjunto de circunstâncias experimentadas por um indivíduo como prejudicial fisicamente ou emocionalmente ou com risco de vida e que tenha efeitos adversos duradouros no funcionamento e bem-estar mental, físico, social, emocional ou espiritual.

Almeida e colaboradores (2020), com base em dados da OMS, referem que se estima que cerca de 16.000 pessoas morrem diariamente devido a lesões graves (5.8 milhões de mortes por ano) e, em 2020, perspectivam-se cerca de 8.4 milhões de mortes causadas por trauma. Gomes e colaboradores (2008), referem que o trauma é a maior causa de mortalidade entre os 4 e os 44 anos de idade a nível mundial, sendo os acidentes rodoviários, acidentes de trabalho, lesões autoinfligidas e violência interpessoal as maiores etiologias do trauma. Em custos, o American College of Surgeons Committee on Trauma (ACS-COT, 2008) refere que o trauma se traduz num valor que excede os 500 biliões de dólares anuais à escala mundial, custos esses que seriam muito superiores se fossem considerados salários perdidos, despesas

médicas, despesas administrativas de seguros, danos de propriedade e custos indiretos de lesões provenientes de acidentes de trabalho.

O trauma continua a ser uma importante causa de mortalidade e morbilidade em todo o mundo, incluindo Portugal. É reconhecido que, para a abordagem à vítima de trauma, existe também um conjunto de atitudes que, se realizadas numa fase precoce da doença, reduzem as complicações e a mortalidade que lhe estão associadas (DGS, 2010). A OMS emanou recomendações e *guidelines* para a implementação de sistemas de trauma e programas de melhoria da qualidade da abordagem e tratamento do doente traumatizado (Juillard, Mock, Goosen, Joshipura & Civil, 2009).

A Ordem dos Médicos publicou, em 2009, as “Normas de Boa Prática em Trauma”. De acordo com essas recomendações, e dada a importância da situação clínica em causa, bem como o potencial impacto na redução da mortalidade e morbilidade nos doentes vítimas de trauma, com a adoção de medidas relativamente simples e custo-efetivas, a DGS (2010) traduziu e adaptou as orientações existentes a nível nacional e internacional.

Segundo o Despacho n.º 8977/2017, de 11 de outubro, que visa a criação da Comissão Nacional de Trauma, “o trauma constitui um problema com múltiplas implicações, sendo um desafio para muitas sociedades com repercussões sociais e económicas significativas” (p.23038). Ainda no mesmo despacho é referido que, em Portugal, “a sua prevalência e o seu impacto aconselham o investimento na prevenção e no tratamento, seja na fase da abordagem inicial, seja no acompanhamento e na reabilitação posterior” (p.23038).

Compete à Comissão Nacional de Trauma “identificar e fomentar a divulgação e implementação de normas de boa prática em trauma, rever e promover a concretização de Equipas de Trauma nos hospitais, mais especialmente nos designados Centros de Trauma, realçar a importância da formação profissional adequada” (Despacho n.º 8977/2017, de 11 de outubro, p.23039).

O Ministério da Saúde através do despacho n.º 2534/2021, de 5 de março, renovou o mandato da Comissão Nacional de Trauma, criada em 2017, com vista à continuidade da definição e concretização das medidas estratégicas para a melhoria do desempenho da emergência pré e intra-hospitalar, da abordagem hospitalar e do acompanhamento subsequente do doente traumatizado.

O ACS-COT (2008) descreve uma distribuição trimodal das mortes, ou seja, que estas ocorrem principalmente em três períodos ou picos. O primeiro pico surge segundos ou minutos após o traumatismo e as mortes geralmente resultam de apneia secundária a lesão cerebral traumática grave, lesões medulares altas ou rutura cardíaca, da aorta ou outros grandes vasos. Poucas vítimas poderão ser salvas nesta fase devido à gravidade das suas lesões. O segundo pico ocorre entre minutos a várias horas após uma lesão. As mortes ocorrem durante este período devido a hematomas subdurais e epidurais, hemo-pneumotórax, ruturas do baço, lacerações do fígado, fraturas da bacia ou lesões múltiplas associadas a perda significativa de sangue. A *golden hour* do cuidar depois de uma lesão traumática é caracterizada pela necessidade de uma rápida abordagem e ressuscitação e é aqui, nesta fase, que ocorre a intervenção primária e o mais precoce possível da equipa de saúde.

De acordo com o ASC-COT (2008), o treino adequado dos profissionais e o desenvolvimento de sistemas de trauma têm tendência a mudar o panorama negativo do trauma. Uma intervenção de qualidade nos SU fará toda a diferença, pois de acordo com a mesma fonte, todos os profissionais que cuidam de um doente terão um efeito direto no seu resultado e prognóstico final. Só através de cuidados de qualidade se pode garantir que esse resultado será o mais otimizado possível. Já o terceiro pico ocorre entre vários dias e semanas após a lesão traumática e a morte é derivada, geralmente, de sépsis ou disfunção multiorgânica.

A Ordem dos Médicos (2009) reconhece que, em grande parte, a melhoria da reposta ao trauma relaciona-se com a organização dos meios de socorro e assistência. A formação dos profissionais torna-se também essencial para a abordagem ao doente vítima de trauma.

De acordo com a Ordem dos Médicos (2009) e a World Health Organization (WHO, 2004), é determinante o investimento na formação dos profissionais de saúde. Consideram que a formação constitui um instrumento para a concretização de uma meta que é a qualificação dos profissionais enquanto elementos de uma equipa de prestação de cuidados ao doente vítima de trauma. Neste sentido, o número de mortes seria reduzido em 40%. A WHO (2004) reforça a mesma orientação, referindo que num país da América Central, onde foram lecionados cursos avançados de trauma aos seus profissionais, a mortalidade decresceu de 67% para 34%, após essa formação.

A avaliação e reanimação da pessoa vítima de trauma grave requerem uma abordagem multidisciplinar, em que cada elemento deve ter formação e experiência na abordagem do

doente vítima de trauma. É consensual o reconhecimento que a intervenção precoce e adequada melhora o prognóstico. Neste sentido, faz-se referência ao Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2016b), que preconiza que a melhoria dos resultados tem implícitos ganhos de anos de vida, quer pela redução de episódios de doença e duração dos mesmos, quer pela diminuição das situações de incapacidades temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial, bem como pela diminuição do sofrimento e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde.

Para a DGS (2010), quando uma intervenção precoce e adequada pode melhorar significativamente o prognóstico dos doentes vítimas de trauma (mortalidade e morbilidade), é essencial a implementação de mecanismos organizacionais que permitam, em tempo útil, identificar e implementar um plano terapêutico otimizado, bem como a instituição de um sistema de avaliação de trauma.

Em resumo, o trauma é uma causa de morte e morbilidade nas pessoas com idade inferior aos 40 anos, com grande impacto social e económico, “A multiplicidade de lesões decorrentes de um evento traumático coloca as vítimas em risco de vida. A mortalidade e morbilidade resultante destes eventos são indicadores preocupantes sensíveis aos cuidados de enfermagem imprescindíveis no socorro imediato” (Mota et al., 2019, p.123).

2.2. Via Verde Trauma

A triagem diferencia os doentes vítimas de trauma de acordo com a gravidade clínica, atendendo à prioridade clínica baseada na identificação de problemas. Tendo em conta este pressuposto, foram criadas as Vias Verdes.

Por definição, Via Verde significa uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações (Carneiro, 2008). Tem como objetivo obter uma maior rapidez na triagem, na avaliação e orientação dos doentes, contribuindo para o diagnóstico precoce e, simultaneamente, a instituição, em tempo útil, de terapêutica otimizada. A abordagem rápida e eficaz decorre de uma organização em que se incluem componentes como a prevenção, a comunicação, o equipamento adequado, a

formação dos vários profissionais e a articulação entre as diversas instituições envolvidas (DGS, 2010).

Adicionalmente, os doentes com sinais ou sintomas compatíveis com AVC, obstrução das artérias coronárias, infeções generalizadas e traumatismos graves entram em vias prioritárias de atendimento - Vias Verdes - que facilitam o atendimento quase imediato destes doentes, uma vez que, nestes casos, um tratamento mais precoce reduz o risco de vida ou de perda de um órgão. De acordo com a Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN, 2009), as Vias Verdes funcionam como uma estratégia otimizada com o objetivo da melhoria da acessibilidade dos doentes, na fase aguda das doenças, aos cuidados de saúde mais adequados de diagnóstico e tratamento dentro da janela terapêutica comprovadamente mais eficaz. Funciona na metodologia, doente certo no local certo no mais curto espaço de tempo possível.

A VVT é um sistema de trauma inclusivo, pois é aplicável, segundo a DGS (2010), a todas as unidades de saúde com SU. Um sistema de trauma inclusivo tem a responsabilidade de toda a cadeia de tratamento multidisciplinar, desde o pré-hospitalar até à reabilitação do doente, dentro de uma área geográfica delimitada. Para o efeito, existe colaboração entre o governo local/estatal, serviço de emergência médica e SU hospitalar, e estes são categorizados de acordo com níveis diferenciados de capacidade de atendimento.

Uma comissão multidisciplinar de peritos, à qual pertencem enfermeiros, redigiu um documento (ARSN, 2009) que serviu de base, juntamente com os documentos anteriormente referidos, para que a DGS (2010) emitisse a circular normativa n.º 07/DQS/DQCO, de 31 de março, onde informa que a norma para organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado, implícita nesse documento, deverá ser instituída em todas as unidades de saúde com SU - VVT. As orientações estão organizadas em cinco pressupostos:

1. Critérios de ativação da equipa de trauma (Triagem);
2. Existência de equipa de trauma organizada, com coordenador definido;
3. Registos;
4. Avaliação primária (realizada em menos de 20 minutos);
5. Avaliação secundária (realizada em menos de 1 hora).

A VVT serve de orientação à avaliação do doente vítima de trauma, com vista à sua estabilização, tratamento, encaminhamento para a sala de emergência. A abordagem e os registos são efetuados de forma sistematizada através da abordagem “ABCDE”, criada pelo *American College of Surgeons Committee on Trauma* (2008) e adotada pela DGS (2010) e por diversos autores (Comissão Regional do Doente Crítico, 2009; ENA, 2007; Society of Trauma Nurses [STN], 2008).

O registo de trauma permite obter dados da pessoa vítima de trauma pela descrição do tipo de traumatismo, parâmetros fisiológicos, abordagem clínica, bem como dados demográficos, epidemiológicos e de fatores que influenciam a prestação de cuidados de saúde (Boyd, 2010).

2.3. Critérios de ativação da Equipa de Trauma

É na triagem que ocorre o primeiro contacto do doente com o prestador de cuidados, bem como a identificação precoce das necessidades de atendimento urgente de uma forma objetiva e contínua ao longo do tempo e ativar a VVT. Desta forma, o doente é avaliado, triado e encaminhado pelo enfermeiro para a respetiva especialidade. É assim que o sistema de triagem de Manchester está implementado. De acordo com o ACS-COT (2008), a triagem é um processo de priorização do tratamento dos utentes durante eventos de feridos em massa. O seu objetivo, segundo Ganley e Gloster (2011), é diferenciar os doentes que necessitam de tratamento imediato dos que podem esperar, depois de avaliação inicial e prestação de primeiros socorros. Os mesmos autores reforçam a ideia de que a triagem é um processo dinâmico embora com critérios sempre idênticos dentro do mesmo cenário de triagem (seja ele um SU ou um cenário exterior de catástrofe), pois o estado dos doentes pode mudar rapidamente e pode ser necessário retriagem do mesmo.

Em termos gerais, um método de triagem proporciona aos profissionais de saúde não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica que se baseia na identificação de problemas. A avaliação da situação clínica é realizada a partir das queixas apresentadas pelo doente. Neste sentido, foi elaborada uma lista de cinquenta fluxogramas baseados nas queixas dos doentes, incluindo quase todas as situações que surgem nos SU, tendo sido também criados dois fluxogramas de situação de catástrofe (GPT, 2017).

A primeira parte do método de triagem exige que o profissional de saúde selecione o fluxograma mais específico em conformidade com a queixa mencionada. Seguidamente,

percorre os discriminadores do fluxograma, selecionando o primeiro que seja positivo ou que não se consiga negar (GPT, 2017). A escolha do fluxograma de apresentação é imposta pela queixa do doente e seguidamente é necessário realizar a recolha e a análise de informações que possibilitem a determinação da prioridade clínica. Assim, o fluxograma estrutura este processo, apresentando discriminadores-chave em cada nível de prioridade. Por outro lado, a avaliação é realizada tendo em conta a prioridade clínica mais elevada, sendo os discriminadores deliberadamente colocados na forma de perguntas de forma a facilitar o processo de avaliação. A seleção de um dos discriminadores leva à categorização de uma de cinco prioridades clínicas: vermelho (emergente), laranja (muito urgente), amarelo (urgente), verde (pouco urgente) e azul (não urgente) (GPT, 2017). Em Portugal, a implementação da triagem de prioridades de Manchester é uma realidade, sendo realizada por enfermeiros.

Segundo a Eastern Association for the Surgery of Trauma (2010), uma classificação eficiente dos feridos traduz-se em tempos mais reduzidos no transporte até à instituição de saúde, para melhor gestão de recursos bem como e melhores resultados finais. Compete aos enfermeiros a avaliação inicial da vítima de trauma e seguidamente, se justificável, a ativação da equipa de trauma. A DGS (2010) emitiu as recomendações de ativação de equipas de trauma, de acordo com os critérios apresentados nas Tabelas 1 e 2. O mesmo organismo refere que a existência de, no mínimo, um critério absoluto dos que são apresentados na Tabela 1, implica a ativação da VVT. Considera, ainda, que são apenas valorizados como positivos os dados que estiverem presentes durante a triagem de prioridades de Manchester. Prevê-se a ativação da equipa de trauma em situações aparentemente menos graves, caso seja verificada a existência de comorbilidades importantes associadas e quando se trata de idades extremas.

Tabela 1: Critérios absolutos de ativação da equipa de trauma

CRITÉRIOS ABSOLUTOS	
Sinais Vitais – Nível de Consciência	
•	Escala de coma de Glasgow < 14
•	Pressão arterial sistólica < 90 mmHg
•	Frequência respiratória < 10 ou > 29 C / min
•	Necessidade de ventilação assistida
•	Deterioração clínica desde o acidente
•	Deterioração clínica no SU
•	<i>Revised Trauma Score</i> < 11
Anatomia da Lesão	
•	Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ao cotovelo e ou joelho
•	Retalho costal
•	Fratura de 2 ou + ossos longos
•	Fratura da bacia
•	Fratura do crânio com afundamento
•	Amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo
•	Lesão neurológica
•	Associação trauma, queimaduras
•	Queimaduras major 2º Grau > 20% ou 3º Grau > 5%
•	Queimaduras com inalação
•	Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, circunferenciais mãos ou pés

Legenda: mmHg- milímetro de mercúrio; min.- minuto; SU- serviço de urgência.

Fonte: Adaptado de DGS (2010).

Deverá ser ativada a equipa de trauma sempre que se verifique a existência de um critério absoluto ou um critério relativo e um fator de comorbilidade. Assim, o enfermeiro deve estar atento e ter em conta a eventual existência de comorbilidades importantes associadas, idade extrema e situações aparentemente menos graves, mas que deverá ser também ativada a equipa de trauma (DGS, 2010).

Tabela 2: Critérios relativos de ativação da equipa de trauma

CRITÉRIOS RELATIVOS	
Energia e Mecanismo de Lesão	
•	Mortes no mesmo veículo
•	Projeção do veículo
•	Encarceramento > 30 min
•	Queda > 3 metros
•	Atropelamento
•	Acidente entre veículo 2 rodas e outro
•	Acidente veículo de 2 rodas > 30 km/h
•	Deformidade/Intrusão no veículo
•	Acidente > 50 km/h
•	Capotamento
Fatores de Comorbilidade	
•	Ambiente térmico hostil
•	Idade > 60 anos
•	Doença médica limitante: 1. Respiratória, Cardíaca; 2. Hepática, Hematológica, Imunosupressão; 3. Obesidade
•	Gravidez
•	Terapêutica de risco: βbloqueadores, digitálico, anticoagulantes
•	Intoxicação substância de abuso

Legenda: min.- minuto; km/h- quilómetros por hora;

Fonte: Adaptado de DGS (2010).

No que diz respeito aos critérios de ativação da equipa de trauma, na triagem, o enfermeiro prioriza a assistência ao doente vítima de trauma, com base numa avaliação inicial e no cumprimento dos critérios. A equipa de trauma é ativada telefonicamente em menos de três minutos (DGS, 2010). Desta forma, a triagem constitui-se como a primeira fase de todo o processo. O ACS-COT (2008), refere que a combinação entre parâmetros fisiológicos e anatómicos, associados ao mecanismo de lesão, proporcionam uma melhor triagem do que um parâmetro isolado.

2.4. Equipa de Trauma

A STN (2008), refere que o trabalho de equipa é essencial para cuidados em trauma de alta qualidade. Georgiou e Lockey (2010), referem que a existência de equipas de trauma diminui a mortalidade das vítimas de trauma, assim como os tempos que decorrem na ressuscitação, transporte para exames auxiliares de diagnóstico e bloco operatório. De acordo com os mesmos autores, também o tempo decorrente até à alta do doente diminui na presença e abordagem realizada por uma equipa de trauma treinada.

Este período de cuidados clínicos exige ações bem coordenadas. A metodologia de intervenção deve ser efetuada em equipa, onde cada elemento que a constitui possui objetivos claros e responsabilidades bem definidas, nessa sequência de intervenção, para se possibilitar uma mais rápida identificação e correção das anomalias encontradas (DGS, 2010). De acordo com o mesmo organismo, é necessário dispor de uma equipa multidisciplinar, organizada, coordenada e coesa, sólida, em termos de suporte científico e experiência e de uma liderança no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão. A metodologia é reprodutível para áreas de menores recursos, desde que se mantenham os níveis científicos mínimos exigíveis (formação e treino).

