

PERSPETIVA DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO À VIA VERDE TRAUMA

Nurse's perspective regarding the Trauma FastTrack

Perspectiva de los Enfermeros sobre la Vía Verde de Trauma

Ana Almeida*, Carlos Ribeiro**, Pedro Paes***, Liliana Mota****, Fernanda Príncipe*****

RESUMO

Enquadramento: de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) 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 à vítima de trauma consideramos pertinente conhecer a sua perspetiva em relação à Vía Verde Trauma (VVT) uma vez que esta é uma medida considerada relevante na melhoria do atendimento da vítima de trauma. **Objetivos:** explorar as dificuldades de implementação da VVT e os ganhos em saúde que esta Vía Verde (VV) traz na perspetiva do Enfermeiro e refletir acerca dos motivos da baixa implementação desta VV. **Metodologia:** estudo de abordagem qualitativa, exploratória com recurso ao método *focus group*. O corpus de análise dos dados recolhidos, a partir de uma amostra não probabilística, segue os pressupostos de Bardin. **Resultados:** após análise das transcrições surgiram três categorias: vantagens, necessidades formativas e fatores dificultadores que evidenciam a perspetiva do Enfermeiro acerca da VVT. **Conclusão:** os enfermeiros consideram a VVT uma ferramenta que conduz a vantagens importantes a nível dos cuidados à pessoa vítima de trauma, reconhecendo as necessidades formativas e fatores barreira que possam existir.

Palavras chave: centros de traumatologia; emergência; enfermeiros; educação contínua; ferimentos e lesões

*Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.
<https://orcid.org/0000-0003-2341-8226>

**Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

***Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Hospital Santo Espírito da Ilha Terceira.

****PhD, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/CINTESIS.
<https://orcid.org/0000-0003-3357-7984>

*****PhD, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha/CINTESIS.
<https://orcid.org/0000-0002-1142-3258>

Como Referenciar:

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

Recebido para publicação em: 26/02/2020
 Aceite para publicação em: 24/06/2020

ABSTRACT

Background: according to the World Health Organization (WHO), trauma is one of the biggest health problems worldwide and is responsible for increased mortality and morbidity of the population. Recognizing Nurses as important actors in the primary intervention to the trauma victim, we consider it pertinent to know their perspective on Trauma Fast Track, as this is a measure considered positively relevant for the improvement of care for the trauma victim. **Objective:** to explore the difficulties of implementation of the Trauma Fast Track and the health gains that this methodology brings in the perspective of the nurse. Also we intend to reflect on the reasons for the low implementation of this Trauma Fast Track in the hospitals in Portugal. **Methodology:** qualitative, exploratory study using focus groups as a data collection method. Non-probabilistic sample, data analysis according to Bardin's content analysis method. **Results:** after analysis of the transcriptions, three categories emerged: identification of advantages, training needs and identification of hindering factors that highlight the nurse's perspective on the Trauma Fast Track. **Conclusion:** nurses consider the Trauma Fast Track as a tool that has important advantages in terms of care for trauma victims, recognizing the training needs and hindering factors that may exist.

Keywords: trauma center; emergency; nurse; continuous education; injuries

RESUMEN

Marco contextual: de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Trauma es uno de los grandes problemas de salud a nivel mundial. Siendo este responsable del aumento de la mortalidad y la morbilidad de la población. Al reconocer a los Enfermeros como actores importantes en el abordaje de la víctima de trauma, consideramos pertinente conocer su perspectiva en relación a la Vía Verde Trauma (VVT), ya que esta es una medida considerada relevante positivamente para la mejora del atendimento al paciente, víctima de trauma. **Objetivo:** explorar las dificultades de implementación de la VVT y sus logros en salud que la Vía Verde (VV) aporta, desde la perspectiva del Enfermero, y reflexionar sobre las razones de la baja implementación de la VV. **Metodología:** estudio cualitativo, exploratorio con recursos a focus groups como uno método de colecta de datos. El muestreo no es probabilístico, análisis de datos de acuerdo con el método de análisis de Bardin. **Resultados:** tras el análisis de las transcripciones surgieron tres categorías: Identificación de ventajas, necesidades formativas y la identificación de los factores con mas dificultades que se evidencian en la perspectiva del Enfermero sobre la VVT. **Conclusión:** los enfermeros consideran la VVT una herramienta que aporta importantes ventajas a nivel de los cuidados a la persona víctima de trauma, reconociendo las necesidades formativas y los factores que puedan causar dificultades para que pueda existir.