Segundo a norma da DGS (2010) deve existir um coordenador da equipa de trauma nomeado para o efeito e uma equipa de trauma, necessária para a abordagem do doente traumatizado. Esta equipa deve ser multidisciplinar, possuir formação e experiência em trauma e integrar os seguintes profissionais do SUP:

- Intensivista ou, na sua ausência, médico com formação e experiência em medicina de emergência, com a competência em emergência. Médico intensivista pediátrico, em caso de crianças, se existir;

- Médico anestesista com formação e experiência em trauma (recomenda-se o reconhecimento da competência em emergência médica);
- Médico-cirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência (recomenda-se o reconhecimento da competência em emergência médica). Médico-cirurgião pediátrico, em caso de crianças;
- Médico ortopedista com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência;
- Médico neurocirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência;
- Médico imagiologista com formação e experiência em trauma, idealmente em imagiologia de intervenção. No mínimo, acesso a imagiologia nas 24 horas, com relato médico dos exames, ainda que com recurso a telemedicina;
- Enfermeiro com experiência em cuidados de emergência - SAV e Suporte de Vida em Trauma. Enfermeiro com formação especializada em pediatria e formação em SAV Pediátrico, em caso de crianças, se existir;
- Segundo enfermeiro (se houver necessidade de afetação) com experiência em cuidados de emergência - SAV e Suporte de Vida em Trauma;
- Auxiliar de ação médica, conhecedor da metodologia de trabalho de uma SE com formação em suporte básico de vida e técnicas de trauma;

Tal como já referenciado, em Portugal, com implementação em vários hospitais do país, a triagem de prioridades de Manchester é efetuada por enfermeiros. A triagem é a primeira fase de todo o sistema. A Eastern Association for the Surgery of Trauma (2010), preconiza uma classificação eficaz dos feridos, traduzindo-se em tempos menores de transporte para os cuidados definitivos, mais otimização do aproveitamento dos recursos e dos resultados finais. Assim, é outorgado aos enfermeiros fazer a avaliação inicial da vítima de trauma e, consequentemente, caso se justifique, a ativação da equipa de trauma.

É de referir que o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, preconiza, como unidade de competência, que o EEEMC “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”, identificando prontamente “focos de instabilidade”; “responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade”;

“executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma” (p.19363).

2.5. Avaliação primária e secundária do doente vítima de trauma

Os doentes vítimas de trauma são avaliadas e a prioridade dos tratamentos deve ser instituída, tendo em consideração as lesões, sinais vitais e nos mecanismos de lesão. “O tratamento de doentes vítimas de trauma grave, requer uma rápida avaliação das lesões e instituição de terapêutica essencial à preservação das funções vitais” (Geraldes, 2012, p.24). De acordo com o mesmo autor, a gestão dos cuidados implica uma rápida “avaliação primária, ressuscitação de funções vitais, uma avaliação secundária e finalmente, a iniciação de um tratamento definitivo” (p.24).

O atendimento inicial do doente politraumatizado obedece à sequência “ABCDE”, estabelecida pelo ACS-COT, adaptada da sequência “ABC” da American Heart Association, conforme referido pela DGS (2010). Estas iniciais têm o seguinte significado: A (via aérea e proteção cervical), B (respiração e ventilação), C (circulação com controlo de hemorragia), D (estado neurológico) e E (exposição da vítima com controlo do ambiente/temperatura).

Neste sentido, os cuidados clínicos exigem e ações bem coordenadas. A metodologia de intervenção deve ser efetuada de uma forma horizontal, isto é, em equipa, em que cada elemento tem objetivos claros e responsabilidades bem definidas, nessa sequência de intervenção, de modo a possibilitar uma mais rápida identificação e correção das anomalias encontradas. Para tal, é necessário dispor de uma equipa multidisciplinar, organizada, coordenada e coesa, sólida, em termos de suporte científico e experiência, liderança no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão. Dispor de uma SE com os recursos necessários, organizados e preparados para a reanimação e meios de comunicação para a notificação pré-hospitalar-hospital, ativação da equipa, comunicação inter-hospitalar, comunicação interpessoal na equipa atuante e comunicação com a equipa consultiva (DGS, 2010).

A constituição de equipa limitada a dois elementos, médico e enfermeiro, não inviabiliza um atendimento eficaz. Esta metodologia pode ser utilizada em situações de menores recursos, desde que se mantenham os níveis científicos mínimos exigíveis (formação e treino). A este

nível, a abordagem dos doentes é vertical, isto é, as intervenções são executadas umas a seguir às outras, mantendo a sequência “ABCDE” (DGS, 2010).

Assim, no que se refere à norma clínica, assume extrema importância a realização de avaliação primária e estabilização inicial (em menos de 20 minutos). A abordagem inicial da pessoa vítima de trauma deve ser realizada em qualquer nível de cuidados, estando dependente da organização e da estruturação do atendimento. A avaliação inicial e o processo de reanimação começam no local do acidente, onde é feita a triagem e tomada a decisão de transferência e transporte. São prioridades nesta fase:

- Avaliar e controlar a via aérea, com estabilização e imobilização total da coluna, a par do fornecimento de suplemento de oxigénio;
- Avaliar e controlar a respiração, entubando endotraquealmente e ventilando, caso seja necessário;
- Avaliar e controlar a função cardiovascular, parando a hemorragia externa e iniciando fluidoterapia sem compromisso temporal. Deve ser realizado o diagnóstico precoce de eventual hemorragia interna, recorrendo ao protocolo denominado *Focused Assessment with Sonography for Trauma* (FAST), ou seja, o protocolo Avaliação Focalizada com Sonografia para Trauma (DGS, 2010). O FAST é um dos exames de diagnóstico mais rápidos para identificar fluidos livres na cavidade peritoneal;
- Tratar “D”, controlando o “ABC”.
- Impedir a hipotermia;
- Administrar fluidos judiciosamente, em bólus de 250 ml, para manter a pressão arterial sistólica em 80-100 mm/Hg;
- Obter informações relativas a mecanismos de lesão e comorbilidades;
- Registar os dados, incluindo mecanismos de lesão, sinais vitais e procedimentos realizados.

O trauma requer uma abordagem por prioridades, avaliando passo a passo, as lesões que condicionam o transporte ou o fornecimento de oxigénio às células, na metodologia “*problema encontrado = problema resolvido*” (DGS, 2010).

Na avaliação primária deverão ser efetuadas intervenções simultâneas de ressuscitação, seguindo a prioridade da metodologia ABCDE. Esta metodologia tem como objetivo identificar e tratar lesões potencialmente ameaçadoras de vida, onde a prioridade é a mesma para todos os doentes independentemente da idade.

Neste sentido, ainda segundo Geraldles (2012), as intervenções de enfermagem para cada fase consistem em:

- A. Averiguar a permeabilidade da via aérea (aspirando a mesma se necessário, inserir tubo oro ou nasofaríngeo ou preparando entubação endotraqueal se aplicável, antecipando necessidade de cricotiroidectomia), manter controlo da cervical numa posição neutra (usando material de imobilização), verificar lesão evidente ou obstrução;
- B. Avaliar a presença e eficácia da respiração (expondo o tórax, caracterizando os movimentos respiratórios, auscultação pulmonar e cardíaca, palpação torácica bilateral, administrar O₂ por máscara de alto débito, procurar por sinais de pneumotórax, hemotórax ou tamponamento cardíaco, preparar entubação endotraqueal se aplicável);
- C. Reconhecer sinais de hemorragia (usando a pressão direta em hemorragia externa, cateterizando veias periféricas de grande calibre para infusão de fluidos, aquecendo-os na presença de uma vítima em hipotermia, aplicação de estabilizadores pélvicos ou imobilizadores do fémur, com a finalidade de controlar a hemorragia, preparar a vítima para intervenção cirúrgica, caso haja hemorragia interna); avaliação do estado de consciência, da qualidade do pulso, temperatura e cor da pele;
- D. Avaliar o *Glasgow Coma Score* (GCS) da vítima, com antecipação da entubação endotraqueal, caso seja <8; avaliação da dimensão, correspondência e reatividade pupilar;
- E. Expor a pessoa vítima de trauma, examinando-a totalmente, com aplicação simultânea de medidas de aquecimento, a fim de se prevenir a hipotermia, recorrendo-se, assim, a cobertores aquecidos e/ou a dispositivos de aquecimento ativo.

Como adjuvantes da avaliação inicial, segundo a DGS (2010), recomenda-se a *monitorização* da frequência respiratória, oximetria de pulso, CO₂ expirado em doentes ventilados, eletrocardiograma e frequência cardíaca, pressão arterial, gases do sangue, temperatura, débito urinário, monitorização de lactato sérico (se disponível). No que se refere às *colheitas de espécimes para análise laboratoriais*, deve-se ter em conta a introdução de sonda gástrica, algaliação após avaliação perineal, glicemia capilar, hemograma com contagem de plaquetas, estudo da coagulação, grupo de sangue com provas cruzadas, bioquímica, alcoolemia, pesquisa de tóxicos e/ou drogas de abuso e β HCG – nos doentes do sexo feminino entre os 12 e os 50 anos. A *execução de exames complementares de diagnóstico*, fora da SE, comporta riscos importantes, pela mobilização e deslocação para locais nem sempre preparados para receber doentes críticos. A realização destes exames exige um planeamento adequado, que inclui:

- Transporte com o mesmo grau de monitorização da SE e de acordo com as normas de transporte de doentes da Ordem dos Médicos e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos;
- Articulação com médico radiologista, ortopedista e neurorradiologista ou outros, quando necessário, de modo a evitar repetições de exames e transportes múltiplos (DGS, 2010).

Segundo a mesma norma, todos os doentes com trauma grave devem realizar por rotina: radiografia antero-posterior do tórax (na SE sempre que possível), Tomografia axial computadorizada (TAC) cervical, radiografia antero-posterior e de perfil de toda a coluna, se o doente estiver em coma ou não colaborante, radiografia da bacia (na SE sempre que possível), ecografia toraco-abdominal (“FAST”, na SE sempre que possível) e TAC cerebral. A ecografia toraco-abdominal deve ser executada durante a fase C da avaliação primária, pois o seu objetivo é identificar o local de hemorragia. No entanto, nenhum destes exames tem precedência sobre os procedimentos considerados emergentes. Os restantes exames radiológicos serão definidos em função do resultado da avaliação total do doente.

No que diz respeito à avaliação secundária, é parte integrante da mesma: a avaliação sistemática e pormenorizada, da cabeça aos pés, com a respetiva identificação de “todas as lesões atuais, na cabeça, face, tórax, abdómen, bacia, períneo, extremidades e região posterior,

sinais de trauma, hemorragia ou dor presente, que poderão ser sugestivas de lesão. Deve ser também atualizada a história clínica da vítima se possível” (Geraldes, 2012, p.25).

A DGS (2010) preconiza que o tempo de avaliação deverá ser na avaliação primária inferior a vinte minutos, e na avaliação secundária, inferior a uma hora. Neste sentido, o enfermeiro assume um papel de destaque na equipa de trauma, o que implica possuir conhecimento consistente e compreender os conceitos basilares do cuidado avançado em trauma.

2.6. A importância do registo de trauma no sistema de trauma

Numa rede de trauma, o registo de dados é imprescindível, dado que permite estabelecer o plano de ação para o cuidado do doente vítima de trauma. Por outro lado, possibilita fazer uma análise da ocorrência e prevalência do trauma em termos geográficos, bem como analisar a sua etiologia e a severidade da lesão, a identificação do acesso aos cuidados, a eficiência do tratamento e o desvio às normas (Ordem dos Médicos, 2009).

A ENA (2007), definiu uma mnemónica de avaliação para a pessoa vítima de trauma, um instrumento de registo de enfermagem, tendo em conta a metodologia ABCDE:

- A. Via aérea com proteção cervical, registando-se toda a caracterização da via aérea e intervenções executadas;
- B. Respiração, registo de toda a caracterização da respiração e intervenções realizadas;
- C. Circulação com controlo de hemorragia, com registo de toda a caracterização do estado hemodinâmico da vítima e intervenções executadas;
- D. Disfunção neurológica, com registo da avaliação neurológica e intervenções realizadas;
- E. Exposição com controlo de temperatura, fazendo-se o registo da exposição do doente e intervenções executadas;
- F. Avaliação de todos os sinais vitais, intervenções focalizadas e presença da família; deve fazer-se um registo integral de sinais vitais, intervenções efetuadas ao doente, facilitando a presença dos familiares e/ou pessoa significativa, avaliação das suas necessidades, procurando-se, desde que possível, o envolvimento da família nos cuidados, com consequente explicitação dos procedimentos efetuados;

G. Implementação de medidas de conforto, com registo da gestão e das medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor;

H. História do doente;

I. Inspeção de superfícies posteriores.

A prestação de cuidados de enfermagem ao doente politraumatizado tem como principal objetivo a diminuição e, se possível, a eliminação das sequelas do trauma, sendo o enfermeiro o responsável pela avaliação inicial, que é realizada em carácter de emergência, tendo como objetivo manter o equilíbrio fisiológico do doente, através da identificação e tratamento das lesões (Bezerra, Matos, Costa, Moreira & Medeiros, 2015). Estes autores consideram a avaliação, o exame primário, através do qual o enfermeiro identifica outras lesões, e na avaliação secundária planeia e executa de os cuidados de enfermagem ao doente vítima de trauma.

O conhecimento acerca do trauma possibilita aos enfermeiros cuidar de doentes em situações de risco de vida, bem como realizar as intervenções necessárias em função da complexidade da assistência ao doente vítima de trauma. O conhecimento teórico e prático constitui um recurso para a capacitação do enfermeiro para o exercício profissional, garantindo um cuidado eficiente e eficaz (Simões, Neto, Maciel, Furtado & Paulo, 2012). A assistência ao doente vítima de trauma implica um trabalho multidisciplinar, sendo o doente o foco do cuidado (Schroeter, 2015).

3. METODOLOGIA

Os procedimentos metodológicos servem para o investigador desenhar o percurso que irá percorrer, com o intuito de responder à pergunta de partida e orientar o desenrolar do estudo e que é definido de acordo com os objetivos pretendidos (Fortin, Côté & Filion, 2009).

Ao longo deste subcapítulo definiu-se os procedimentos metodológicos, nomeadamente: o tipo de estudo, a população e a amostra, as variáveis em estudo, as questões de investigação e hipóteses, a definição de objetivos, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos dessa recolha e considerações éticas e o tratamento e análise dos dados.

3.1. Definição de objetivos

A investigação deve assentar em objetivos claros e previamente definidos. O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação, ou seja, é um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão (Fortin et al., 2009).

O principal objetivo desta investigação explorar os fatores relacionados com o conhecimento dos enfermeiros do SU geral de um centro hospitalar da região norte do país sobre VVT e os seus algoritmos de avaliação e tratamento. Os objetivos específicos deste estudo são:

- Caracterizar, em termos sociodemográficos e profissionais, os enfermeiros participantes no estudo;
- Avaliar o conhecimento sobre VVT e o número de ativações percecionadas pelos enfermeiros participantes no estudo;
- Analisar a relação entre o nível de conhecimento em VVT com as características sociodemográficas dos enfermeiros participantes do estudo;
- Analisar a relação entre o nível de conhecimento em VVT com as características profissionais dos enfermeiros do estudo;
- Elaborar uma proposta de formação no serviço sobre VVT.

3.2. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, transversal e de abordagem quantitativa.

Considera-se um estudo do tipo descritivo-correlacional, uma vez que o seu objetivo principal foi explorar e descrever relações entre variáveis num determinado espaço e tempo, o que nos permite circunscrever o fenómeno estudado (Fortin et al., 2009).

Este estudo é ainda definido como transversal, uma vez que mediu a frequência de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento temporal (Fortin et al., 2009).

Tendo por base os objetivos de estudo, a abordagem foi quantitativa, uma vez que se caracteriza pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos. A metodologia quantitativa procura explicar e predizer um fenómeno pelas medidas das variáveis e pela análise de dados numéricos (Fortin et al., 2009). É também um estudo correlacional, dado que se procede a explicações, a predições e ao estabelecimento de relações de causa efeito.

3.3. População e amostra

Uma população define-se como conjunto de pessoas com características em comum (Fortin et al., 2009). Os mesmos autores explicam que população alvo é o conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos pelo investigador. A amostra é uma fração representativa da população, sendo a representatividade a sua característica fundamental.

Fortin e colaboradores (2009) defendem que a população é definida por critérios de inclusão. Estes critérios correspondem às características essenciais que os elementos da população têm (ou não) que apresentar para serem considerados na mesma.

Os critérios de inclusão nesta investigação são: i) Enfermeiros que estão em prestação de cuidados no SU de adultos de um centro hospitalar da região norte; ii) Enfermeiros que, no exercício da sua profissão, respondam a situações de ativação de VVT em adultos.

Neste sentido, a população ficou constituída por todos os enfermeiros que respeitam os critérios de inclusão, ou seja, todos os enfermeiros a desempenhar funções no SU, com uma dimensão estimada de 56 participantes.

A amostra é uma fração representativa da população, sendo a representatividade a sua característica fundamental. A amostragem “é um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira ... permite estimar, de forma precisa, as características de uma população a partir da informação obtida junto de uma amostra (Fortin et al., 2009, p.310).

Segundo os mesmos autores, os critérios de exclusão servem para determinar os elementos que não farão parte da amostra.

Como critérios de exclusão, delinearam-se: i) Enfermeiros que não tenham preenchido o questionário em mais de 80%; ii) Enfermeiros que não se encontrem em funções durante o período de recolha de dados.

Sendo assim, a amostra foi definida pelos critérios de exclusão. Trata-se de uma amostra não probabilística por conveniência, dado que é constituída por um grupo de enfermeiros por conveniência da investigadora. Neste tipo de amostragem, não é possível terminar com exatidão o tamanho da amostra, bem como o grau de enviesamento causado pela ausência de elementos (Fortin et al., 2009). A amostra incluiu, assim, os enfermeiros que respeitaram os critérios de exclusão, tendo ficado constituída por 52 enfermeiros, uma vez, que quatro enfermeiros não se encontravam em funções no momento da aplicação do instrumento de recolha de dados.

3.4. Variáveis em estudo

As variáveis são unidades base da investigação, definindo-se como qualidades, propriedades ou características de um grupo de pessoas ou fenómenos em estudo (Fortin et al., 2009). Para estes autores, as variáveis de investigação são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas, não há variáveis independentes a manipular ou relações de causa e efeito a examinar.

As variáveis sociodemográficas são variáveis atributo, que segundo os mesmos autores, estas são características pré-existentes dos participantes num estudo. As variáveis atributo, neste estudo, são: grupo etário, sexo e formação académica (licenciatura, mestrado, doutoramento).

No presente estudo, e segundo a classificação de Fortin e colaboradores (2009), as variáveis de investigação são as:

- Variáveis profissionais: experiência profissional, experiência profissional no SU e categoria profissional;
- Formação: formação profissional (pós-graduação e especialidade);
- Nível de conhecimento dos enfermeiros em VVT.

A operacionalização de variáveis consiste em subdividi-las de modo a uniformizar critérios e proceder à sua mensuração.

Segundo Lakatos e Marconi (2003), as variáveis “devem ser definidas com clareza e objetividade e de forma operacional” (p.27). Por sua vez, Polit e Hungler (1995) afirmam que “para que seja útil, a definição deve especificar a maneira como a variável será observada e mensurada na situação de pesquisa” (p.27).

De seguida apresenta-se a operacionalização e categorização das variáveis em estudo (Tabela 3).

Tabela 3: Operacionalização e categorização de variáveis

Variáveis	Operacionalização	Nível de Mensuração	Categorização
Variáveis Sociodemográficas	Idade	Intervalo de tempo que decorre entre a data do nascimento (dia, mês e ano) e as 0 horas da data de referência. A idade é expressa em anos completos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2018).	Ordinal 1- 25-40 anos 2- 41-60 anos
	Sexo	Número dos efetivos populacionais do sexo masculino e os do sexo feminino (INE, 2018).	Nominal 1- Feminino 2- Masculino
	Habilitações académicas	Curso ou ciclo de estudos concluído por um indivíduo num estabelecimento de ensino nacional ou estrangeiro e comprovado por diploma ou certificado (INE, 2018).	Ordinal 1- Licenciatura 2- Mestrado 3- Doutoramento
Variáveis Profissionais	Categoria profissional	Habilitações profissionais. Definida de acordo com o Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de setembro, que define a carreira de enfermagem à época da realização do estudo.	Ordinal 1- Enfermeiro 2- Enfermeiro graduado 3- Enfermeiro especialista
	Tempo de exercício profissional	Anos de experiência profissional.	Ordinal 1- De iniciado a proficiente (0-4 anos de serviço) 2- Perito (≥5 anos de serviço)
	Tempo de exercício de funções no atual serviço	Anos de exercício no serviço onde atualmente desempenha funções.	Ordinal 1-De iniciado a proficiente (0-4 anos de serviço) 2- Perito (≥5 anos de serviço)
Formação	Formação profissional	Com pós-graduação.	Nominal 0-Não 1-Sim
		Qual a pós-graduação.	Nominal 1- Emergência e trauma 2- Cuidados paliativos e fim de vida 3- Urgência e emergência 4- Emergência extra hospitalar 5- Psicogeriatría 6- Cuidados continuados 7- Doente Crítico 8- Cuidados continuados e paliativos 9- Emergência hospitalar e gestão e administração em serviços de saúde
		Possuir especialidade	Nominal 0-Não 1-Sim
		Qual a especialidade	Nominal 1- Médico cirúrgica 2- Comunitária 3- Reabilitação 4- Saúde mental
	Formação específica em VVT	Aquisição de conhecimentos específicos em VVT	Nominal 0-Não 1-Sim
Experiência no âmbito VVT	Nº estimado de ativações VVT	Número estimado de ativações de VVT que o enfermeiro participou no último ano.	Ordinal 1-0-9 ativações 2-≥10 ativações
	VVT implementada no SU	Implementação da VVT no SU	Nominal 0-Não 1-Sim
Conhecimentos em VVT	Nível de conhecimentos em VVT	Medido segundo um questionário com 16 questões de escolha múltipla tendo por base as últimas <i>guidelines</i> recomendadas pela DGS (2010). Com Pontuação de 0 a 100.	Ordinal 1- Muito Mau (0-24 pontos) 2- Mau (25-49 pontos) 3- Razoável (50-74 pontos) 4- Bom (75-89 pontos) 5- Muito Bom (90-100 pontos)

Legenda: SU- Serviço de urgência; VVT- Via Verde Trauma.

3.5. Questões de investigação e hipóteses

As questões de investigação decorrem diretamente do objetivo e precisam a informação que se quer obter e o seu uso está reservado a estudos descritivos e descritivos correlacionais, tendo como principal objetivo descrever conceitos ou estabelecer relações entre as variáveis (Fortin et al., 2009).

Para os autores supracitados, “enquanto o objetivo se enuncia de forma geral, as questões de investigação são mais específicas e incluem os diferentes aspetos suscetíveis de serem estudados, decorrem diretamente do objetivo e indicam o que investigador quer obter como informação” (p.164). As questões de investigação dizem respeito à descrição de conceitos ou de populações, bem como ao estabelecimento de relações entre as variáveis.

Todo o estudo científico pressupõe a existência de variáveis e questões de investigação. Neste estudo, as questões às quais se pretende dar resposta são as seguintes:

- Quais as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros participantes no estudo?
- Qual o número de ativações percebidas pelos enfermeiros participantes no estudo?
- Qual o nível de conhecimento dos enfermeiros participantes do estudo, sobre VVT?
- Quais os fatores relacionados com o nível de conhecimento dos enfermeiros participantes no estudo sobre VVT?

As hipóteses de investigação são premissas que dão explicação provisória das variáveis em estudo, predizendo os resultados. “É o enunciado que antecipa relações entre as variáveis e que necessita de verificação empírica” (Fortin et al., 2009, p.165). Ainda segundo os mesmos autores, as hipóteses influenciam o desenho do estudo, tendo como ponto de partida o quadro conceptual.

Formularam-se as seguintes hipóteses não direcionais que, segundo Fortin e colaboradores (2009), postulam que existe uma relação entre as variáveis, mas não predizem a natureza da relação:

H₁- Existe relação entre as características sociodemográficas e o conhecimento dos enfermeiros participantes no estudo sobre VVT;

- H₂**- Existe relação entre as características profissionais e o conhecimento dos enfermeiros participantes no estudo sobre VVT;
- H₃**- Existe relação entre a formação e o nível de conhecimento sobre VVT dos enfermeiros participantes no estudo sobre VVT;
- H₄**- Existe relação entre o número de ativações de VVT assistidas no último ano e o conhecimento dos enfermeiros participantes no estudo sobre VVT;
- H₅** - Existe correlação entre o número de ativações de VVT e a pontuação do conhecimento dos enfermeiros sobre VVT.

3.6. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados é um meio utilizado para colher as informações oportunas e pretendidas da amostra selecionada, para posteriormente submeter a tratamento estatístico, possibilitando obter conclusões, tendo em conta os objetivos e as hipóteses em estudo. Gil (1999), refere que a elaboração de um instrumento de recolha de dados consiste em traduzir os objetivos específicos da investigação em parâmetros bem rígidos, atendendo a regras básicas para o seu desenvolvimento, obtendo, desta forma, informação válida e pertinente para a realização da investigação.

O instrumento de recolha de dados pelo qual optámos, neste estudo de investigação, foi o questionário. Segundo Fortin e colaboradores (2009), “um questionário tem por objetivo a recolha de informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões” (p.380). Pode ser de respostas abertas ou fechadas conforme a liberdade de resposta por parte dos participantes (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Pode ser aplicado a uma população homogénea como é o caso. Este método apresenta ainda vantagens relacionadas com o custo, sendo este menor. No entanto, à semelhança de outros instrumentos, apresenta também algumas desvantagens que se prendem com a dificuldade de conceção, pois é necessário ter em conta vários parâmetros, tais como: a quem se vai aplicar, o tipo de questões a incluir, o tipo de respostas que se pretende e o tema abordado. Dado ser preenchido pela população sem a interferência do investigador, existe a probabilidade de uma elevada taxa de não-respostas (Fortin et al., 2009).

A aplicação de um questionário permite uma maior sistematização dos resultados fornecidos, maior facilidade de análise, bem como redução do tempo necessário para recolher e analisar os dados. Pode ser aplicado a uma população homogênea, como é o caso. É o instrumento de recolha de dados mais utilizado pelos investigadores, exige por parte dos participantes resposta escrita a um conjunto de questões. Tem vantagens porque pode ser preenchido sem a presença do investigador, garante o anonimato, é um meio rápido e pouco dispendioso de obter dados junto de um grande número de pessoas. No entanto, à semelhança de outros instrumentos, apresenta também algumas desvantagens que se prendem com a dificuldade de conceção, pois é necessário ter em conta vários parâmetros, tais como: a quem se vai aplicar, o tipo de questões a incluir, o tipo de respostas que se pretende e o tema abordado. Dado ser preenchido pela população sem a interferência do investigador, existe a probabilidade de uma elevada taxa de não-respostas (Fortin et al., 2009).

De forma a responder às necessidades da investigação, criou-se um questionário com base na literatura e prática profissional. A elaboração de um questionário exige o cumprimento de várias etapas, nomeadamente: qual a informação a recolher, formular as questões, ordená-las, pré-testar e redigir a introdução e as diretrizes (Fortin et al., 2009).

O questionário integra questões fechadas, dicotómicas e questões mistas para caracterizar a amostra. Está organizado em três partes: as questões da primeira destinavam-se à caracterização sociodemográfica e profissional da amostra (idade, sexo, estado civil, habilitações académicas, categoria profissional, anos de experiência profissional); a segunda parte continha duas questões para conhecer as experiências dos participantes sobre VVT; a terceira parte era constituída por 16 questões para recolher informação sobre os conhecimentos dos enfermeiros acerca da VVT (*Apêndice I*).

A cada questão foi atribuída a pontuação de 0 se estivesse errada ou de 6,25 pontos se estivesse correta. A pontuação final variou entre 0 e 100, sendo qualitativamente baseada na classificação apresentada por Hill e Hill (2000). Assim, a pontuação entre 0 e 24 pontos correspondeu a um nível “Muito Mau de conhecimentos”, de 25 a 49 pontos correspondeu a um nível “Mau de conhecimentos”, de 50 a 74 pontos correspondeu a um nível “Razoável de conhecimentos”, de 75 a 89 pontos correspondeu a um nível “Bom de conhecimentos” e de 90 a 100 pontos correspondeu a um nível “Muito Bom de conhecimentos”.

Para a otimização do instrumento de recolha de dados é importante realizar um pré-teste. “Esta etapa é de todo indispensável pois permite corrigir, modificar e resolver problemas

imprevistos, verificar a redação e a ordem das questões” (Fortin et al., 2009, p.253). Segundo estes autores, o pré-teste também permite evidenciar possíveis falhas na redação das questões, como: complexidade, imprecisão, incoerência, constrangimentos aos participantes e exaustão.

O pré-teste poderá comprovar se este apresenta os elementos essenciais, como a fidedignidade (se são obtidos os mesmos resultados, independentemente da pessoa que o aplica); validade, (se os dados obtidos são todos necessários à pesquisa); e operatividade (se o vocabulário é acessível e claro para todos os participantes) (Lakatos & Marconi, 2003), com vista à sua apreciação para possível reformulação.

Com o intuito de validar o questionário, foi realizado um pré-teste, com uma amostra de 20 enfermeiros de um SU de outra unidade hospitalar com características semelhantes, no período de 21 a 25 de outubro de 2019, os quais não fizeram posteriormente parte da amostra do estudo. Estes enfermeiros responderam à versão provisória apresentada no *Apêndice I*. No final do preenchimento, a investigadora entrevistou estes enfermeiros, tendo registado o tempo que demoraram no preenchimento, as dificuldades sentidas no preenchimento e os contributos para a sua melhoria. Em média, demoraram cerca de 10 minutos no preenchimento do questionário. As sugestões de alteração indicadas por este grupo de enfermeiros foram substituir termos ou frases que suscitavam dúvidas de interpretação, que se encontram discriminadas abaixo.

As alterações realizadas no questionário provisório, que emergiram das sugestões dos enfermeiros que preencheram o pré-teste foram: i) Na caracterização sociodemográfica e profissional, na questão número 1 foi substituída a idade, por grupo etário em anos (até 30; dos 31 a 40; dos 41 a 50; dos 51 a 60 e mais de 60); foram retiradas a questão número 3 (estado civil) e a opção Habilitação Académica Bacharelato na questão número 4; ii) Na segunda parte, relativa à experiência no âmbito da VVT, foi retirada a questão 2.1 (se não, se consideravam importante a sua implementação); iii) Na terceira parte do questionário, designada Conhecimento sobre VVT, foi reduzido o grupo de 20 questões para 16 questões, tendo sido retiradas a questão 13, 16, 17 e 20.

A versão provisória do questionário foi também submetida a dois peritos que fazem parte da equipa de trauma da instituição de saúde onde foi realizado o estudo, que não sugeriu alterações. A versão definitiva do questionário ficou concluída (*Apêndice II*).

3.7. Procedimento de recolha e considerações éticas

Foram considerados os aspetos éticos inerentes a qualquer investigação científica. Seja quais forem os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito pelos direitos da pessoa (Fortin et al., 2009).

Para cumprimento dos procedimentos éticos que estão subjacentes á realização dos estudos de investigação foi previamente obtida a autorização dos diretores de serviço e da Comissão de Ética da instituição de saúde onde foi desenvolvido o estudo, que mereceu parecer favorável (*Anexo I*).

Um estudo de investigação tem de respeitar os princípios éticos subjacentes: anonimato, confidencialidade, proteção dos participantes e permitir uma participação livre e esclarecida (Fortin et al., 2009). Neste estudo, foram respeitados os princípios definidos pela Declaração de Helsínquia, tendo assegurado o anonimato, a participação voluntária, a confidencialidade dos dados e o consentimento informado dos enfermeiros (*Apêndice III*).

A recolha de dados foi efetuada pela investigadora que entregou pessoalmente os questionários aos enfermeiros no SU, durante os primeiros dias de estágio, tendo sido deixado um envelope para a sua devolução, de forma a preservar o anonimato. Os envelopes fechados foram posteriormente recolhidos pela investigadora, no período entre o dia 25 e o dia 29 de novembro de 2019.

3.8. Previsão do tratamento e análise de dados

O tratamento de dados foi feito com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0., tendo sido construída uma base de dados, onde posteriormente, os dados foram inseridos. Para o tratamento de dados recorreu-se à estatística descritiva com pedido de cálculo das frequências absolutas e relativas para todas as variáveis e da média, desvio padrão, mínimo e máximo para as variáveis escalares.

A análise de dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra onde foram colhidos os dados e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis (Fortin et al., 2009).

Para a realização do tratamento estatístico dos dados recolhidos houve necessidade de recodificar as seguintes variáveis: i) A idade foi categorizada em dois grupos etários (dos 25 aos 40 anos e dos 41 aos 60 anos), de acordo com o ciclo de vida do ser humano referido por Bee (1997) e Papalia, Olds e Feldman (2013); ii) O tempo de exercício profissional em anos foi categorizado em duas categorias (de iniciado a proficiente – 0 aos 4 anos de serviço e perito ≥ 5 anos de serviço) de acordo com a classificação referida por Benner (2005); iii) Procedemos à mesma categorização para a variável tempo de exercício no atual serviço em anos; iv) O número estimado de ativações de VVT no último ano foi categorizado em duas categorias (até 9 ativações; ≥ 10 ativações), tendo como ponto de corte a mediana da distribuição do número de ativações de VVT; v) O nível de conhecimento em VVT foi categorizado em cinco categorias (Muito Mau, de 0 a 24 pontos; Mau, de 25 a 49 pontos; Razoável, de 50 a 74 pontos; Bom, de 75 a 89 pontos; Muito Bom, de 90 a 100 pontos), baseada na classificação de Hill e Hill (2000).

Relativamente à utilização da estatística inferencial, recorreu-se a testes não paramétricos, nomeadamente o *Teste U de Mann Whitney*, teste não paramétrico alternativo ao *Teste t de Student* para amostras independentes, sobretudo quando os pressupostos deste teste não são válidos, ou seja, quando as amostras são de pequena dimensão, muito diferentes, ou as variâncias muito heterogéneas, permitindo verificar a igualdade de comportamentos de dois grupos de casos (Marôco, 2014).

Na hipótese H_1 , no que se refere à relação entre as características sociodemográficas e o nível de conhecimento sobre VVT dos enfermeiros participantes no estudo, no cruzamento para teste entre a pontuação do conhecimento e as características sociodemográficas aplicou-se o *Test t de Student* e nas categorias do conhecimento o *Teste U de Mann-Whitney*.

Na hipótese H_2 , procurou-se saber se as características profissionais dos enfermeiros participantes no estudo se relacionam com conhecimento sobre VVT dos enfermeiros participantes no estudo, aplicou-se o *Test t de Student*, e nas categorias do conhecimento, o *Teste U de Mann-Whitney*.