Palabras Clave: centro de traumatología; emergencia; enfermeiros; educación continuada; heridas y lesiones

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) refere que o trauma é um dos maiores problemas de saúde a nível mundial, estimando-se que cerca de 16.000 pessoas morrem diariamente devido a lesões graves (5.8 milhões de mortes por ano) e em 2020 perspetivam-se cerca de 8.4 milhões de mortes causadas por trauma.

Segundo a Emergency Nurses Association (ENA, 2019) o trauma pode ser descrito 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."*

Atualmente vivemos numa sociedade moderna que se preza cada vez mais por uma atuação com base num corpo de conhecimentos científicos, com práticas de qualidade baseadas na evidência científica, tendo em vista a perícia. A enfermagem e consequentemente os enfermeiros acompanham este conceito, as suas definições encontram-se descritas no Regulamento Profissional para a Prática de Enfermagem, através do artigo 4º do Decreto Lei nº 161/ 96 de 4 de setembro, com nova redação dada pelo Decreto Lei nº 104/98 de 21 de abril, capítulo II, artigo 4º, que estabelece:

"A enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e ao grupo social em que ele está inserido, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima

capacidade funcional tão rapidamente quanto possível".

Tendo por base estas definições e reconhecendo a importância transversal da enfermagem na vida dos utentes e suas famílias, nomeadamente em situações de transição saúde/doença, identificamos o enfermeiro como o agente primordial nos cuidados à pessoa vítima de trauma.

A exigência dos cuidados à pessoa em situação crítica vítima de trauma exige do Enfermeiro um julgamento clínico e uma tomada de decisão mais dirigida, especializada e consequentemente mais adequada. Segundo a ENA (2007) *"A otimização dos cuidados aos utentes com trauma é melhor alcançada num trabalho de equipa em que todos os membros utilizam uma abordagem sistemática, em que os enfermeiros de urgência são membros essenciais da equipa de trauma. A mortalidade e morbilidade dos doentes com trauma podem ser significativamente reduzidas através da formação de enfermeiros"*.

É nosso objetivo explorar as perspetivas dos enfermeiros acerca das dificuldades de implementação da VVT e dos ganhos em saúde que esta Via Verde (VV) traz, simultaneamente refletir acerca dos motivos da baixa implementação desta VV.

ENQUADRAMENTO/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo o Despacho n.º 8977/2017 de 2017, 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.” 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. As ações e os resultados nesse processo multi institucional devem ser registados de forma sistematizada, com garantia de interoperabilidade entre sistemas de informação, importantes para o conhecimento sectorial e global do balanço da realidade.”

Assim, em Trauma existe um conjunto de atitudes que, se realizadas atempadamente, reduzem as complicações e a mortalidade que lhe estão associadas surgindo assim o conceito de “Via Verde Trauma”. Esta pode ser definida como: “(...) um algoritmo clínico de avaliação e tratamento de um processo patológico, em que a relação entre o tempo para a realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante no resultado terapêutico” (Direção Geral da Saúde, 2012).

A nível nacional, foram publicadas as “Normas de Boa Prática em Trauma” (Ordem dos Médicos, 2009) onde se traduzem os princípios gerais de trauma, a organização e as boas práticas. Para além disso, este documento alerta para a importância da atualização da rede de referência de urgência e emergência médica nacional, manifestando a importância dos centros de trauma (CT) com equipas de trauma especializadas na abordagem da pessoa vítima de trauma. Uma comissão multidisciplinar de peritos redigiu um documento (Administração Regional de Saúde do Norte, 2009) que serviu de base, juntamente com os documentos anteriormente

referidos, para que a DGS emitisse a circular normativa nº07/DQS/DQCO de 31/03/2010. Esse mesmo documento informa que a Norma de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado deverá ser instituída em todas as unidades de saúde com serviço de urgência – Via Verde Trauma, explicitando cinco pressupostos: Critérios de ativação da Equipa de Trauma (Triagem); Existência de equipa de trauma organizada, com coordenador definido; Registos; Avaliação primária (realizada em menos de 20 minutos); Avaliação secundária (realizada em menos de 1 hora).