Na hipótese H_3 procurou-se saber se a formação interferia no conhecimento sobre VVT, dos enfermeiros participantes no estudo, tendo-se aplicado o *Test t de Student*, e nas categorias do conhecimento, o *Teste U de Mann-Whitney*.

Na hipótese H₄ procurou-se saber se existia relação entre o número de ativações de VVT assistidas no último ano e o nível de conhecimento sobre VVT dos enfermeiros, tendo-se recorrido ao *Teste t de Student*, e nas categorias do conhecimento, o *Teste U de Mann-Whitney*.

Na hipótese H₅ procurou-se saber se existe relação entre o número de ativações e a pontuação do conhecimento dos enfermeiros sobre VVT, tendo-se recorrido à aplicação do teste de *Pearson*.

Na análise estatística, o nível de significância considerado foi de 5%.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste subcapítulo faz-se a apresentação dos resultados provenientes da aplicação do instrumento de recolha de dados aos enfermeiros da amostra. Tal como referem Fortin e colaboradores (2009), na apresentação dos resultados o investigador expõe a análise dos dados, realizada através da estatística descritiva e inferencial.

Este subcapítulo está organizado em três subitens apresentados da seguinte forma: primeiro a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra, segundo a caracterização da experiência dos enfermeiros no âmbito da VVT e terceiro a caracterização do conhecimento dos enfermeiros sobre a VVT.

Seguidamente foi apresentada a análise estatística inferencial relativa às variáveis em estudo e, na parte final, à estatística inferencial hipótese a hipótese.

4.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

No total da amostra ($n=52$), o sexo feminino era predominante (67,3%), enquadravam-se no grupo etário dos 25-40 anos (65,4%), com grau académico de licenciatura (88,5%), pertenciam à categoria profissional de enfermeiro (71,2%), com predomínio dos que não possuíam pós-graduação (65,4%). Os 18 enfermeiros com a pós-graduação (33,3%) referiram que era na área de urgência e emergência. Predominavam os enfermeiros sem especialidade (69,2%).

No que diz respeito ao tempo de exercício profissional, 92,3% dos enfermeiros situava-se no nível de perito (≥ 5 anos de serviço). Quanto ao tempo de exercício profissional no serviço onde atualmente trabalham, 51,9% dos enfermeiros estavam num nível de perito (≥ 5 anos de serviço) e 48,1% no nível de iniciado a proficiente (0-4 anos de serviço) (Tabela 4).

Tabela 4: Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros da amostra (n=52)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	35	67,3
Masculino	17	32,7
Idade		
25-40 anos	34	65,4
41-60 anos	18	34,6
Habilitações acadêmicas		
Licenciatura	46	88,5
Mestrado	6	11,5
Categoria profissional		
Enfermeiro	37	71,2
Enfermeiro especialista	15	28,8
Pós-graduação		
Não	34	65,4
Sim	18	34,6
Área da Pós-graduação		
Emergência e trauma	4	22,2
Cuidados paliativos e fim de vida	2	11,1
Urgência e emergência	6	33,3
Emergência extra-hospitalar	1	5,6
Psicogeriatría	1	5,6
Cuidados continuados	1	5,6
Doente crítico	1	5,6
Cuidados continuados e paliativos	1	5,6
Emergência hospitalar e gestão e administração em serviços de saúde	1	5,6
Especialidade		
Não	36	69,2
Sim	16	30,8
Área da Especialidade		
Médico cirúrgica	10	21,2
Comunitária	3	5,8
Reabilitação	1	1,9
Saúde mental	1	1,9
Tempo de exercício profissional		
De iniciado a proficiente (0-4 anos de serviço)	4	7,7
Perito (≥ 5 anos de serviço)	48	92,3
Tempo de exercício profissional no atual serviço		
De iniciado a proficiente (0-4 anos de serviço)	25	48,1
Perito (≥ 5 anos de serviço)	27	51,9

Legenda: n- frequência absoluta; %- percentagem.

A média do tempo de exercício profissional foi de 14,73 anos $\pm$ 8,265 anos, a mediana de 12 anos, a mínima de 3 anos e a máxima de 33 anos (dados que não constam da tabela).

Quanto ao tempo de exercício profissional no serviço atual, a média foi de 9,13 anos $\pm$ 6,50 anos, a mediana de 6,50 anos, a mínima de 1 anos e a máxima de 28 anos (dados que não constam da tabela).

4.2. Experiência dos enfermeiros no âmbito da Via Verde Trauma

Os enfermeiros da amostra (98,1%) assinalaram que a VVT se está implementada no serviço e 52,1% referiu que prestou cuidados ao doente no âmbito da VVT em 10 ou mais ativações, desta via de acesso ao SU (Tabela 5).

Tabela 5: Experiência dos enfermeiros no âmbito da VVT (n=52)

Variáveis	n	%
VVT implementada no serviço		
Não	1	1,9
Sim	51	98,1
Número de ativações da VVT no último ano		
Até 9 ativações	23	47,9
≥10 ativações	25	52,1

Legenda: n- frequência absoluta; %- percentagem; VVT- Via Verde Trauma.

A média do número de ativações de VVT foi de 19,96 ativações±30,836 ativações, a mediana de 10 ativações, a mínima de 0 (zero) ativações e a máxima de 150 ativações (dados que não constam da tabela).

4.3. Conhecimento dos enfermeiros sobre Via Verde Trauma

Na Tabela 6 são apresentados os resultados descritivos do conhecimento dos enfermeiros sobre VVT.

Em relação ao critério absoluto para a ativação da VVT, constata-se que 63,5% dos enfermeiros referiu o critério “Necessidade de ventilação assistida”, alínea da resposta correta, tendo a alínea “Atropelamento” sido assinalada por 9,6% dos respondentes e todas as outras obtiveram baixos percentuais com valores muito próximos deste.

Verifica-se que 75,0% referiu que a resposta que associava a “Escala de Coma de Glasgow <14 (de novo)” e a “Frequência respiratória <10 ou >29 C/min” como sendo os critérios absolutos para a ativação da VVT, considerada correta e as alíneas menos assinaladas foram a “Frequência respiratória <10 ou >29 C/min” e “Capotamento”, com um percentual marginal de 5,8%.

O critério relativo para a ativação da VVT mais assinalado pelos enfermeiros da amostra foi a “Queda >3 metros”, que obteve um percentual de 67,3%, resposta considerada correta. O critério menos assinalado pelos enfermeiros foi a “Amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo”, que obteve um percentual marginal de 3,8%.

Em relação aos fatores de comorbilidade que têm impacto na ativação da VVT, metade da amostra (50,0%) mencionou a “Intoxicação substância de abuso”, alínea correta. No outro extremo encontra-se a opção “Necessidade de ventilação assistida”, apenas selecionada por 3,8% dos enfermeiros.

No que diz respeito às regiões anatómicas com impacto na ativação da VVT, 86,5% dos enfermeiros assinalou as opções de resposta “A e C verdadeiras” referentes à associação das opções de resposta “Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdômen, períneo, proximal ao cotovelo e ou joelho” e “Retalho costal”, resposta correta a esta questão. As outras opções de resposta obtiveram percentuais marginais, tendo a opção “Retalho costal” isolada obtido o percentual mais baixo com 1,9%.

Como critérios necessários para a ativação da VVT (63,5%) dos enfermeiros considerou a opção “1 (um) Critério absoluto ou 1 (um) critério relativo + 1 (um) fator de comorbilidade”, resposta considerada correta. A opção “2 (dois) fatores de comorbilidade”, foi a menos escolhida com 3,8% dos enfermeiros a assinalá-la.

No que diz respeito ao tempo de ativação da equipa de trauma, a opção “Menos de 3 min” obteve um percentual de 78,8%, resposta considerada adequada.

No que se refere à questão quanto à constituição da equipa de trauma deve ser multidisciplinar e possuir formação e experiência em trauma e integrar os seguintes profissionais, constata-se que 98,1% dos enfermeiros assinalou a opção “Todas as opções de resposta são corretas”, ou seja, “Intensivista ou, na sua ausência, médico com formação e experiência em medicina de emergência”, “Médico/cirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência” e “Enfermeiro com experiência em cuidados de emergência/SAV) e suporte de vida em trauma”, que se encontra correta. Nesta questão, constatamos que nenhum dos enfermeiros assinalou as opções de resposta “Médico/cirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência” e “Enfermeiro com experiência em cuidados de emergência/SAV e suporte de vida em trauma” isoladamente.

No que respeita ao tempo máximo definido para a avaliação primária, 48,1% dos enfermeiros selecionou a opção “20 minutos”, resposta considerada correta. A menos selecionada foi a opção “1 hora” com um percentual marginal de 1,9%. No entanto, salienta-se que a opção “Nenhuma das opções está correta” obteve um percentual bastante aproximado ao da resposta correta (44,2%).

Em relação ao tempo máximo definido para a avaliação secundária, 59,6% dos enfermeiros referiu ser de “1 hora”, resposta considerada correta.

Na metodologia ABCDE, 96,2% dos enfermeiros selecionou como resposta correta “As prioridades são as mesmas para todos os doentes” que se confirma ser verdadeira.

Relativamente à questão, sobre a metodologia sistematizada ABCDE em trauma, verifica-se também que 90,4% dos enfermeiros assinalou que a resposta era “Identificar e tratar as lesões potencialmente ameaçadoras de vida”, considerada correta. As opções de reposta “Corrigir hipoperfusão” e “Fazer uma avaliação da escala de coma de Glasgow” foram as alíneas menos assinaladas, tendo obtido um percentual de 1,9%.

Quanto à questão, adjuvantes da avaliação inicial recomendados para a monitorização a opção de resposta mais assinalada foi a opção “B e C são verdadeiras”, que se refere à associação das opções de resposta “Frequência cardíaca” e “Débito urinário”, que obtiveram um percentual de 57,7%, considerada resposta adequada. A opção menos selecionada pelos enfermeiros foi “Débito urinário”, com um percentual de 5,8%.

No que concerne à questão, sobre a avaliação inicial e o processo de reanimação começam no local do acidente, onde é feita a triagem e tomada de decisão de transferência e transporte, 73,1% dos enfermeiros assinalou a “Avaliar e controlar a via aérea, com estabilização e imobilização parcial da coluna”, que não é a correta. A resposta considerada correta “Administrar líquidos judiciosamente, em bólus de 250 ml, para manter a pressão arterial sistólica em 80-100 mm/Hg” obteve apenas um percentual de 9,6%. No entanto, a alínea menos assinalada foi “Avaliar e controlar a função cardiovascular, parando a hemorragia interna iniciando fluidoterapia”, que foi assinalada por 5,8% dos enfermeiros.

No que se refere à questão, o exame ecográfico FAST é importante no trauma, a resposta mais selecionada foi a opção “Despiste de líquido intraperitoneal”, que obteve um percentual de 46,2%, sendo a resposta correta. As menos assinaladas, foram as opções “Despiste de líquido

retroperitoneal” e “Para a classificação da hemorragia”, que obtiveram um percentual de 9,6%.

Relativamente à questão, o tempo de exercício profissional influencia a atuação dos enfermeiros perante uma VVT, a opção correta obteve o maior percentual (78,8%), que refere que “Sim, desde que trabalhe num SU e tenha formação específica”. A menos selecionada refere que “Não, basta apenas ter formação específica”, tendo obtido um percentual de 1,9.

Tabela 6: Conhecimento dos enfermeiros sobre VVT (n=52)

Variáveis	n	%
Qual o critério absoluto para ativação da VVT		
Necessidade de ventilação assistida (correta)	33	63,5
Atropelamento	5	9,6
Capotamento	8	15,4
Acidente >50 Km/h	6	11,5
Quais os critérios absolutos para ativação da VVT		
Escala de Coma de Glasgow < 14 (de novo)	7	13,5
Frequência respiratória <10 ou >29 C/min	3	5,8
Capotamento	3	5,8
A e b são verdadeiras (correta)	39	75,0
Quais os critérios relativos para ativação de VVT		
Amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo	2	3,8
Queda >3 metros (correta)	35	67,3
Fratura da bacia	6	11,5
Fratura do crânio com afundamento	9	17,3
Quais os fatores de comorbilidade que tem impacto na ativação de VVT		
Intoxicação substância de abuso (correta)	26	50,0
Projeção de veículo	14	26,9
Necessidade de ventilação assistida	2	3,8
Pressão arterial sistólica <90 mmHg	10	19,2
Quais as regiões anatómicas com impacto na ativação de VVT		
Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ao cotovelo e ou joelho	3	5,8
Fratura de 1 osso longo	3	5,8
Retalho costal	1	1,9
A e C são verdadeiras (correta)	45	86,5
Quais os critérios necessários para ativação da VVT		
1 (um) Critério absoluto ou 1 (um) critério relativo + 1 (um) Fator de comorbilidade (correta)	33	63,5
2 (dois) critérios absolutos	5	9,6
1 (um) critério absoluto e 1 (um) critério relativo	12	23,1
2 (dois) fatores de comorbilidades	2	3,8
Qual o tempo de ativação da equipa de trauma		
Menos de 6 min	1	1,9
Menos de 4 min	0	0
Menos de 3 min (correta)	41	78,8
Menos de 5 min	10	19,2
Equipa de trauma deve ser multidisciplinar e possuir formação e experiência em trauma e integrar os seguintes profissionais		
Intensivista ou, na ausência, médico com formação e experiência em medicina de emergência	0	0
Médico-cirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência	1	1,9
Enfermeiro com experiência em cuidados de emergência - SAV e suporte de vida em trauma	0	0
Todas as opções estão corretas (correta)	51	98,1

Tabela 6: Conhecimento dos enfermeiros sobre VVT (n=52) (continuação)

Qual o tempo máximo definido para a avaliação primária		
1 hora	1	1,9
20 min (correta)	25	48,1
30 min	3	5,8
Nenhuma das opções esta correta	23	44,2
Qual o tempo máximo definido para a avaliação secundária		
3 horas	0	0
1 hora (correta)	31	59,6
2 horas	4	7,7
Nenhuma das opções esta correta	17	32,7
Na metodologia ABCDE		
As grávidas têm prioridade	2	3,8
As crianças têm prioridade	0	0
Os idosos têm prioridade	0	0
As prioridades são as mesmas para todos os doentes (correta)	50	96,2
Na metodologia sistematizada ABCDE em trauma o objetivo é		
Identificar e tratar as lesões potencialmente ameaçadoras de vida (correta)	47	90,4
Corrigir hipoperfusão	1	1,9
Assegurar a ventilação definitiva do doente	3	5,8
Fazer uma avaliação da escala de coma de Glasgow	1	1,9
Como adjuvantes da avaliação inicial recomenda-se a monitorização		
Dor	6	11,5
Frequência cardíaca	13	25,0
Débito urinário	3	5,8
B e C são verdadeiras (correta)	30	57,7
Avaliação inicial e o processo de reanimação começam no local do acidente, onde é feita a triagem e tomada a decisão de transferência e transporte, sendo prioridades nesta fase		
Avaliar e controlar a via aérea, com estabilização e imobilização parcial da coluna	38	73,1
Avaliar e controlar a função cardiovascular, parando a hemorragia interna e iniciando fluidoterapia	3	5,8
Administrar fluidos judiciosamente, em bólus de 250 ml, para manter a pressão arterial sistólica em 80-100 mm/Hg (correta)	5	9,6
Administrar fluidos judiciosamente, em bólus de 1000 ml, para manter a pressão arterial sistólica em 90-100 mm/Hg	6	11,5
Exame ecográfico FAST é importante no trauma para		
Despiste de líquido intraperitoneal (correta)	24	46,2
Despiste de líquido retroperitoneal	5	9,6
Para a classificação da hemorragia	5	9,6
Todas as opções estão erradas	18	34,6
Influência do tempo de exercício profissional na atuação dos enfermeiros perante uma VVT		
Sim, desde que trabalhe num SU	4	7,7
Sim, desde que trabalhe num SU e tenha formação específica (correta)	41	78,8
Não, basta apenas ter formação específica	1	1,9
Não tem qualquer influência	6	11,5

Legenda: n- frequência absoluta; %- percentagem; VVT- Via Verde Trauma; Km/h- quilómetros por hora; C/min- ciclos por minutos; mmHg- milímetros de mercúrio; SAV – Suporte avançado de vida; ml- mililitros; SU- serviço de urgência.

As questões que procuravam avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre VVT, em que a proporção de respostas corretas foi mais elevada, foram “A equipa de trauma deve ser multidisciplinar e possuir formação e experiência em trauma e integrar os seguintes profissionais” (98,1%), “Na metodologia ABCDE” (96,2%) e “Na metodologia sistematizada ABCDE em trauma o objetivo” (90,4%), tendo sido aquelas que mais contribuíram para uma pontuação mais elevada acerca dos conhecimentos.

Relativamente às questões em que a proporção de respostas incorretas foi mais elevada, foram a “Avaliação inicial e o processo de reanimação começarem no local do acidente, onde é feita a triagem e tomada a decisão de transferência e transporte” (90,4%), “Exame ecográfico FAST” (53,8%) e a opção de resposta “O tempo máximo definido para a avaliação primária”, que obteve 51,9% (Tabela 7).

Tabela 7: Conhecimento dos enfermeiros sobre VVT

Variáveis	Respostas erradas	Respostas corretas
Qual o critério absoluto para ativação da VVT	46,5	63,5
Quais os critérios absolutos para ativação da VVT	25,1	75,0
Quais os critérios relativos para ativação de VVT	32,6	67,3
Quais os fatores de comorbilidade que tem impacto na ativação de VVT	49,9	50,0
Quais as regiões anatómicas com impacto na ativação de VVT	7,7	86,5
Quantos critérios são necessários para ativação da VVT	36,5	63,5
Qual o tempo de ativação da equipa de trauma	21,1	78,8
A equipa de trauma deve ser multidisciplinar e possuir formação e experiência em trauma e integrar os seguintes profissionais	1,9	98,1
Qual o tempo máximo definido para a avaliação primária	51,9	48,1
Qual o tempo máximo definido para a avaliação secundária	40,4	59,6
Na metodologia ABCDE	3,8	96,2
Na metodologia sistematizada ABCDE em trauma o objetivo é:	9,6	90,4
Como adjuvantes da avaliação inicial recomenda-se a monitorização	42,3	57,7
Avaliação inicial e o processo de reanimação começam no local do acidente, onde é feita a triagem e tomada de decisão de transferência e transporte, sendo prioridades nesta fase	90,4	9,6
O exame ecográfico FAST é importante no trauma para:	53,8	46,2
Influência do tempo de exercício profissional na atuação dos enfermeiros perante uma VVT	21,1	78,8

Legenda: VVT- Via Verde Trauma; FAST- *Focused Assessment with Sonography for Trauma*.

De acordo com os pontos de corte definidos na metodologia, a maioria dos enfermeiros da amostra situou-se no nível de conhecimento “Razoável” (53,8%). No entanto, 5,8% dos enfermeiros foram classificados no nível de conhecimento “Mau”, tendo obtido uma pontuação abaixo de 50 pontos, a que corresponde oito questões corretas (Tabela 8).

A média da pontuação do conhecimento sobre VVT foi de pontos $66,83 \pm 13,07$ pontos, a mediana de 68,75 pontos, sendo a pontuação mínima de 37,50 pontos e a máxima de 100 pontos (dados que não constam da tabela).

Tabela 8: Nível de conhecimento dos enfermeiros sobre VVT (n=52)

Variáveis	n	%
Mau	3	5,8
Razoável	28	53,8
Bom	20	38,5
Muito Bom	1	1,9

Legenda: n- frequência absoluta.; %- percentagem.

De seguida procedemos à apresentação da análise estatística inferencial, das hipóteses em estudo.

H₁ - *Existe relação entre as características sociodemográficas e o conhecimento dos enfermeiros participantes no estudo sobre VVT.*

No que se refere à relação entre as características sociodemográficas e o nível de conhecimento dos enfermeiros participantes no estudo, sobre VVT, não se verificaram diferenças estatísticas significativas entre a pontuação do conhecimento dos enfermeiros quanto ao sexo (t : $p>0,974$), entre os enfermeiros dos diferentes grupos etários (t : $p>0,058$) e com diferentes habilitações académicas (t : $p>0,319$) (Tabela 9).

Tabela 9: Relação entre as características sociodemográficas e a pontuação do conhecimento sobre VVT

Variáveis	n	Média±dp	Valor do teste	gl	p value
Pontuação do conhecimento sobre VVT X Sexo					
Feminino	35	66,78±11,42	-0,032	50	0,974
Masculino	17	66,91±16,35			
Pontuação do conhecimento sobre VVT X Grupo etário					
25-40 anos	34	64,33±14,06	-1,937	50	0,058
41-60 anos	18	71,52±9,64			
Pontuação do conhecimento sobre VVT X Habilitações académicas					
Licenciatura	46	66,16±13,27	-1,006	50	0,319
Mestrado	6	71,87±11,00			

Legenda: dp- desvio padrão; gl- graus de liberdade; n- frequência absoluta; p- probabilidade; VVT- Via Verde Trauma.

De igual modo, não se constataram diferenças estatísticas significativas entre o nível do conhecimento dos enfermeiros quanto ao sexo (MW: $p>0,684$), entre os enfermeiros dos diferentes grupos etários (MW: $p>0,242$) e com diferentes habilitações académicas (MW: $p>0,175$) (Tabela 10).

Tabela 10: Relação entre as características sociodemográficas e o nível de conhecimento sobre VVT

Variáveis	n	Média da ordenação	Valor do teste	p value
Categorias do conhecimento sobre VVT X Sexo				
Feminino	35	25,97	279,000	0,684
Masculino	17	27,59		
Categorias do conhecimento sobre VVT X Grupo etário				
21-40 anos	34	24,91	252,000	0,242
41-60 anos	18	29,50		
Categorias do conhecimento sobre VVT X Habilitações académicas				
Licenciatura	46	25,59	96,000	0,175
Mestrado	6	33,50		

Legenda: n- frequência absoluta; p- probabilidade; VVT- Via Verde Trauma.

Em síntese, atendendo aos resultados rejeita-se a H_1 , não existindo relação entre as características sociodemográficas e o nível do conhecimento sobre VVT dos enfermeiros participantes no estudo.

H_2 - *Existe relação entre as características profissionais e o conhecimento dos enfermeiros participantes no estudo sobre VVT.*

Procurou-se saber se as características profissionais dos enfermeiros participantes no estudo se relacionam com conhecimento dos enfermeiros participantes no estudo sobre VVT, não se observaram diferenças estatísticas significativas entre a pontuação do conhecimento dos enfermeiros participantes no estudo, sobre VVT, com diferentes tempos de exercício profissional (t: $p > 0,496$) e diferentes tempos de exercício de funções no atual serviço (t: $p > 0,077$).

No que concerne à relação entre a pontuação do conhecimento dos enfermeiros participantes do estudo, sobre VVT, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros com diferente categoria profissional (t: $p < 0,000$). Os enfermeiros especialistas obtiveram uma média mais elevada ($77,08 \pm 11,49$), significando que tinham maior pontuação de conhecimentos sobre a VVT do que os enfermeiros generalistas (Tabela 11).

Tabela 11: Relação entre as características profissionais e a pontuação do conhecimento sobre VVT

Variáveis	n	Média±dp	Valor do teste	gl	p value
Pontuação do conhecimento sobre VVT X Categoria profissional					
Enfermeiro	37	62,66±11,36	-4,131	50	0,000
Enfermeiro especialista	15	77,08±11,49			
Pontuação do conhecimento sobre VVT X Tempo de exercício profissional					
De iniciado a proficiente	4	62,50±11,41	-0,685	50	0,496
Perito	48	67,18±13,24			
Pontuação do conhecimento sobre VVT X Tempo de exercício profissional no atual serviço					
De iniciado a proficiente	25	63,50±13,58	-1,805	50	0,077
Perito	27	69.90±12.01			

Legenda: dp- desvio padrão; gl- graus de liberdade; n- frequência absoluta; p- probabilidade; VVT- Via Verde Trauma.

Não se encontraram diferenças estatísticas significativas entre as categorias de conhecimento sobre VVT dos enfermeiros com diferente tempo de exercício profissional (MW: $p>0,455$). Constataram-se diferenças estatísticas significativas entre o nível do conhecimento dos enfermeiros quanto à categoria profissional (MW: $p<0,001$) e no que se refere ao tempo de exercício profissional no atual serviço (MW: $p<0,042$), sendo que são os enfermeiros especialistas que obtiveram maior média de ordenação, bem como os peritos, o que significa que são estes os que detinham um maior nível de conhecimentos sobre VVT (Tabela 12).

Tabela 12: Relação entre as características profissionais e o nível de conhecimento sobre VVT

Variáveis	n	Média da ordenação	Valor do teste	p value
Categorias do conhecimento sobre VVT X Categoria profissional				
Enfermeiro	37	22,73	138,000	0,001
Enfermeiro especialista	15	35,80		
Categorias do conhecimento sobre VVT X Tempo de exercício profissional				
De iniciado a proficiente	4	21,13	74,500	0,455
Perito	48	26,95		
Categorias do conhecimento sobre VVT X Tempo de exercício profissional no atual serviço				
De iniciado a proficiente	25	22,12	228,000	0,042
Perito	27	30,56		

Legenda: n- frequência absoluta; p- probabilidade; VVT- Via Verde Trauma.

Em síntese, não se rejeita a H₂ no que se refere à variável categoria profissional, uma vez que se verificaram diferenças estatística altamente significativas, existindo, por isso, relação entre o nível conhecimento sobre VVT e a categoria profissional e o tempo de exercício profissional no atual serviço.

H₃ - Existe relação entre a formação e o conhecimento em VVT dos enfermeiros participantes no estudo sobre VVT

Procurou-se saber se a formação interferia no conhecimento dos enfermeiros participantes no estudo sobre VVT, verificou-se que não há diferenças estatísticas significativas entre a pontuação de conhecimento dos enfermeiros participantes no estudo sobre VVT quanto ao possuir pós-graduação (t: $p>0,539$) e formação específica em VVT (t: $p>0,539$).

A pontuação de conhecimento dos enfermeiros participantes no estudo sobre VVT diferia significativamente entre os enfermeiros com ou sem especialidade (t: $p<0,000$). Os enfermeiros com especialidade obtiveram uma média mais elevada ($76,95\pm11,11$), significando uma maior pontuação de conhecimento sobre VVT do que os enfermeiros sem especialidade (Tabela 13).

Tabela 13: Relação entre a formação e a pontuação do conhecimento sobre VVT

Variáveis	n	Média±dp	Valor do teste	gl	p value
Pontuação do conhecimento sobre VVT X Pós-graduação					
Não	34	67,64±11,25	-0,618	50	0,539
Sim	18	65,27±16,21			
Pontuação do conhecimento sobre VVT X Especialidade					
Não	36	62,32±11,32	-4,322	50	0,000
Sim	16	76,95±11,11			
Pontuação do conhecimento sobre VVT X Formação específica em VVT					
Não	43	65,40±13,03	-1,746	50	0,087
Sim	9	73,61±11,59			

Legenda: dp- desvio padrão; gl- graus de liberdade; n- frequência absoluta; p- probabilidade; VVT- Via Verde Trauma.

Não se verificam diferenças estatísticas significativas entre o nível de conhecimento sobre VVT dos enfermeiros participantes no estudo com pós-graduação (MW: $p>0,514$), nem com formação específica em VVT (MW: $p>0,142$).

Relativamente ao nível de conhecimento dos enfermeiros participantes no estudo sobre VVT, diferia significativamente entre os enfermeiros que possuíam ou não especialidade (MW: $p<0,000$). Os enfermeiros que possuíam especialidade obtiveram uma média de ordenação mais elevada (38,00), significando que possuíam maior nível de conhecimento sobre VVT do que os enfermeiros que não possuíam especialidade (Tabela 14).

Tabela 14: Relação entre a formação e o nível de conhecimento sobre VVT

Variáveis	n	Média da ordenação	Valor do teste	p value
Categorias do conhecimento sobre VVT X Pós-graduação				
Não	34	49,73	272,500	0,514
Sim	18	24,64		
Categorias do conhecimento sobre VVT X Especialidade				
Não	36	21,39	104,000	0,000
Sim	16	38,00		
Categorias do conhecimento sobre VVT X Formação específica em VVT				
Não	43	25,10	133,500	0,142
Sim	9	33,17		

Legenda: n- frequência absoluta; p- probabilidade; VVT- Via Verde Trauma.

Em síntese, não se rejeita a H_3 no que se refere à variável categoria “ter especialidade”, onde se registou relevância estatística altamente significativa. O que quer dizer que existe relação entre possuir ou não especialidade e o nível de conhecimento dos enfermeiros participantes no estudo sobre VVT.

H₄ - *Existe relação entre o número de ativações de VVT assistidas no último ano e o conhecimento dos enfermeiros participantes no estudo sobre VVT.*

Procurou-se saber se existia relação entre o número de ativações de VVT assistidas no último ano e o nível de conhecimento dos enfermeiros participantes no estudo sobre VVT.

Constatou-se que existiam diferenças estatísticas altamente significativas entre os enfermeiros com até nove ativações assistidas no último ano e os que assistiram a dez ou mais ativações quanto à pontuação do conhecimento dos mesmos sobre VVT (t: $p=0,000$). Os enfermeiros que assistiram a dez ou mais ativações da VVT no último ano obtiveram uma média mais elevada (74,50 > 58,69), significando que possuíam um nível de conhecimento sobre a VVT mais elevado do que os outros que assistiram a ativações num número inferior (até nove) (Tabela 15).

Tabela 15: Relação entre o número de ativações de VVT assistidas no último ano e o conhecimento sobre a VVT

Variáveis	n	Média±dp	Valor do teste	gl	p value
Pontuação do conhecimento sobre VVT X Número de ativações de VVT					
Até 9 ativações	23	58,69±10,27	-5,066	50	0,000
≥ 10 ativações	25	74,50±11,25			

Legenda: dp- desvio padrão; gl- graus de liberdade; n- frequência absoluta; p- probabilidade; VVT- Via Verde Trauma.

O nível de conhecimento dos enfermeiros sobre VVT (categorias) diferia significativamente entre os enfermeiros com diferente experiência de ativação (MW: $p < 0,000$), sendo que os enfermeiros que assinalaram ter dez ou mais ativações possuíam maior média de ordenação (32,24 *versus* 16,09), ou seja, detinham maior nível de conhecimento sobre VVT (Tabela 16).

Tabela 16: Relação entre o número de ativações de VVT assistidas no último ano e o nível de conhecimento sobre VVT

Variáveis	n	Média da ordenação	Valor do teste	p value
Categorias do conhecimento sobre VVT X Número de ativações de VVT				
Até 9 ativações	23	16,09	94,000	0,000
≥ 10 ativações	25	32,24		

Legenda: n- frequência absoluta; p- probabilidade; VVT- Via Verde Trauma.

Em suma, os resultados indicam que não se rejeita H_4 , inferindo-se que o número de ativações da VVT assistidas no último ano está relacionado com o conhecimento dos enfermeiros participantes no estudo.

H_5 - *Existe correlação entre o número de ativações de VVT e a pontuação do conhecimento dos enfermeiros sobre VVT.*

Procurou-se saber se existe relação entre o número de ativações e a pontuação do conhecimento dos enfermeiros sobre VVT, tendo-se recorrido à aplicação do teste de *Pearson*.

Não se constatou existir correlação entre a pontuação do conhecimento sobre VVT e o número de ativações desta via, realizadas pelos enfermeiros participantes (Tabela 17).

Tabela 17: Relação entre o número de ativações de VVT e o conhecimento sobre a VVT

Variáveis	n	R	p value
Número de ativações de VVT X Pontuação do conhecimento sobre VVT	48	0,266	0,067

Legenda: n- frequência absoluta; p- probabilidade; R- coeficiente de *Pearson*.

Em síntese, os resultados apontam para a rejeição da H_5 , inferindo-se que o número de ativações da VVT assistidas no último ano não está correlacionado com o conhecimento sobre a VVT dos enfermeiros participantes no estudo.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depois da apresentação dos resultados, procedemos neste subcapítulo à sua discussão, tendo em conta os objetivos delineados à partida. Para tal, recorremos a estudos realizados a nível nacional e internacional, com o mesmo objeto de estudo e com uma população semelhante.

Este subcapítulo está organizado em três subitens: no primeiro procedemos à caracterização sociodemográfica e profissional da amostra; no segundo à caracterização da experiência dos enfermeiros no âmbito da via verde trauma e no terceiro à caracterização do conhecimento dos enfermeiros sobre a Via Verde Trauma.

5.1. Quanto à caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

No presente estudo, o sexo feminino era predominante na amostra. De igual modo, no estudo de Catalão e Gaspar (2017), realizado numa Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, com o objetivo de saber quais as dificuldades que os profissionais de saúde sentiam na assistência à PCR intra-hospitalar, com uma amostra de 109 enfermeiros, 67,9% da amostra pertencia ao sexo feminino, valor semelhante à do nosso estudo (67,3%). A predominância de mulheres é confirmada por vários estudos na literatura, todavia, os mesmos também indicam um ligeiro aumento do interesse dos homens pela profissão (Hirsch et al., 2014; Ott, Thomas & Fernando, 2018; T. Silva & Freitas, 2018). De acordo com a OE (2018), num total de 73.912 membros ativos de enfermeiros até 31 de dezembro de 2018, 60.737 eram do género feminino e 13.175 do género masculino.

Verificou-se que, no presente estudo, a maioria da amostra enquadrava-se no grupo etário dos 25-40 anos (65,4%), seguindo-se os que possuíam entre 41-60 anos (34,6%), estando a idade mínima em conformidade com a amostra do estudo de Catalão e Gaspar (2017), onde os profissionais de saúde tinham idade mínima de 25 anos, mas com uma máxima de 58, e no presente estudo a idade máxima foi de 60 anos, sendo mais velhos. De acordo com a OE (2018), em 31 de dezembro, os enfermeiros ativos tinham idades compreendidas entre os 21 e 70 anos, com predomínio de enfermeiros na faixa etária dos 31-35 anos (n=14 933), seguindo-se os que possuíam entre os 36 aos 40 anos (n=11 481).

Quanto ao grau académico, no presente estudo 88,5% dos enfermeiros possuíam a licenciatura, pertenciam à categoria profissional de enfermeiro (71,2%), com predomínio dos que não possuíam pós-graduação (65,4%). Dos 18 enfermeiros que tinham a pós-graduação, o maior grupo referiu que foi em urgência e emergência (33,3%). Predominavam os enfermeiros que não tinham especialidade (69,2%). De igual modo, no estudo de Maravilha (2019), numa amostra de 40 enfermeiros de um hospital da região norte de Portugal, prevaleceram os que detinham a licenciatura (60%), com apenas 20% a referir que tinha pós-graduação, mas não especificada.

Em relação ao tempo de exercício profissional, 92,3% dos enfermeiros da amostra estudada situavam-se no nível de perito (≥ 5 anos de serviço), bem como no que respeita ao tempo de exercício profissional no serviço onde atualmente trabalhavam verificou-se que 51,9% dos enfermeiros estavam num nível de perito (≥ 5 anos de serviço). Estando em conformidade com o estudo de Maravilha (2019), onde também os enfermeiros tinham um tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional no atual serviço ≥ 5 anos.