Através da triagem, o Enfermeiro garante uma priorização de atendimento baseado em evidência científica, permitindo ao mesmo tempo uma melhoria na gestão dos recursos e aumento do nível de qualidade dos cuidados. Após ativação da VVT pretende-se efetuar uma avaliação primária da vítima de trauma em menos de 20 minutos, bem como a avaliação secundária em menos de 60 minutos (Direção Geral de Saúde, 2010). Nesse momento o Enfermeiro faz uma abordagem diferenciada, sequencial e uniformizada. A tomada de decisão multidisciplinar em Trauma faz-se com base em princípios éticos, valores e normas deontológicas. O Enfermeiro promove o respeito do utente vítima de trauma e sua família à privacidade, segurança, identidade cultural, dignidade, escolha, autodeterminação, valores, costumes e as suas crenças espirituais.

Wehbe & Galvão (2001) assumem que o Enfermeiro como elemento integrante da equipa necessita de possuir competências a nível científico, prático e técnico, para que possa tomar decisões rápidas e corretas, transmitindo segurança a toda equipa e

principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida da pessoa.

A OM defende também que o processo de formação em trauma é promotor da melhoria da capacidade de resposta das instituições hospitalares na vertente do trauma (Ordem dos Médicos, 2009).

Mock, Juillard, Brundage, Goosen, & Joshipura (2009) defende que a formação em Trauma, com equipas treinadas, coesas e bem estruturadas é a melhor forma de garantir uma abordagem de qualidade e o sucesso na prestação de cuidados à vítima de trauma. A Ordem dos Médicos (2009, p.5) considera que *“(...) o tratamento do politraumatizado grave apresenta ainda lacunas intoleráveis, apontando os estudos efetuados para que, em Portugal, a taxa de mortalidade por acidente seja o dobro da de outros países da Europa.”*.

Ainda a Ordem dos Médicos, no seu documento intitulado “Organização em trauma” refere que *“No nosso país, (...), a abordagem clínica do doente com trauma é, na maior parte das vezes, feita de uma forma individualizada, personalizada na experiência de cada um. Também é verdade que o doente com trauma é, frequentemente, assistido e transportado de uma forma não uniformizada, muitas vezes para unidades de saúde sem os recursos necessários para os poder tratar”* (Ordem dos Médicos, 2009). Isto reflete a necessidade de delinear um plano para o melhor atendimento das vítimas de trauma, segundo a mesma fonte a *“estratégia é consistente com o desenvolvimento de uma Rede de Trauma”* definindo rede de trauma como *“(...) uma resposta planeada e coordenada ao doente vítima de trauma, para que receba um tratamento standardizado e*

adequado ao seu tipo de lesão, em devido tempo, independentemente do local onde a sofreu.”

Segundo a CRRNEU (2012) em Portugal apenas 17% das instituições tinham implementado a Via Verde Trauma (VVT). Segundo a mesma comissão *“É absolutamente necessário continuar e intensificar este processo de implementação que permite comprovadamente reduzir morbi-mortalidade e estimula o processo formativo, colaborativo e integrativo do sistema de saúde”*

A ENA (2019) citando a OMS refere que *“há uma probabilidade seis vezes maior de morte após lesões em indivíduos de países de baixo e médio rendimento comparado com os de um país de alto rendimento. Essa disparidade pode ser parcialmente atribuída á relativamente pobre qualidade do atendimento ao trauma nos países de baixo e médio rendimento, um problema exacerbado pelo fraco desenvolvimento, organização e planeamento, bem como uma escassez de programas de trauma”*. Portanto várias publicações sugerem a criação de uma rede de trauma que permita um atendimento adequado, técnica e cientificamente eficaz de todos os intervenientes, alertando para a importância da atualização da rede de referência de urgência e emergência médica nacional e dos centros de trauma com equipas de trauma especializadas na abordagem da pessoa vítima de trauma (ENA, 2019; Direção Geral de Saúde 2010; Ordem dos Médicos 2009; ENA, 2007).

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Ao reconhecermos os Enfermeiros como atores importantes na abordagem à vítima de trauma

consideramos pertinente conhecer a sua perspetiva em relação à VVT uma vez que esta é uma medida considerada relevante positivamente para a melhoria do atendimento ao Utente vítima de trauma. O referido anteriormente levou-nos a formular a seguinte questão de investigação: *Será a VVT uma mais-valia nos cuidados à pessoa vítima de trauma, segundo a perspetiva do Enfermeiro?*

METODOLOGIA

Realizamos um estudo qualitativo de caráter exploratório, recorrendo à técnica de *focus group* para recolha de dados, a amostra foi do tipo não probabilístico. O uso de *focus group* é um método de investigação social já consolidado, que assume a forma de uma discussão estruturada que envolve a partilha progressiva e a clarificação dos pontos de vista e ideias dos participantes.