5.2. Quanto à experiência dos enfermeiros no âmbito da Via Verde Trauma

Constatou-se que a quase totalidade dos enfermeiros da amostra (98,1%) assinalou que a VVT se encontra implementada no serviço, tendo a maioria referido que prestou cuidados ao doente no âmbito da VVT em dez ou mais ativações desta via de acesso ao SU, estes resultados poder-se-ão explicar com o facto de os enfermeiros, na sua maioria, se situarem num nível de perito em relação ao tempo de exercício profissional no serviço onde exercem, possuindo bastante experiência profissional, ou seja, em prestação de cuidados no SU de adultos, respondendo a situações de ativação de VVT em adultos.

5.3. Quanto ao conhecimento dos enfermeiros sobre Via Verde Trauma

De acordo com a WHO (2009), o trauma é um dos maiores problemas de saúde a nível mundial, sendo responsável por um aumento da mortalidade e morbilidade da população. Ao reconhecermos os enfermeiros como atores importantes na abordagem ao doente vítima de trauma, consideramos pertinente conhecer o nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre VVT, de forma a melhorar o atendimento e cuidados prestados ao doente vítima de trauma.

Dos resultados obtidos, 46,5% dos enfermeiros revelam algumas dificuldades ao nível da ativação da VVT, tendo em conta que a percentagem de respostas erradas no conhecimento dos critérios absolutos para ativação de VVT, é significativa tal como no conhecimento dos fatores de comorbilidade que têm impacto na ativação de VVT (49,9%). Tendo em conta que o trauma é uma causa relevante de mortalidade em todo o mundo, correspondendo a uma lesão cuja intensidade, extensão e gravidade pode ser variável, dependendo do agente que a causou e da forma como ocorreu, intencional ou acidental, podendo ser uma lesão temporária ou permanente, com incapacidades físicas e/ou mentais, e que em alguns casos pode levar à morte, é fundamental que os enfermeiros tenham conhecimentos sobre os critérios absolutos para ativação de VVT (Borges & Brasileiro, 2018).

Constatou-se que 53,8% dos enfermeiros da amostra apresentou um nível de conhecimento “Razoável”. No entanto, 5,8% dos enfermeiros foram classificados no nível de conhecimento “Mau”, tendo obtido uma pontuação abaixo de 50 pontos, a que corresponde oito questões corretas. A média da pontuação dos conhecimentos sobre a VVT foi de $66,83 \pm 13,07$ pontos, a mediana de 68,75 pontos, sendo a pontuação mínima de 37,50 pontos e a máxima de 100 pontos. Como meio para reduzir a morbilidade e a mortalidade da pessoa vítima de trauma é indispensável que a abordagem e cuidados que lhes são prestados sejam eficazes (Mattos & Silvério, 2012), o que implica conhecimento sobre VVT por parte dos enfermeiros que atuam na área. A otimização dos cuidados à pessoa vítima de trauma só é conseguida através do trabalho em equipa e o número de casos de mortalidade e morbilidade pode reduzir com a capacitação dos enfermeiros, através da formação ou da existência e utilização de guias orientadores de boa prática (ENA, 2007). Gomes et al. (2008), com base no seu estudo, referem que as mortes resultantes 2 horas após o evento traumático devem ser reduzidas através de um investimento na emergência pré-hospitalar e hospitalar, com o desenvolvimento de equipas de trauma, formação em trauma e sistemas de trauma. A DGS (2010) também refere que o enfermeiro com um conhecimento sólido e com compreensão dos conceitos chave do cuidado avançado em trauma é parte integral e essencial da equipa de trauma.

No que concerne à H_1 , constatou-se que não existiam diferenças estatísticas significativas entre as características sociodemográficas e o nível de conhecimentos dos enfermeiros participantes no estudo sobre VVT. Estes resultados corroboram os obtidos por Eid, Taha e Zaton (2017), onde também não encontraram uma relação significativa entre total de conhecimento dos enfermeiros sobre trauma e as características sociodemográficas.

No que respeita à H₂, os resultados indicam que não se deve rejeitar, quanto às variáveis categoria profissional e tempo de exercício profissional no atual serviço, sendo que são os enfermeiros especialistas que obtiveram maior média de ordenação, bem como os peritos, traduzindo-se num maior nível de conhecimento sobre VVT, em comparação com a categoria profissional de enfermeiros e os enfermeiros com um tempo de exercício profissional entre iniciado a proficiente. Estes resultados podem ser explicados com base no modelo de Benner (2005), segundo o qual o enfermeiro perito é o profissional que “já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado” (Benner, 2005, p.58). Para a autora, ser um enfermeiro perito condiz com a capacidade de dar uma resposta adequada à situação e que a solução seja a mais correta, o que se deve à compreensão global da situação, da valorização holística e qualitativa, que passa por três características: esquemas de reconhecimento; sentido de proeminência e consciência situacional. Assim, o enfermeiro perito, tem uma percepção da situação como um todo, numa visão holística, o que se deve às situações reais experienciadas, permitindo-lhe centrar-se diretamente no problema, sem a necessidade de perder tempo com a análise de soluções alternativas ou com diferentes diagnósticos, conseguindo prever problemas e antecipar ações com grande assertividade. Detém uma vasta experiência e apreende cada situação de maneira intuitiva. Os enfermeiros peritos/especialistas respondem de forma automática e fluida de maneira a chegarem a um julgamento clínico, ao contrário dos enfermeiros proficientes. Fazem reflexões críticas sobre as decisões clínicas, enquanto apreendem o todo, o que significa ter capacidade intuitiva ou capacidade de combinar as habilidades técnicas e existenciais para a inovação das soluções. Os enfermeiros peritos/especialistas “...têm uma visão ampla, sentindo as necessidades e a capacidade dos clientes, proporcionando uma assistência de enfermagem individualizada à medida que melhor observam os problemas subtis de mudanças relevantes e usa uma forte intuição dos eventos futuros que podem ocorrer” (Ozdemir, 2019, p.1282). Para a mesma autora, com base na teoria de Benner, refere que a experiência influencia a prática clínica dos enfermeiros, o julgamento e a qualidade dos cuidados, e desenvolve a promoção de cuidados individualizados quando testa e refina os conhecimentos práticos sobre o assunto. Deste modo, Ozdemir (2019) considera que os enfermeiros devem desenvolver a sua experiência, testando e refinando os seus conhecimentos científicos, o conhecimento sobre a assistência individualizada, tendo em conta que a experiência influencia o julgamento clínico dos enfermeiros e a qualidade do cuidado.

No estudo de Almeida e colaboradores (2020), cujo objetivo foi identificar as dificuldades de implementação da VVT e os ganhos em saúde que esta Via Verde traz na perspectiva do enfermeiro e refletir acerca dos motivos da baixa implementação desta mesma, num hospital da Região Autónoma dos Açores, com uma amostra de enfermeiros com tempo de exercício profissional no SU de ≥ 5 anos, considerados peritos pelos seus pares, onde existe VVT implementada, e de enfermeiros com iguais características, mas a exercer funções em locais sem VVT implementada, ambos os grupos consideraram que a VVT é uma mais-valia na prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma, reconhecendo as suas vantagens. Todavia, os autores verificaram que ainda existe um profundo desconhecimento desta via e sua implementação, revelando necessidades formativas e de divulgação da VVT. Nos dois grupos, os enfermeiros identificaram fatores barreira da VVT, nomeadamente o desconhecimento de muitos profissionais em relação à VVT e os custos associados à VVT. Encaravam a VVT como uma mais-valia nos cuidados à pessoa vítima de trauma, com um papel ativo nas várias fases que esta implica, reconhecendo as necessidades formativas e fatores barreira que possam existir.

Em relação à H₃, os resultados indicam que não se deve rejeitar. Não se constatarem diferenças estatísticas significativas entre o nível dos conhecimentos dos enfermeiros participantes no estudo sobre VVT quanto ao possuir pós-graduação e formação específica em VVT. O nível de conhecimentos dos enfermeiros participantes no estudo sobre VVT apresentava diferenças estatísticas significativas entre os enfermeiros que possuíam ou não especialidade. Os enfermeiros que possuíam especialidade obtiveram uma média de ordenação mais elevada, significando que possuíam maior nível de conhecimentos sobre VVT do que os enfermeiros sem especialidade. Não havendo estudos que possam ser comparados com os resultados obtidos, importa salientar que, segundo Mock, Juillard, Brundage, Goosen e Joshipura (2009), a formação específica em trauma, com diretrizes baseadas na evidência, que proporcione discussão e reflexão entre os enfermeiros que atuam na área, torna-se de grande utilidade para a melhoria dos cuidados prestados, resultando em mais conhecimento.

Quanto à H₄, os resultados indicam que não se deve rejeitar. O nível de conhecimento sobre VVT dos enfermeiros apresentou diferenças estatísticas significativas entre os enfermeiros com diferente experiência de ativação, sendo que os enfermeiros que assinalaram ter dez ou mais ativações possuíam maior média de ordenação, ou seja, detinham maior nível de conhecimento sobre VVT. Assim, depreende-se que quanto mais experiência e conhecimento

adquirido, maior é a competência da amostra na abordagem do doente vítima de trauma. De acordo com Georgiou e Lockey (2010), mais experiência e maior conhecimento por parte dos enfermeiros permite maior sensibilidade e eficiência. Assim, no presente estudo, mais conhecimentos sobre a ativação de VVT poderá traduzir-se numa melhor qualidade e eficiência dos cuidados aos doentes vítimas de trauma, ajudando a diminuir a sua mortalidade e morbilidade. O trauma consiste num dos principais problemas de saúde, assumindo-se como uma importante causa de mortalidade e morbilidade em todo o mundo, podendo transformar a independência no desempenho de atividades básicas e instrumentais da vida diária, o que implica uma atuação eficaz por parte dos profissionais de saúde (Gomes et al., 2011). A exigência dos cuidados à pessoa em situação crítica vítima de trauma requer do enfermeiro um julgamento clínico e uma tomada de decisão mais dirigida, especializada e, consequentemente, mais adequada, o que passa pela aquisição de mais conhecimento na área (Almeida et al., 2020).

Por fim, na H_5 os resultados apontam para a sua rejeição, uma vez que não se observaram diferenças estatísticas significativas entre a pontuação do conhecimento sobre a VVT e o número de ativações desta via. Não foi possível efetuar comparação com outros estudos e respetiva discussão, pois não conseguimos encontrar estudos com o mesmo objetivo de estudo e com as mesmas variáveis.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Depois de analisados os resultados deste estudo e a sua discussão e identificadas algumas necessidades de formação, é de todo pertinente construir uma proposta de intervenção dirigida a estas necessidades.

Esta proposta de intervenção deverá incluir as seguintes estratégias: *i)* realizar reuniões com os coordenadores da equipa de trauma, para os informar acerca das conclusões do estudo; *ii)* elaborar protocolos de atuação dirigidos ao doente vítima de trauma no qual tenha sido ativada a VVT; *iii)* realizar ações de formação em serviço sobre a VVT; *iv)* elaborar um cartaz com a apresentação da norma de ativação da VVT; *v)* dinamizar a organização de umas jornadas sobre a VVT.

O processo formativo que constitui uma das estratégias sugeridas poderá enquadrar a formação em serviço, que deverá envolver não só a componente teórica, mas incluir a componente prática, com a demonstração e o treino dos enfermeiros, essencial ao desenvolvimento de competências neste âmbito, uma vez que são estes os profissionais que estão na primeira linha de assistência, para que consigam ser mais eficazes na sua atuação.

O processo formativo que constitui uma das estratégias sugeridas poderá enquadrar a formação em serviço, que deverá envolver não só a componente teórica, mas incluir a componente prática, com a demonstração e o treino dos enfermeiros, essencial ao desenvolvimento de competências neste âmbito, uma vez que são estes os profissionais estão na primeira linha de assistência, para uma atuação mais eficaz. A instituição deverá potenciar um papel mais proactivo aos enfermeiros, envolvendo-os neste processo formativo, com base nas suas necessidades formativas e no período temporal mais adequado para a concretização desta formação.

Esta formação deverá ter um carácter sistematizado e contínuo no tempo, repetindo-se pelo menos duas vezes ao ano, uma vez que já está comprovado que os conhecimentos e as competências precisam ser aprofundados e atualizados.

7. SÍNTESE CONCLUSIVA

Depois de uma análise atenta da apresentação dos resultados obtidos e discussão dos mesmos, e tendo em conta os objetivos formulados para este estudo, apresentam-se as conclusões.

Em relação ao perfil sociodemográfico dos enfermeiros participantes neste estudo, pode dizer-se são profissionais maioritariamente do sexo feminino, pertencentes ao grupo etário dos 25-40 anos de idade, licenciados, com a categoria profissional de enfermeiro, sendo o maior grupo detentor de uma pós-graduação na área de urgência e emergência, com predomínio dos enfermeiros sem especialidade. Os enfermeiros do estudo situam-se no nível de perito em termos de tempo de exercício profissional, bem como em termos de tempo de exercício profissional no atual serviço onde se encontrava a exercer a sua atividade profissional, no momento da recolha de dados.

Constatou-se que a quase totalidade dos enfermeiros assinalou que a VVT se encontrava implementada no serviço, existindo apenas um caso que não tinha conhecimento dessa implementação, tendo a maioria dos enfermeiros bastante experiência no âmbito da ativação da VVT, com 10 ou mais ativações desta via de acesso ao SU.

A maioria dos enfermeiros da amostra possui um nível de conhecimento sobre VVT “Razoável”, existindo ainda um grupo de enfermeiros que se enquadrou no nível de conhecimento “Mau”. As lacunas em termos de conhecimento residem sobretudo nas prioridades a atribuir na fase de avaliação inicial e processo de reanimação no local do acidente, no qual é feita a triagem e a tomada de decisão de transferência e transporte, conhecimento relacionado com a importância do exame ecográfico FAST e tempo máximo definido para avaliação primária.

Constatou-se que não existe relação entre as características sociodemográficas e o conhecimento dos enfermeiros sobre VVT, participantes no estudo.

Existe relação entre a categoria profissional, o tempo de exercício profissional no atual serviço, a detenção pelos enfermeiros de uma especialização na área da enfermagem médico-cirúrgica, a experiência dos enfermeiros na ativação da VVT e o conhecimento dos mesmos sobre VVT.

Assim, foram identificados como fatores relacionados com o conhecimento dos enfermeiros sobre VVT, a categoria profissional, o tempo de exercício profissional no atual serviço, a detenção pelos enfermeiros de uma especialização na área da enfermagem médico-cirúrgica e a experiência dos enfermeiros na ativação da VVT.

Daqui se pode concluir que a experiência profissional, a experiência de ativação da VVT e a formação específica podem ter contribuído para aumentar o conhecimento sobre VVT destes enfermeiros. A formação de especialidade fez a diferença em termos de conhecimento destes enfermeiros sobre a VVT, tendo ficado demonstrado ser uma mais-valia para a preparação destes profissionais na prestação de cuidados em contexto de emergência e, especificamente, no âmbito da VVT.

As principais limitações deste estudo relacionam-se com o facto de se tratar de uma amostra não aleatória e de conveniência e com a reduzida dimensão da população e amostra, que dificultaram a realização de outros testes estatísticos.

CONCLUSÃO

A realização do estágio permitiu-nos experienciar a prática clínica na área da Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, que em associação com a componente teórica desenvolvida em contexto formativa contribuiu para o desenvolvimento das competências preconizadas pela OE para o EEEMC, no âmbito da prestação de cuidados ao doente em situação crítica e família num SU, tendo em vista a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados. A realização do estudo de investigação também contribuiu para alcançar os objetivos delineados.

Este estágio foi o culminar de uma etapa de extrema importância, uma vez que se transformou num percurso de aprendizagem fundamentado, permitindo o desenvolvimento pessoal e profissional. Assim, pretendemos a partilhar a aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas, humanas e relacionais, desenvolvidas ao longo do estágio no SU, um espaço rico em oportunidades de aprendizagem, que possibilitou a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos teóricos, competências e habilidades práticas e capacidade de reflexão, intrínsecas ao nosso desempenho.

Analizando as competências que desenvolvidas durante a realização deste estágio, consideramos estar a aproximar-nos do nível de competência de perito, que postula que a perícia, em matéria de tomadas de decisões humanas complexas, como são exemplo os cuidados de enfermagem, faz com que seja possível a interpretação das situações mais complexas. Por outro lado, os conhecimentos incluídos na perícia clínica assumem-se como a pedra basilar do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem. É nosso desejo atingir o patamar de enfermeira perita, possuindo experiência e conhecimento, que nos permita ser detentores de um julgamento clínico ágil e intuitivo na identificação dos problemas do doente/família, prestando cuidados holísticos, culminado num processo de maturidade pessoal e profissional, pois a experiência e a perícia dos enfermeiros são fatores chave para a qualidade da prestação de cuidados.

Reforçamos que a integração na equipa foi bem-sucedida, o que permitiu desenvolver várias atividades, para que pudéssemos alcançar uma visão global dos cuidados prestados, dando-se ênfase a todos os aspetos da área de atuação e especialização. Como tal, consideramos ter assumido uma atitude autónoma e responsável na prestação dos cuidados, o que implicou a

prestação de cuidados culturalmente congruentes, tendo-se procurado o maior número de experiências, respeitando os princípios científicos dos procedimentos apreendidos durante a fase teórica do curso e resultante da pesquisa bibliográfica.

Ao longo do estágio procurámos pautar as nossas intervenções com profissionalismo e respeito pela metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, demonstrando grande empenho e dedicação. Mantivemos uma postura adequada, demonstrando sempre interesse na aprendizagem e no bom funcionamento da equipa. Esta sempre se mostrou recetiva à troca de informação, análise e discussão de experiências e de situações clínicas. Pensamos que desenvolvemos uma relação empática, favorável ao desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, promovendo o trabalho em equipa e bom ambiente de trabalho, demonstrando disponibilidade e interesse na aprendizagem. Importa também referir que revelámos recetividade, interesse e iniciativa nas intervenções de enfermagem e aceitámos as críticas de forma construtiva.