Procedeu-se à constituição de dois grupos através do endereço de convite a Enfermeiros com funções em Serviço de Urgência há 5 ou mais anos, considerados peritos pelos seus pares, onde existe VVT implementada (grupo 1) e a Enfermeiros com iguais características, mas a exercer funções em locais sem VVT implementada (grupo 2).

O primeiro *focus group* decorreu a 16 de abril de 2019 no Porto e foi constituído por 6 enfermeiros em funções em serviço de urgência, com 5 ou mais anos de experiência, com VVT implementada. O segundo *focus group* decorreu a 18 de junho de 2019 na Ilha Terceira nos Açores e foi constituído por 4 enfermeiros em funções em serviço de urgência, com 5 ou mais anos de experiência, sem VVT implementada, o 5º elemento convidado não

compareceu por motivos profissionais, não sendo possível a sua substituição. Ambos os *focus group* tiveram a duração aproximada de 1h.

Realizaram-se dois *focus group* moderadamente estruturados, nomeadamente através do recurso à estratégia do “funil” (Morgan, 1997), em que à medida que a discussão avança, as questões tornam-se cada vez mais específicas ou, se quisermos, mais “afuniladas” sendo que as questões iniciais, ao serem mais genéricas, como referem Krueger & Casey (2009), ajudam as pessoas a falarem e a pensarem sobre o tópico. Tal abordagem de compromisso tornou possível aceder, por um lado, às perspetivas dos participantes na primeira parte de cada discussão e, por outro, às respostas a interesses específicos do investigador na segunda parte. Posteriormente, procedeu-se à transcrição integral das gravações, tendo sido atribuído um código a cada participante, garantindo assim o anonimato. Na discussão dos resultados denominamos como FG1 o *focus group* realizado em Portugal Continental e FG2 o *focus group* realizado na Região Autónoma dos Açores, tendo-se atribuído também uma letra a cada participante. Os *focus group* foram gravados e registados em suporte áudio (dictafone), armazenados em serviço *icloud* com palavra-chave à qual apenas os investigadores têm acesso, com o intuito de posterior análise, sendo salvaguardada a confidencialidade e o anonimato dos participantes, que consentiram participar de forma livre e informada, podendo desistir da participação do estudo a qualquer momento. Procedeu-se à destruição do material gravado após a realização completa do estudo.

Os dados foram analisados de acordo com o método da análise de conteúdo de Bardin (2015), sem categorização à priori, tratados manualmente pelos investigadores, pesquisando-se a perceção das equipas em relação ao tema de pesquisa definido e enunciados na secção de resultados.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

De acordo com a Administração Regional de Saúde do Norte (2009) as vias verdes funcionam como uma estratégia otimizada com o objetivo da melhoria da acessibilidade dos clientes, na fase aguda das doenças, aos cuidados médicos mais adequados de diagnóstico e tratamento dentro da janela terapêutica comprovadamente mais eficaz.

Ambos os grupos consideram a VVT uma mais-valia na prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma reconhecendo as suas vantagens. No entanto, denota-se que existe ainda um profundo desconhecimento desta VV e sua implementação, o que demonstra necessidades formativas e de divulgação da VVT.

Da análise de dados emergiram três categorias: vantagens; necessidades formativas; fatores barreira. Duas destas categorias foram divididas em subcategorias para facilitar a compreensão do conteúdo em análise.

Vantagens

Dentro desta categoria inserem-se as subcategorias vantagens para o utente e vantagens para os profissionais, sendo que a subcategoria vantagens para o doente se divide ainda em duas subcategorias: deteção de doente potencialmente de risco e realização de exames.

Esta é a categoria que os dois grupos mais enfatizam uma vez que reconhecem principalmente vantagens em relação à VVT. Assim no que concerne às vantagens para o doente com a identificação de doentes potencialmente críticos o FC1 refere: *“(…) aquele doente que na triagem pode facilmente passar despercebido com a via verde conseguimos apanhar e encaminhar para a sala e ter uma abordagem sistematizada (...)”* Enf D1, refere também: *“(…) a VVT é ma mais-valia porque permite rapidamente identificar se é um doente grave ou não (...)”* EnfB1

Na mesma linha de pensamento o FC2 refere: *“Aquele que entra estável e descompensa, e que essas lesões podiam ter sido detetadas precocemente e não foram, essas é que iam beneficiar...”* EnfB2 refere também que *“(…) a VVT iria contribuir pois iria seleccionar os doentes em que realmente havia critérios de gravidade”* ENFD2

Isto vai de encontro a estudos como o de Lansink & Leenen (2007) e Celso, Tepas, Langland-Orban, Pracht, Papa, Lottenberg, & Flint, (2006) que mostram que um sistema de trauma inclusivo, com a existência de centros e sistemas de trauma, ajudam a diminuir a mortalidade e morbilidade das suas vítimas.

Verão (2013) refere que a intervenção precoce e adequada pode melhorar o prognóstico dos doentes politraumatizados, para tal é imperativo a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação, assim como a instituição, em tempo útil, de terapêutica otimizada. A outra subcategoria encontrada identifica a realização de exames complementares de diagnóstico de forma mais rápida e sistematizada, o

FG1 refere *“A cirurgia avalia o doente (...), mesmo que seja desativado o doente tem prioridade para fazer os exames (...)” Enf B1*, por sua vez o FG2 menciona que: *“o facto de termos uma VVT também faz pressão nos outros serviços” ENFC2* e que *“A ideia é mesmo quanto mais rápida for a assistência e a diminuição dos riscos com a prevenção de complicações, futuramente vamos melhorar as comorbilidades daquele doente” ENF C2*.

Georgiou & 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.

Em relação à subcategoria vantagens para os profissionais ambos os grupos demonstram entusiasmo e positividade em relação à VVT uma vez que consideram que esta potencia a dinâmica da equipa de enfermagem e lhes permite atuar de forma mais segura.

O FG1 refere: *“A equipa de enfermagem tem um papel ativo uma vez que pode intervir” Enf B1* refere ainda que (...) *se a VVT preconiza que um capotamento vai para a SE é porque há estudos que comprovam que x doentes vítimas de capotamento revelaram às x horas complicações, isso melhora o atendimento do doente e defende o enfermeiro da triagem” Enf D1*

Por sua vez o FG2 menciona: (...) *Os cuidados são iguais para todos os doentes, já que toda a equipa sabe o que tem que fazer, seguimos aqueles critérios, seguimos aqueles cuidados e é tudo muito mais rápido, sim” ENFD2* e *“(…) eu também acho que deve trazer um contributo muito grande, principalmente*

na estandardização entre um doente e os cuidados que são iguais (...)” ENFD2

Assim ambos os grupos consideram que o facto de a VVT estabelecer critérios de ativação e fornecer *guidelines* de atuação, a torna uma ferramenta importante e valiosa no atendimento à vítima de trauma que não só beneficia o utente através da deteção de vitimas potencialmente criticas e da mais rápida realização de exames complementares de diagnóstico, como é uma mais-valia para os profissionais uma vez que lhes permite trabalhar de forma mais segura, confiante e organizada. Denotamos também que as vantagens reais identificadas pelos profissionais que trabalham diariamente com a VVT são muito semelhantes àquelas que os profissionais que não trabalham com VVT identificam.

Estas considerações vão de encontro à literatura na medida em que consideram que trabalhar segundo protocolos definidos dá segurança à equipa e aumenta a confiança uma vez que a abordagem à pessoa vítima de trauma, depende da capacidade da equipa de trauma, em intervir de forma sequencial e hierarquizada com o foco na estabilização e manutenção das funções vitais. A intervenção rápida e de qualidade garante que o resultado será o mais otimizado possível (Gomes, Araújo, Carneiro, Dias, Lecky, & Costa-Pereira, 2008).

Muitos países têm demonstrado um grande interesse no desenvolvimento e implementação destas diretrizes, reconhecendo que se estas forem explícitas, entendidas e aceites pelos profissionais, podem contribuir para melhores práticas e desempenhos, melhor eficiência dos serviços, diminuição da variação da prática clínica, para o

estabelecimento de padrões comparativos de qualidade dos cuidados e para a otimização dos recursos com o aumento das atuações custo-efetivas (Campos, Saturno, & Carneiro, 2010).