Recorremos sempre a uma relação terapêutica com base numa comunicação assertiva, adotando uma conduta sem quaisquer juízos de valor, demonstrando uma atitude responsável na prestação de cuidados de enfermagem, suportada pela investigação, conhecimento e reflexão sobre as práticas. Adotámos um comportamento assertivo e de interajuda com a equipa multidisciplinar, bem como avaliámos as necessidades e estabelecemos prioridades de intervenção do doente, numa perspetiva holística. Julgamos que conseguimos atingir com sucesso os objetivos a que nos propusemos no início do estágio, no qual procurámos aproveitar todas as oportunidades para a aprendizagem. Esta atuação resultou na aquisição de competências ao nível do EEEMC, o que requereu a nossa capacidade para agir de forma eficaz numa situação concreta, apoiada em conhecimentos e nas orientações recebidas.

O conhecimento clínico do enfermeiro não se restringe unicamente à formação académica, mas passa igualmente pelo conhecimento alcançado através da experiência e da reflexão sistemática das suas práticas, resultando na valorização do conhecimento adquirido em contextos da prática clínica. Assim, podemos dizer que as práticas de cuidado são imbuídas de conhecimento e habilidade sobre o quotidiano e as necessidades humanas, e que, para serem experienciadas como cuidados, essas práticas devem estar sintonizadas com a pessoa específica que está a ser cuidada e com a situação particular à medida que ela se desenrola.

Por fim, há a referir que a obtenção e o desenvolvimento de competências se assumem como

um processo complexo e que se desenvolve ao longo do tempo. Neste sentido, tem-se a certeza de que o desenvolvimento de competências é uma realidade com continuidade futura, o que pressupõe o desejo de se continuar a ampliar e aplicar os conhecimentos adquiridos nesta formação especializada, aliados aos conhecimentos adquiridos na prática profissional.

Procedemos à apresentação do estudo realizado sobre os fatores relacionados com o conhecimento dos enfermeiros do SU de adultos de um centro hospitalar da região norte do País sobre VVT, através do qual foi possível verificar que a maioria dos enfermeiros possui nível de conhecimento razoável sobre VVT e explorar os fatores relacionados com o conhecimento sobre VVT, especificamente, a categoria profissional, o tempo de exercício profissional no atual serviço, a detenção pelos enfermeiros de uma especialização na área da enfermagem médico-cirúrgica e a experiência dos enfermeiros na ativação da VVT.

O estudo foi muito útil neste âmbito e poderá ser uma mais-valia para a melhoria dos processos formativos neste contexto, podendo funcionar como uma alavanca para a melhoria dos cuidados de enfermagem especializados nesta área.

Finalizada a conclusão deste estudo, importa referir ainda algumas das dificuldades encontradas, relacionadas com a escassa bibliografia encontrada sobre o conhecimento dos enfermeiros em VVT, que dificultou sobretudo a discussão dos resultados. Todavia, em futuros estudos devem ser utilizadas outros tipos de estudo nomeadamente: estudos quase-experimentais e longitudinais, para conhecer o impacto de programas formativos nos conhecimentos e competências dos enfermeiros sobre a VVT. Não obstante, embora não podendo generalizar os resultados para outras populações, considera-se que este estudo proporcionou a compreensão do fenómeno em análise, no que respeita à amostra em estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Norte. (2009). *Um ano de reflexão e mudança*. Comissão Regional do Doente Crítico.
- Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L. & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 55-66. doi:10.37914/riis.v3i1.74
- American College of Surgeons Committee on Trauma. (2008). *Advanced trauma life suport for doctors*. Chicago: Autor.
- American Trauma Society. (2011). *Trauma facts*. Disponível em <http://www.amtrauma.org/injury-prevention-programs/trauma-facts/index.aspx>
- Araújo, S. B. (2012). *Administração de desastres: Conceito e tecnologias* (3a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Barros, J. R. (2013). *Intervenção especializada de enfermagem na abordagem à pessoa vítima de trauma no serviço de urgência: Percurso de aquisição de competências* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artmed.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica em enfermagem* (2a ed.). Coimbra: Quarteto.
- Bezerra, Y. C., Matos, G. S., Costa, J. S., Moreira, R. L., & Medeiros, F. (2015). Politraumatismo: Conhecimento dos estudantes de enfermagem acerca das práticas assistenciais. *Revista de Enfermagem da UFPE*, 9(11), 9817-9825. doi: 10.5205/reuol.8008-72925-1ED.0911201523
- Borges, L. C., & Brasileiro, M. E. (2018). Atuação do Enfermeiro no atendimento ao paciente politraumatizado: Revisão bibliográfica. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 2, 55-64. Disponível em <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/paciente-politraumatizado>
- Boyd, D. R. (2010). Trauma systems origins in the United States. *Journal of Trauma Nursing*, 17(3), 126-137. doi:10.1097/JTN.0b013e3181f5d382
- Camelo, S. H., & Angarami, E. L. (2013). Competência profissional: A construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 22(2), 552-560. doi:10.1590/S0104-07072013000200034

- Carneiro, A. H. (2008). *Curso de evidência na emergência. Manual de procedimentos*. Porto: Reanima.
- Catalão, M. J., & Gaspar, P. J. (2017). Dificuldades na assistência à paragem cardiorrespiratória intra-hospitalar: A perceção dos profissionais de saúde. In M. Dixe, P. Sousa & P. Gaspar (Coords.), *Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em situação crítica* (pp. 9-27). Leiria: Instituto Politécnico de Leiria. Disponível em <https://iconline.iipleiria.pt/bitstream/10400.8/2878/1/cap-1.pdf>
- Comissão Regional do Doente Crítico. (2009). *Um ano de reflexão e mudança!*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.
- Decreto-Lei n.º 104/98*, de 21 de abril. Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova os respetivos estatutos. Diário da República, 93. Série I-A. Disponível em https://dre.pt/pesquisa//search/175784/details/maximized?fbclid=IwAR21_ZH2TUpw dGM-v91_hgTSX-y2TmRN7qGLQNo8lXVFwHdy9TcREJYe81Q
- Decreto-Lei n.º 247/2009*, de 22 de setembro. Estabelece o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica. Diário da República, 184. Série I.
- Decreto-Lei n.º 161/96*, de 04 de setembro. Aprova o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Diário da República, 205. Série I-A.
- Despacho n.º 10319/2014*, de 11 de agosto. Determina a estrutura do sistema integrado de emergência médica ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos SU, bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. Diário da República, 153. Série II.
- Despacho n.º 8977/2017*, de 11 de outubro. Constitui a Comissão Nacional de Trauma e designa os seus membros. Diário da República, 196. Série II.
- Despacho n.º 2534/2021*, de 5 de março. Constitui a Comissão Nacional de Trauma e designa os seus membros. Diário da República, 45. Série II.
- Direção-Geral da Saúde. (2005). *Carta dos direitos do doente internado*. Lisboa: Autor. Disponível em <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa: Autor. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa nacional de controle de infeção (PNCI) associado aos cuidados de saúde*. Lisboa: Autor.

- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Circular normativa n.º 07/DQS/DQCO: Organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2016a). *Norma n.º 10/2017: Via verde sépsis no adulto*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2016b). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Autor. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15544/1/d255987.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para a prevenção e controlo da dor*. Lisboa: Autor. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Norma n.º 002/2018: Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma n.º 007/2019: Higiene das mãos nas unidades de saúde*. Lisboa: Autor.
- Eastern Association for the Surgery of Trauma. (2010). *Practice management guidelines for the appropriate triage of the victim of trauma*. East Practice Management Guideline. Disponível em <http://www.east.org/Content/documents/practicemanagementguidelines/TraumaTriage.pdf>
- Eid, S. H., Taha, N. M., & Zaton, H. K. (2017). Nurses' knowledge and practice of trauma patients during golden hours of care. *Zagazig Nursing Journal*, 13(1), 244-257.
- Emergency Nurses Association. (2007). *Trauma nursing core course (TNCC): Provider manual*. Des Plaines, IL: Emergency Nurses Association.
- Emergency Nurses Association. (2019). *Trauma nursing core course. The premier trauma nursing course for nurses and hospitals worldwide*. Disponível em <https://www.ena.org/education/tbcc>
- European Resuscitation Council. (2010). *European resuscitation council guidelines for resuscitation*. Elsevier. Disponível em <https://www.erc.edu/index.php/docLibrary/en/viewDoc/1195/3/>
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Ganley, L., & Gloster, A. (2011). An overview of triage in the emergency department. *Nursing Standard*, 26(12), 49-56. doi:10.7748/ns2011.11.26.12.49.c8829
- Ganley, L., & Gloster, A. (2011). An overview of triage in the emergency department. *Nursing Standard*, 26(9), 49-56. doi:10.7748/ns2011.11.26.12.49.c8829

- Georgiou, A., & Lockey, D. (2010). The performance and assessment of hospital trauma teams. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 18(1), 66. doi:10.1186/1757-7241-18-66
- Georgiou, A., & Lockey, D. J. (2010). The performance and assessment of hospital trauma teams. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 18, 66. doi:10.1186/1757-7241-18-66
- Geraldes, J. P. (2012). *Intervenção especializada do enfermeiro em situações de trauma: A via verde trauma* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16227>
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Gomes, E., Araújo, R., Carneiro, A., Dias, C., Lecky, F., & Costa-Pereira, A. (2008). Mortality distribution in a trauma system: From data to health policy recommendations. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 34(6), 561-569. doi:10.1007/s00068-007-6189-3
- Gomes, E., Moreira, D., Chaló, D., Dias, C., Neutel, E., Aragão, I., & Costa-Pereira, A. (2011). O doente politraumatizado grave: Implicações da ruralidade na mortalidade, incapacidade e qualidade de vida. *Ata Médica Portuguesa*, 24(1), 81-90. Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/340/11> N
- Grupo Português de Triage. (2017). *Protocolo de triagem de Manchester*. Disponível em http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=109
- Hill, M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hirsch, C. D., Barlem, E. L., Duarte, F. D., Fornari, N. C., Silva, B. R., & Nogário, A. C. (2014). Sociodemographic and academic profile of undergraduate nursing student of the Nursing School/FURG. *Journal of Nursing and Socioenvironmental Health*, 1(1), 13-18. doi:10.15696/2358-9884/jonse.v1n1p13-18
- Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press. 2001. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/312345340_Evidence-Based_Cancer_Imaging/fulltext/587be36d08aed3826ae8e38e/Evidence-Based-Cancer-Imaging.pdf
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Manual TAS emergência do trauma*. Lisboa: Departamento de Formação em Emergência Médica. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Emerg%C3%AAAncias-Trauma.pdf>

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Manual de suporte avançado de vida, versão 1.0*. Lisboa: Autor. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avan%C3%A7ado-de-Vida-2019.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). *Sistema integrado de metainformação: Conceitos por tema*. Disponível em <http://smi.ine.pt/ConceitoPorTema?clear=True>
- Juillard, C. J., Mock, C., Goosen, J., Joshipura, M., & Civil, I. (2009). Establishing the evidence base for trauma quality improvement: A collaborative WHO-IATSIC review. *World Journal of Surgery*, 33(5), 1075-1086. doi:10.1007/s00268-009-9959-8
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5a ed.). São Paulo: Atlas.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir competências individuais e coletivas*. Porto: Edições Asa.
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República, 181. Série I. Disponível em https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVIwl6Va
- Lei n.º 27/2006, de 03 de julho. Aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, Diário da República, 126. Série I.
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Luchtemberg, M. N., & Pires, D. E. (2016). enfermeiros do serviço de atendimento móvel de urgência: Perfil e atividades desenvolvidas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(2), 213-220. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0213.pdf>
- Maravilha, P. R. (2019). *Gestão no bloco operatório: Metodologia Lean* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/6274>
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6a ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber
- Mattos, L. S., & Silvério, M. R. (2012). Avaliação do indivíduo vítima de politraumatismo pela equipe de enfermagem em um serviço de emergência de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 25(2), 182-191. Disponível em <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2227/2452>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing.

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *ANS Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. doi:10.1097/00012272-200009000-00006
- Ministério da Saúde. (2007). *Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência*. Lisboa: Direção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde.
- Mock, C., Juillard, C., Brundage, S., Goosen, J., & Joshipura, M. (2009). *Guidelines for trauma quality improvement programmes*. Geneva: World Health Organization.
- Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Cunha, I. C., Alves, M., & Marques, N. (2019). Intervenções de enfermagem pré-hospitalar: Revisão narrativa. *Enfermagem em Foco*, 10(4), 122-128. Disponível em <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2527/614>
- Nunes, L. (2008). Ética em cuidados paliativos: Limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*, 16(1), 41-50.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Membros activos. Balcão Único: 31-12-2018. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11135/c%C3%B3pia-de-2018_acumulado_dadosestatisticos_nacional.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Autor. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Parecer CJ 153/2013: Comunicação do óbito aos familiares dos utentes*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_153_2013_ComunicacaoMorte.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Autor. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Membros activos. Balcão único: 31-12-2018*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11135/c%C3%B3pia-de-2018_acumulado_dadosestatisticos_nacional.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. 2009. *Modelo de desenvolvimento profissional: Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de boa prática em trauma*. Lisboa: Autor.

- Ott, V., Thomas, J. A., & Fernando, H. (2018). First-year success in a nursing baccalaureate plan of study: A descriptive research study. *Nurse Education Today*, 67, 108-113. doi: 10.1016/j.nedt.2018.05.005
- Ozdemir, N. G. (2019). The development of nurses' individualized care perceptions and practices: Benner's novice to expert model perspective. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 1279-1285. Disponível em http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/81_ozdemir_special_12_2.pdf
- Paixão, T. C., Campanharo, C. R., Lopes, M. C., Okuno, M. F., & Batista, R. E. (2015). Dimensionamento de enfermagem em sala de emergência de um hospital-escola. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(3), 486-493. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/pt_0080-6234-reeusp-49-03-0486.pdf
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano* (12a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Pereira, M. J. (2018). *Fatores desencadeantes de stresse em sala de emergência* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Pires, A. P. (2008). Ética e cuidar em enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 72. Disponível em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/sinais-vitais/item/3419-etica-e-cuidar-em-enfermagem#.X6w71Gj7Q2w>
- Polit, D., & Hungler, B. (1995) *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Regulamento n.º 140/2019*, de 06 de fevereiro. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 26. Série II. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Regulamento n.º 429/2018*, de 16 de julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 135. Série II.
- Regulamento n.º 743/2019*, de 25 de setembro. Norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Diário da República, 184. Série II. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/124981040/details/maximized>
- Ruivo, A., Ponte, S. (2016). Via verde sépsis: Análise do primeiro ano de implementação. *Cuid'arte - Revista de Enfermagem*, 9(15), 1-6.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 3-37.
- Santos, P. A., & Rabiais, I. M. (2015). Enfermagem de catástrofe: Preparação para o desenvolvimento de competências. In *Atas do 9º Seminário de Investigação em*

- Enfermagem* (p.49). Porto, 14 e 15 de maio Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/21279>
- Schroeter, K. (2015). Trauma nurses: Making a difference. *Journal of Trauma Nursing*; 22(3), 120-121. doi:10.1097/JTN.0000000000000132
- Silva, R. M., Campos, P., Reis, A. M., & Bandeira, R. (2015). Princípios de medicina de catástrofe em revisão a partir de Fukushima. *Territorium: Revista Internacional de Riscos*, 22, 249-266. doi:10.14195/1647-7723_22_19
- Silva, T. A., & Freitas, G. F. (2018). Perfil sociodemográfico, socio-culturales y académicos de estudiantes de enfermería en una institución de educación privada. *Cultura de los Cuidados*, 22(52), 129-171. Disponível em https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/85316/1/CultCuid_52-129-141.pdf
- Simões, R. L., Neto, C. D., Maciel, G. S., Furtado, T. P., & Paulo, D. N. (2012). Atendimento pré-hospitalar às múltiplas vítimas com trauma simulado. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 39(3), 230-237. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v39n3/a13v39n3.pdf>
- Society of Trauma Nurses. (2008). *Advanced trauma care for nurses*. Disponível em <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2018/07/16/regulamento-de-competencias-especificas-do-enfermeiro-especialista-em-enfermagem-medico-cirurgica-na-area-de-enfermagem-a-pessoa-em-situacao-critica-na-area-de-enfermagem-a-pessoa-em-situacao-paliati/>
- Sousa, A. R. (2013). *Relatório: O conforto como o centro da prática*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Disponível em WWW: URL: <<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14636/1/Ana%20Rita%20Sousa.pdf>>
- Veríssimo, O. M. (2018). *O nível de satisfação das pessoas com a abordagem dos enfermeiros no processo de triagem e fatores que o influenciam* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=57753>.
- World Health Organization. (2004). *Guidelines for essential trauma care*. Geneva: Autor.
- World Health Organization. (2009). *Guidelines for trauma quality improvement programmes*. Geneva: Autor. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44061/9789241597746_eng.pdf;sequence=1

APÊNDICES

Questionário

Caro(a) participante,

O presente questionário insere-se no âmbito do desenvolvimento do Projeto de Estágio e Relatório Final, para obtenção do grau de mestre em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro em consórcio com a Universidade do Minho, sob a orientação do Professor Doutor Amâncio Carvalho e da Professora Doutora Maria Zita Castelo Branco.