Necessidades formativas

Em relação às necessidades formativas necessárias para a implementação da VVT, os grupos reconhecem que idealmente as equipas deveriam possuir formação adequada para abordar a vítima de trauma, no entanto consideram que a falta de formação específica não deve impedir a implementação desta VV. Assim, o FG1 refere *“O ideal era que todos os enfermeiros de Urgência tivessem uma formação certificada em trauma como TNCC por exemplo (...)”* Enf A1, no entanto considera também (...) *nós temos formação de trauma para médicos e enfermeiros no próprio hospital isso é suficiente para abordar um trauma, (...) se as coisas estão protocoladas tens critérios específicos que sabes que tens de seguir aqueles critérios qual a dificuldade de ativar a VVT na triagem?”* Enf E1

Por sua vez o FG2 refere *“Eu acho que não temos que ter os serviços todos, temos é que ter uma equipa que tem a noção das suas limitações e que tem que ser capaz de dar a volta á situação e dar a volta ao problema e responder da maneira mais eficaz. Nesse sentido, se bem que só tínhamos a ganhar com isso”* ENFB2

Segundo Miller (2010) a instituição de um sistema de trauma encoraja o treino especializado de enfermeiros. Assim, o enfermeiro que assume um papel preponderante no funcionamento da VVT desde a triagem, passando pela abordagem ao utente, até à sua transferência para cuidados definitivos deve possuir formação adequada, o que

vai de encontro ao referido pela ENA (2007, p. 8): *“A otimização dos cuidados aos utentes com trauma é melhor alcançada num trabalho de equipa em que todos os membros utilizam uma abordagem sistemática, (...) os enfermeiros de urgência são membros essenciais da equipa de trauma. A mortalidade e morbilidade dos doentes com trauma podem ser significativamente reduzidas através da formação de enfermeiros”*.

Fatores dificultadores

Nos dois FC os participantes não identificam desvantagens da VVT, identificam sim fatores barreira, assim foi possível encontrar duas subcategorias: desconhecimento em geral dos profissionais em relação à VVT e Custos associados à VVT, sendo que no FG2 é identificada ainda a subcategoria motivação das equipas/conflitos inter equipa.

Em relação ao desconhecimento em geral dos profissionais de saúde em relação à VVT o FG1 refere *“Nós temos muitos doentes vítimas de trauma trazidos pela VMER que passam na triagem primeiro e nós é que ativamos a VVT, muitas vezes os elementos da VMER ficam surpreendidos por ser ativada a VVT.”* Enf A1 e ainda (...) *Há critérios específicos que os profissionais não conhecem (...)* Enf A1

O FC2 refere *“Não tenho qualquer tipo de conhecimento nem tive contacto com outro serviço que o tenha. Deduzo que tenha os mesmos critérios que usamos para a VVAVC, há tempos, há critérios... Agora não tenho qualquer tipo de conhecimento...”* ENFA2

Ou *“Eu não conheço os critérios para ativação da VVT (...)”* ENFD2

Podemos assim validar o referido pela FG1, quando refere que as equipas que não trabalham com a VVT não têm conhecimento acerca da mesma. Percebemos também que a equipa que não tem contacto direto com a VVT lhe reconhece vantagens ao comparar com outras VV com as quais trabalha, nomeadamente a Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (VVAVC).

Em relação aos custos o FG1 refere (...) *Dá trabalho, gasta recursos, implica gastos e é preciso know how (...) EnfA1* o FG2 considera, *“(...) implica também alguns serviços de imagiologia se calhar terem a presença física, não estamos a falar só no RX (...), mas outro tipo de exames complementares que não estão” EnfC2.*

No entanto o FG1 refere que *“Eu acho que nem é por isso mas sim desleixo de quem manda (...)” Enf E1* considera que os Hospitais que implementaram a VVT, o fizeram *“porque alguém que estava à frente estava mais preocupado com a evolução dos cuidados do que com questões monetárias.” Enf E1* e *“A VVT implica uma equipa de trauma que está sempre disponível assim como os exames de diagnóstico, portanto não implica mais gastos” Enf A1.*

Os grupos consideram que os custos associados podem ser uma preocupação, mas não um fator impeditivo da implementação da VVT.

Massada (2012, p. 11) refere que *“Os custos do trauma são assim altíssimos quer do ponto de vista humano, social ou financeiro, nos quais se incluem os custos diretos, relativos aos cuidados de saúde e aos danos materiais, e os custos indiretos resultantes de incapacidades por vezes graves e permanentes: diminuição da produtividade do doente e dos seus*

familiares; indemnizações; cuidados de saúde longos incluindo cirurgias reconstrutivas e estéticas; cuidados de reabilitação a curto e a longo prazo; suporte terapêutico e serviços sociais de apoio a longo prazo, por vezes até ao fim da vida.” Na mesma linha de pensamento a ENA, 2019 como sua posição que: *“uma abordagem padronizada e organizada do sistema de trauma melhora o tratamento do trauma e reduz a mortalidade e a incapacidade.”*

Assim, conforme os participantes referem a VVT deve ser encarada como uma ferramenta de diminuição de custos a longo prazo e não como um custo uma vez que permite melhorar os cuidados à vítima de trauma melhorando o atendimento/prognóstico/reabilitação e consequentemente os custos associados.

O FG2 refere ainda como fator barreira para a implementação da VVT a motivação da equipa e os conflitos interprofissionais nomeadamente médico/enfermeiro, *“(...) eu acho que a vontade tem que estar em toda a equipa, não só a equipa de Enfermagem e eu acho que se tentarmos implementar cá, falando pela nossa experiência se calhar a equipa médica pode oferecer alguma resistência.” ENFD2* e ainda *“Nós, equipa de Enfermagem teríamos que ter uma grande força de vontade e persistência em ter a VVT, tendo em conta as pressões contra os Enfermeiros Triadores que existem no serviço neste momento.” ENFB2*

De forma subtil ou explícita, o conflito está sempre presente nas organizações, sejam elas de qualquer tipo. Para Malik, citado por Farias (2002), o conflito está intimamente ligado às organizações. Os conflitos são inerentes à existência de grupos

diferenciados, à interdependência de tarefas e ao compartilhamento de recursos.

Fator este que pode ser ainda potenciado pelo facto de as situações de trauma serem dotadas de altos níveis de stress, no entanto, notamos que o grupo que trabalha atualmente com a VVT não identifica esta dificuldade, pelo contrário, quando questionados acerca de dificuldades vivenciadas referem: *“Não, está enraizada há muitos anos, é mais que preconizado é ativada a VVT e o doente é encaminhado para a SE” ENF F1.*

O que nos leva a inferir que o bem maior para o utente impera e os conflitos interprofissionais são ultrapassados.

Importa ainda referir que quando questionados acerca da realização de registos em trauma os participantes do FG1 referem (...) *havia um impresso onde se colava a etiqueta de identificação do doente e posteriormente havia uma equipa que fazia auditoria, entretanto isso perdeu-se um pouco (...) Enf B1* e acabam por desvalorizar a importância dos mesmos *“(...) no entanto a ideia fundamental e de base da VVT essa nunca se perdeu, e isso é o que nos interessa, que seja rapidamente identificado na triagem, sinalizado encaminhado para a SE rapidamente avaliado.” Enf A1*

Segundo a ENA (2019) *“(...) a ausência de sistemas de trauma em muitas partes do mundo, particularmente em países de rendimento médio, continua a ser um desafio ao desenvolvimento do sistema de trauma. Como resultado, há motivação mundial para estabelecer um Banco Internacional de Dados de Trauma (ITDB) que permitiria comparações internacionais de atendimento ao trauma”.*

Consideramos importante alertar para a importância dos registos numa rede de trauma enquanto conjunto de dados que documentam os cuidados prestados e ajudam a estabelecer um plano de ação no tratamento. Permitem analisar a incidência, a prevalência geográfica, as causas e a gravidade das lesões, a identificação do acesso de cuidados e o resultado obtido e custos associados. Consequentemente, a análise destes dados permite delinear estratégias para o desenvolvimento de programas de prevenção e identificação de áreas com necessidade de melhorias, nomeadamente na operacionalização da rede de trauma, na prática de cuidados, na necessidade de reforço de recursos humanos, na adesão às normas de boa prática no trauma, entre outros (DGS, 2010).

CONCLUSÃO

Os Enfermeiros encaram a VVT como uma mais-valia nos cuidados à pessoa vítima de trauma assumindo um papel ativo nas várias fases que esta implica, reconhecendo as necessidades formativas e fatores barreira que possam existir. Independentemente de trabalharem em contextos que têm VVT implementada ou não, identificam vantagens e necessidades semelhantes. Aqueles que trabalham em locais em que se encontra implementada descrevem vantagens que testemunham no seu dia-a-dia para os utentes e para si mesmos, enquanto profissionais, na medida que lhes permite uma intervenção mais sistematizada e segura. Por sua vez os Enfermeiros que trabalham em contexto de urgência sem VVT implementada reconhecem vantagens semelhantes, em parte por compararem

a VVT a outras VV já implementadas e com provas de benefício dadas.