O principal objetivo desta investigação é identificar os fatores relacionados com os conhecimentos dos enfermeiros do serviço de urgência geral de um centro hospitalar da região norte do país sobre Via Verde Trauma e os seus algoritmos de avaliação e tratamento

A resposta ao questionário é de natureza individual, voluntária e confidencial. Todos os questionários serão tratados no respeito da confidencialidade da informação disponibilizada. É fundamental que responda a todas as questões com rigor e honestidade.

O questionário demora, em média, cerca de 15 minutos a ser preenchido.

Obrigada pela sua colaboração.

Marisa Isabel Figueiredo Ferreira

Para algum esclarecimento adicional por favor contactar:

Email: mfferreira1801@gmail.com

PARTE 1 – Caracterização Sociodemográfica e Profissional

1. Idade _____ anos
2. Sexo:
Feminino ☐
Masculino ☐
3. Estado civil:
Solteiro ☐
Casado ☐
União de facto ☐
Divorciado ☐
Viúvo ☐
4. Habilitações académicas:
Bacharelato ☐
Licenciatura ☐
Mestrado ☐
Doutoramento ☐
5. Categoria profissional:
Enfermeiro ☐
Enfermeiro Graduado ☐
Enfermeiro Especialista ☐
- 6- Formação profissional
6.1- Pós-Graduação ☐ Qual? _____

6.2- Especialidade ☐ Qual? _____

6.3-Possui formação específica em VVT?
a) Sim ☐
b) Não ☐
- 7- Tempo de exercício profissional _____ (anos)
- 8- Tempo de exercício de funções no atual serviço _____ (anos)

PARTE 2 – Experiências no âmbito da Via Verde Trauma

1. Número estimado de ativações da Via Verde Trauma assistidas no último ano: _____
2. A Via Verde Trauma está implementada no serviço de urgência:
a) Sim ☐
b) Não ☐
- 2.1. Se não, responda à questão seguinte.
Considera importante a sua implementação no serviço de urgência
c) Sim ☐
d) Não ☐

PARTE 3 – Conhecimento sobre a Via Verde Trauma

Em situações de ativação da Via Verde de Trauma (VVT) existe um conjunto de critérios a atender. Neste âmbito responda às seguintes questões colocando uma cruz na opção que, na sua opinião, é a mais correta:

1. Qual o critério absoluto para ativação da VVT:
 - a) Necessidade de ventilação assistida
 - b) Atropelamento
 - c) Capotamento
 - d) Acidente > 50 km/h

2. Quais os critérios absolutos para ativação da VVT:
 - a) Escala de Coma de Glasgow < 14
 - b) Freq Respiratória < 10 ou > 29 C / min
 - c) Capotamento
 - d) A e b são verdadeiras

3. Quais os critérios relativos para ativação de VVT:
 - a) Amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo
 - b) Queda > 3 metros
 - c) Fratura da bacia
 - d) Fratura do crânio com afundamento

4. Quais os fatores de comorbilidades que tem impacto na ativação de VVT:
 - a) Intoxicação Substância de Abuso
 - b) Projeção do veículo
 - c) Necessidade de ventilação assistida
 - d) Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg

5. Quais as regiões anatómicas com impacto na ativação da VVT:
 - a) Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, Períneo, proximal ao cotovelo e ou joelho
 - b) Fratura de 1 osso longo
 - c) Fratura de 2 ou mais ossos longos
 - d) A e C são verdadeiras

6. Quantos critérios são necessários para ativação da VVT:
 - a) 1 (um) Critério Absoluto ou 1 (um) Critério Relativo + 1 (um) Fator de Comorbilidade
 - b) 2 (dois) critérios absolutos
 - c) 1 (um) Critério Absoluto e 1 (um) Critério Relativo
 - d) 2 (dois) fatores de comorbilidades

7. Qual o tempo de ativação da equipa de trauma:
 - a) Menos de 6 min
 - b) Menos de 4mim
 - c) Menos de 3 min
 - d) Menos de 5 mim

8. A equipe de trauma deve ser multidisciplinar e possuir formação e experiência em trauma e integrar os seguintes profissionais:
- a) Intensivista ou, na sua ausência, médico com formação e experiência em medicina de emergência
 - b) Médico-cirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência
 - c) Enfermeiro com experiência em cuidados de emergência – Suporte avançado de vida (SAV) e suporte de vida em trauma.
 - d) Todas as opções estão corretas
9. Qual o tempo máximo definido para a avaliação primária:
- a) 1 hora
 - b) 20 min
 - c) 30 min
 - d) Nenhuma das opções está correta
10. Qual o tempo máximo definido para a avaliação secundária:
- a) 3 horas
 - b) 1 hora
 - c) 2 horas
 - d) Nenhuma das opções está correta
- 11- Na metodologia ABCDE:
- a) As grávidas têm prioridade
 - b) As crianças têm prioridade
 - c) Os idosos têm prioridade
 - d) As prioridades são as mesmas para todos os doentes
- 12- Na metodologia sistematizada ABCDE em trauma o objetivo é (a mais correta):
- a) Identificar e tratar as lesões potencialmente ameaçadoras de vida
 - b) Corrigir hipoperfusão
 - c) Assegurar a ventilação definitiva do doente
 - d) Fazer uma avaliação da escala de coma de Glasgow
- 13- Os exames tomográficos devem ser realizados:
- a) Na avaliação primária
 - b) Na avaliação secundária
 - c) Não devem ser realizados
 - d) A e B
- 14- Como adjuvantes da avaliação inicial recomenda-se a monitorização:
- a) Frequência respiratória
 - b) Frequência cardíaca
 - c) Débito urinário
 - d) Todas as opções são verdadeiras
- 15- A avaliação inicial e o processo de reanimação começam no local do acidente, onde é feita a triagem e tomada a decisão de transferência e transporte. São prioridades nesta fase:
- a) Avaliar e controlar a via aérea, sem estabilização e imobilização total da coluna
 - b) Avaliar e controlar a função cardiovascular, parando a hemorragia interna e iniciando fluidoterapia.

- c) Administrar fluidos judiciosamente, em bólus de 250 ml, para manter a pressão arterial sistólica em 80-100 mm/Hg
 - d) Todas as opções são verdadeiras
- 16- Na necessidade de transferência precoce inter-hospitalar do doente devemos ter em conta:
- a) Realizar todos os exames complementares de diagnóstico
 - b) Não atrasar a transferência por causa de procedimentos diagnósticos
 - c) Atender às exigências da família
 - d) Nenhuma das opções esta correta
- 17- Os exames complementares de diagnóstico fora da sala de emergência:
- a) Nunca devem ser realizados
 - b) Devem ser realizados com o mesmo grau de monitorização da sala de emergência
 - c) Não devem ser articuladas com o médico ortopedista, radiologista ou outros
 - d) A e C estão corretas
- 18- O exame ecográfico FAST (*Focused Assessment with Sonography for Trauma*) é importante no trauma para:
- a) Despiste de líquido intraperitoneal
 - b) Despiste de líquido retroperitoneal
 - c) Para a classificação da hemorragia
 - d) Todas as opções estão erradas
- 19- O número de anos de serviço ou o tempo de exercício no serviço de urgência influência a atuação dos enfermeiros:
- a) Sim, desde que trabalhe num serviço de urgência
 - b) Sim, desde que tenha formação específica em trauma
 - c) Não tem qualquer influência
 - d) A e B estão corretas
- 20- Os principais problemas num doente de trauma são:
- a) Transporte secundário do doente sem recursos técnicos ou humanos adequados.
 - b) Não imobilizar o doente em plano duro
 - c) Não imobilizar o doente com colar cervical
 - d) Todas estão corretas

Muito obrigada pela sua colaboração.

Apêndice II - Versão final do questionário

Questionário

Caro(a) participante,

O presente questionário insere-se no âmbito do desenvolvimento do Projeto de Estágio e Relatório Final, para obtenção do grau de mestre em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro em consórcio com a Universidade do Minho, sob a orientação do Professor Doutor Amâncio Carvalho e da Professora Doutora Maria Zita Castelo Branco.

O principal objetivo desta investigação é identificar os fatores relacionados com os conhecimentos dos enfermeiros do serviço de urgência geral de um centro hospitalar da região norte do país sobre Via Verde Trauma e os seus algoritmos de avaliação e tratamento

A resposta ao questionário é de natureza individual, voluntária e confidencial. Todos os questionários serão tratados no respeito da confidencialidade da informação disponibilizada. É fundamental que responda a todas as questões com rigor e honestidade.

O questionário demora, em média, cerca de 15 minutos a ser preenchido.

Obrigada pela sua colaboração.

Marisa Isabel Figueiredo Ferreira

Para algum esclarecimento adicional por favor contactar:

Email: mfferreira1801@gmail.com

PARTE 1 – Caracterização Sociodemográfica e Profissional

- 1- Idade em anos
- | | |
|-------------|--------------------------|
| Até 30 | ☐ |
| Dos 31 a 40 | ☐ |
| Dos 41 a 50 | ☐ |
| Dos 51 a 60 | ☐ |
| Mais de 60 | ☐ |
- 2- Género:
- | | |
|-----------|--------------------------|
| Feminino | ☐ |
| Masculino | ☐ |
- 3- Habilitações académicas:
- | | |
|--------------|--------------------------|
| Licenciatura | ☐ |
| Mestrado | ☐ |
| Doutoramento | ☐ |
- 4- Categoria profissional:
- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| Enfermeiro | ☐ |
| Enfermeiro Gestor | ☐ |
| Enfermeiro Especialista | ☐ |
- 5- Formação profissional
- 5.1- Pós-Graduação ☐ Qual? _____
- 5.2- Especialidade ☐ Qual? _____
- 5.3- Possui formação específica em VVT?
- | | |
|--------|--------------------------|
| c) Sim | ☐ |
| d) Não | ☐ |
6. Tempo de exercício profissional ____ (anos)
7. Tempo de exercício de funções no atual serviço ____ (anos)

PARTE 2 – Experiências no âmbito da Via Verde Trauma

- 1- A Via Verde Trauma está implementada no serviço de urgência:
- | | |
|--------|--------------------------|
| a) Sim | ☐ |
| b) Não | ☐ |
- 2- Número estimado de ativações da Via Verde Trauma assistidas no último ano: _____

PARTE 3 – Conhecimento sobre a Via Verde Trauma

Em situações de ativação da Via Verde de Trauma (VVT) existe um conjunto de critérios a atender. Neste âmbito responda às seguintes questões colocando uma cruz na opção que, na sua opinião, é a mais correta:

- 1- Qual o critério absoluto para ativação da VVT:
 - a) Necessidade de ventilação assistida
 - b) Atropelamento
 - c) Capotamento
 - d) Acidente > 50 km/h
- 2- Quais os critérios absolutos para ativação da VVT:
 - a) Escala de Coma de Glasgow < 14 (de novo)
 - b) Freq Respiratória < 10 ou > 29 C / min
 - c) Capotamento
 - d) A e b são verdadeiras
- 3- Quais os critérios relativos para ativação de VVT:
 - a) Amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo
 - b) Queda > 3 metros
 - c) Fratura da bacia
 - d) Fratura do crânio com afundamento
- 4- Quais os fatores de comorbilidades que tem impacto na ativação de VVT:
 - a) Intoxicação Substância de Abuso
 - b) Projeção do veículo
 - c) Necessidade de ventilação assistida
 - d) Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg
- 5- Quais as regiões anatómicas com impacto na ativação da VVT:
 - a) Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, Períneo, proximal ao cotovelo e ou joelho
 - b) Fratura de 1 osso longo
 - c) Retalho costal
 - d) A e C são verdadeiras
- 6- Quantos critérios são necessários para ativação da VVT:
 - a) 1 (um) Critério Absoluto ou 1 (um) Critério Relativo + 1 (um) Fator de Comorbilidade
 - b) 2 (dois) critérios absolutos
 - c) 1 (um) Critério Absoluto e 1 (um) Critério Relativo
 - d) 2 (dois) fatores de comorbilidades
- 7- Qual o tempo de ativação da equipa de trauma:
 - a) Menos de 6 min
 - b) Menos de 4min
 - c) Menos de 3 min
 - d) Menos de 5 mim
- 8- A equipa de trauma deve ser multidisciplinar e possuir formação e experiência em trauma e integrar os seguintes profissionais:
 - a) Intensivista ou, na sua ausência, médico com formação e experiência em medicina de emergência
 - b) Médico-cirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência

- c) Enfermeiro com experiência em cuidados de emergência – Suporte avançado de vida (SAV) e suporte de vida em trauma.
 - d) Todas as opções estão corretas
- 9- Qual o tempo máximo definido para a avaliação primária:
- a) 1 hora
 - b) 20 min
 - c) 30 min
 - d) Nenhuma das opções esta correta
- 10- Qual o tempo máximo definido para a avaliação secundária:
- a) 3 horas
 - b) 1 hora
 - c) 2 horas
 - d) Nenhuma das opções esta correta
- 11- Na metodologia ABCDE:
- e) As grávidas têm prioridade
 - f) As crianças têm prioridade
 - g) Os idosos têm prioridade
 - h) As prioridades são as mesmas para todos os doentes
- 12- Na metodologia sistematizada ABCDE em trauma o objetivo é (a mais correta):
- a) Identificar e tratar as lesões potencialmente ameaçadoras de vida
 - b) Corrigir hipoperfusão
 - c) Assegurar a ventilação definitiva do doente
 - d) Fazer uma avaliação da escala de coma de Glasgow
- 13- Como adjuvantes da avaliação inicial recomenda-se a monitorização:
- a) Dor
 - b) Frequência cardíaca
 - c) Débito urinário
 - d) B e C são verdadeiras
- 14- A avaliação inicial e o processo de reanimação começam no local do acidente, onde é feita a triagem e tomada a decisão de transferência e transporte. São prioridades nesta fase:
- a) Avaliar e controlar a via aérea, com estabilização e imobilização parcial da coluna
 - b) Avaliar e controlar a função cardiovascular, parando a hemorragia interna e iniciando fluidoterapia.
 - c) Administrar fluidos judiciosamente, em bólus de 250 ml, para manter a pressão arterial sistólica em 80-100 mm/Hg
 - d) Administrar fluidos judiciosamente, em bólus de 1000 ml, para manter a pressão arterial sistólica em 90-100 mm/Hg
- 15- O exame ecográfico FAST (*Focused Assessment with Sonography for Trauma*) é importante no trauma para:
- a) Despiste de líquido intraperitoneal
 - b) Despiste de líquido retroperitoneal
 - c) Para a classificação da hemorragia
 - d) Todas as opções estão erradas
- 16- O tempo de exercício profissional influencia a atuação dos enfermeiros perante uma VVT
- a) Sim, desde que trabalhe num serviço de urgência
 - b) Sim, desde que trabalhe num serviço de urgência e tenha formação específica
 - c) Não, basta apenas ter formação específica
 - d) Não tem qualquer influência

Muito obrigada pela sua colaboração

Apêndice III - Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação

“Fatores Relacionados com os Conhecimentos dos Enfermeiros do Serviço de Urgência sobre Via Verde de Trauma”

De acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações à investigadora se não estiver completamente esclarecido(a). Verifique se todas as informações estão corretas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento. A investigação que pretendemos realizar enquadra-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) em consórcio com a Universidade do Minho.

O estudo tem como orientador o Professor Doutor Amâncio António de Sousa Carvalho e a Professora Doutora Maria Zita Castelo Branco, professores na Escola Superior de Saúde (ESS) de Vila Real da UTAD.

Trata-se de um estudo descritivo e correlacional, observacional, transversal e de abordagem quantitativa. Abrange os enfermeiros que trabalham no serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de [REDACTED]. Tem como finalidade identificar os fatores relacionados com os conhecimentos dos enfermeiros do serviço de urgência geral de um centro hospitalar da região norte do país sobre Via Verde de Trauma e os seus algoritmos de avaliação e tratamento.

O estudo consta apenas de um questionário que será facultado aos enfermeiros. A sua participação é voluntária. É livre para abandonar o estudo a qualquer momento. A recusa em participar ou posterior abandono do estudo, não prejudicará a sua relação com a equipa de clínicos ou investigadores ou com os enfermeiros do serviço. Todos os custos relacionados com a investigação serão suportados pelos investigadores.

Informamos, ainda, que o estudo mereceu o parecer favorável da Comissão Científica e Pedagógica do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da ESS de Vila Real e da Comissão Científica do [REDACTED].

Todas as informações obtidas serão confidenciais. Os dados recolhidos serão utilizados em exclusivo para esta investigação e não haverá registo de dados de identificação. O anonimato será garantido.

Se tiver alguma dúvida, por favor não hesite em contactar-nos (Marisa Ferreira, investigadora principal do estudo e discente do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da ESS de Vila Real, telemóvel: 936470750 ou e-mail: mfferreira1801@gmail.com).

Muito obrigada pela sua colaboração fundamental,

Vila Real, de de 2019. Assinatura (Marisa Ferreira)

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

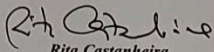
Nome:

Assinatura: Data: /...../ 2019

Nota: Este documento é composto de 1 páginas e feito em duplicado: uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente.

ANEXOS

Anexo I - Parecer favorável da Comissão de Ética para a realização do estudo

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE		SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	
Exmº(a). Senhor(a): Marisa Isabel Figueiredo Ferreira Enfermeira - Serviço de Urgência			
mfferreira1801@gmail.com			
ASSUNTO: <i>Ensaio Clínico/Projeto de Investigação</i>			
V/ REFERÊNCIA			
Após Parecer favorável emitido pela Comissão de Ética em reunião de 16.10.2019, o Conselho de Administração em 17.10.2019, autorizou a realização do estudo de investigação sobre o tema: "Fatores relacionados com os conhecimentos dos enfermeiros do serviço de urgência sobre a Via Verde Trauma "			
Com os melhores cumprimentos,			
Vila Real	21.10.2019	A PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	
Doc nº. 329/2019 - C.A.		 Rita Castanheira	
HV			
TEL			
			