Em relação aos fatores dificultadores é visível o desconhecimento dos profissionais em geral em relação à VVT e os custos são uma preocupação, no entanto os grupos não as consideram limitações absolutas à implementação da VVT. O grupo que não trabalha com VVT demonstra preocupação com a motivação das equipas e conflitos inter equipa, o grupo que trabalha em SU com VVT implementada não identifica esta dificuldade.

Ao longo da elaboração do estudo deparamo-nos com algumas limitações relacionadas com a dificuldade em obter participantes, o que nos levou à constituição de grupos mais reduzidos do que desejávamos. Outra limitação constatada foi a escassa bibliografia referente a esta temática.

Ao expormos a perspetiva do Enfermeiro acerca da mesma, esperamos ajudar a solidificar a ideia de que a VVT é uma mais-valia em contexto de Urgência/Emergência e assim motivar os profissionais para a colaboração na implementação da mesma.

Este estudo permitiu gerar dados e resposta para a nossa questão de investigação, contudo consideramos importante a continuação do desenvolvimento de investigação e investimento de formação dos Enfermeiros nesta área de modo a que possamos ser atores ativos na melhoria de cuidados à pessoa vítima de trauma. Assim parece-nos imperativo que a cultura organizacional do país mude com vista a otimizar os cuidados à pessoa vítima de trauma, uma vez que os serviços se encontram dotados de profissionais com conhecimento científico adequado e motivação,

faltando apenas esta mudança para que a VVT possa funcionar em pleno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Regional de Saúde do Norte. (2009). *Um ano de Reflexão e Mudança: Comissão Regional do Doente Crítico*. Porto: ARSN

Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70

Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A.V., (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: a qualidade dos cuidados e dos serviços*. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2010. Retirado de: <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>

Celso, B., Tepas, J., Langland-Orban, B., Pracht, E., Papa, L., Lottenberg, L., & Flint, L. (2006). A Systematic Review and Meta-Analysis Comparing Outcome of Severely Injured Patients Treated in Trauma Centers Following the Establishment of Trauma Systems. *The Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care*, 60, 371-378.

Despacho n.º 8977/2017 de 11 de outubro (2017). *Diário da República* n.º 196/2017. Série II. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

Direção Geral da Saúde. (2012). *Comissão de reavaliação da rede nacional de emergência e urgência, Relatório CRRNEU*. Retirado de: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>.

Direção Geral da Saúde. (2010). *Circular. Normativa* Nº 7/DQS/DQCO de 31/03/2010

ENA. Emergency Nurses Assotiation. (2019). Trauma Nursing Core Course. The premier trauma nursing course for nurses and hospitals worldwide. Retirado de: <https://www.ena.org/education/tncc>

ENA. Emergency Nurses Assotiation. (2007). Trauma Nursing Core Course. Emergency Nurses Assotiation.

Farias, L.O. (2002). Interaction and conflict among professional categories in public hospitals. *Cad. Saúde Pública*, 18(5), 1229-1241. Retirado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000500015&lng=en&nrm=iso.

Georgiou, A. & Lockey, D.J. (2010) The performance and assessment of hospital trauma teams.

- Scandinavian Journal of Trauma. *Resuscitation and Emergency Medicine*, 18, 66.
- 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*, 561-569.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009) *Focus groups: A practical guide for applied research* (4th Ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Lansink, K., & Leenen, L. (2007). Do designated trauma systems improve outcome?. *Current Opinion in Critical Care*, 13, 686-690.
- Massada, S. (2002). *Avaliação e ressuscitação do doente com trauma grave. Normas de orientação clínica e administrativa*. Porto: Grupo de Trauma do Hospital de São João.
- Miller, S. (2010). How Trauma Networks Can Improve Patient Care. *Emergency Nurse*, 18, 14-18.
- Mock, C., Juillard, C., Brundage, S., Goosen, J., & Joshipura, M. (2009). *Guidelines for Trauma Quality Improvement Programmes*. Geneva: World Health Organization.
- Morgan, D.L. (1997). *Focus group as qualitative research (2nd ed.)*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. Lisboa: Ordem dos Médicos.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Guidelines for essential trauma care*. Geneva.
- Verão, P. (2013). *Abordagem à vítima de trauma na fase pré-hospitalar: Avaliação do papel das equipas de bombeiros* (Dissertação de Mestrado). Covilhã: Universidade da Beira Interior. Retirado de Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/1503>
- Wehbe, G., & Galvão, C. M. (2001). O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 9(2), 86-90. doi:10.1590/s0104-11692001000200012